

Case report

Tumeur brune de la mandibule révélatrice d'une hyperparathyroïdie primaire: à propos d'un cas

Abdelfattah Aljalil^{1,&}, Brahim Bouaity¹

¹Service d'ORL et de CCF, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

[&]Corresponding author: Abdelfattah Aljalil, Service d'ORL et de CCF, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Key words: Tumeur brune, mandibule, hyperparathyroïdie primaire

Received: 18/06/2014 - Accepted: 30/06/2014 - Published: 05/07/2014

Abstract

Les tumeurs brunes sont des manifestations osseuses classiques des hyperparathyroïdies (HPT). Elles surviennent habituellement lors des formes sévères accompagnées de signes de résorption osseuse périostée. La mandibule en constitue une localisation habituelle mais rarement révélatrice. Leur traitement repose essentiellement sur la paratharoidectomie. Nous décrivons un cas de tumeur brune de la mandibule chez un patient de 46 ans ; ainsi que son évolution favorable après para thyroïdectomie.

Pan African Medical Journal. 2014; 18:200 doi:10.11604/pamj.2014.18.200.4844

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/200/full/>

© Abdelfattah Aljalil et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Les tumeurs brunes font partie des manifestations osseuses classiques des hyperparathyroïdies (HPT) primitives ou secondaires sévères [1, 2, 3]. Elles intéressent préférentiellement les os de la face, notamment la mandibule. Elles peuvent également atteindre le bassin, les côtes et les fémurs. Nous décrivons une localisation mandibulaire révélant une hyperparathyroïdie primaire chez un patient de 46ans ainsi que son évolution après parathyroïdectomie.

Patient et observation

Monsieur BH, âgé de 46 ans, ayant une notion de lithiase urinaire dans les antécédents, traitée par hydrothérapie et qui présentait depuis 2 ans une tuméfaction mandibulaire augmentant progressivement de volume sans signes accompagnateurs. A l'occasion d'une visite médicale systématique, une hypertension artérielle a été découverte associée à une insuffisance rénale pour laquelle le patient a été adressé en néphrologie. L'examen d'entrée mettait en évidence cette tuméfaction mandibulaire de 3cm/3cm, de consistance ferme, indolore; et sans signes inflammatoires en regard. Un bilan biologique a été réalisé qui montrait une hypercalcémie à 125mg/l (N:88-102), une hypophosphorémie à 23 mg/l (N:27-45) avec altération de la fonction rénale: urée à 1.34g/l (N:0.1-0.5) et créatinine à 22 (N:7-12). La tomodensitométrie (TDM) mandibulaire montrait la présence d'un processus tumoral cloisonné ostéolytique du corps mandibulaire mesurant 3.5/5cm (**Figure 1, Figure 2**). Une échographie cervicale objectivait un gros adénome parathyroïdien solitaire (inférieur gauche) et le dosage plasmatique de la parathormone 1-84 était élevé à 1091 pg/ml (N <72). L'exérèse de l'adénome a été réalisée facilement à travers un abord cervical unilatéral avec une exploration ciblée et minimaliste (**Figure 3**). Les suites opératoires ont été simples avec un retour à la normale du taux de la PTH 1-84 et du bilan phosphocalcique.

Discussion

La fréquence des manifestations osseuses au cours de l'HPT primaire est de 10 à 15%. La tumeur brune représente un aspect rare de ses manifestations (2 à 3 %), et elle est exceptionnellement révélatrice [4]. Ses localisations sont le bassin, les cotes, les

diaphyses des os longs, les métacarpiens et phalanges, la mandibule [1-3, 5,6]; plus rarement le rachis et la base du crâne. Des formes pluri focales sont possibles [1-3,5], ce qui doit les faire rechercher systématiquement sur les sites à risque (diaphyses des membres inférieurs, rachis).

Les signes radiologiques (TDM+++) d'hyperparathyroïdie les plus fréquents sont la résorption osseuse sous périostée (houppes et diaphyses phalangiennes), sous chondrale (acromioclaviculaires) et l'ostéoporose granuleuse du crâne. La présentation radiologique des tumeurs brunes peut être trompeuse : lésions ostéolytiques ayant parfois des contours polycycliques, corticale amincie, effacée ou soufflée [7]. Ces signes peuvent évoquer une ostéolyse tumorale maligne, une tumeur à cellules géantes multicentriques [3, 7, 8], voire une dysplasie fibreuse [3,8]. L'aspect scintigraphique osseux est une hyperfixation voire une hypofixation en cas de processus lytique pur [8]. Quelque soit la localisation, et en cas de doute diagnostique, la biopsie de la lésion peut être nécessaire. Cependant le contexte clinique et l'existence d'une HPT biologique franche suffisent en général [4].

Nous avons utilisé un traitement par biphosphonate en préopératoire pour limiter l'extension de l'ostéolyse tumorale pouvant survenir à l'occasion d'une élévation transitoire de la parathormone lors de la parathyroïdectomie. Le traitement médical à base de vitamine D, n'a été rapporté que dans certaines HPT secondaires sévères avec tumeur brune chez les hémodialysés - qui nécessite d'abord le maintien d'une phosphorémie idéalement inférieure à 2 mmol/L- [4], mais l'efficacité à long terme n'est pas acquise. Les causes d'échec sont le mauvais contrôle de la phosphorémie, une hypercalcémie ne permettant pas d'utiliser les fortes doses de vitamine D nécessaires [4,9], ainsi que l'existence d'un adénome parathyroïdien. Silverman et coll [10] ont reporté qu'il n'est pas nécessaire de faire l'excision d'une tumeur brune une fois l'HPT est résolue, toutefois Steinbach et coll [11] ont rapporté que ces tumeurs peuvent être traitées par radiothérapie ou curetage.

Cependant, beaucoup d'auteurs préconisent que les tumeurs brunes devraient être généralement traitées par une parfaite parathyroïdectomie première qui facilite leur régression et l'excision ne se conçoit qu'en cas de résidu tumoral [11]. Dans notre cas, il y avait une régression tumorale parfaite après parathyroïdectomie sans aucun résidu. Nous soulignons enfin l'intérêt d'un traitement

spécifique adapté dans lequel la place de la parathyroïdectomie est établie et des biphosphonates reste à définir.

Conclusion

Les tumeurs brunes de la mandibule sont des manifestations osseuses rarement révélatrices des HPT primaires. Leur découverte impose l'exploration des glandes parathyroïdes sièges le plus souvent d'adénome. La parathyroïdectomie reste le traitement de référence de cette affection.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Abdelfattah Aljalil a participé à la prise en charge thérapeutique du patient et a rédigé l'article. Brahim Bouaity a participé à la prise en charge thérapeutique du patient et a contribué à la correction finale de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Figures

Figure 1: Mandibulaire en coupe axiale montrant le processus tumoral de la mandibule avec des trabéculations intra lésionnelles et une corticale soufflée par endroit

Figure 2: TDM mandibulaire en reconstruction sagittale montrant le même processus tumoral au dépend de la mandibule

Figure 3: Vue opératoire montrant l'adénome parathyroïdien inférieur gauche

Références

1. Fordham CC, Williams TE. Brown Tumor and secondary hyperparathyroidism. *N Engl J Med.* 1963; 269(3): 129-3. **PubMed | Google Scholar**
2. Brown TW, Genant HK, Hattner RS, Orloff S, Potter DE. Multiple brown tumors in a patient with chronic renal failure and secondary hyperparathyroidism. *Am J Roentgenol.* 1977; 128(1) : 131-4. **PubMed | Google Scholar**
3. Resnik CS, Lininger JR. Monostotic fibrous dysplasia of the cervical spine, Case report. *Radiology.* 1984; 151(1): 49-50. **PubMed | Google Scholar**
4. Mestiri A, Ksontini I, Moural S, Smida, Dougui MH, Zbiba M. Tumeur brune du tibia révélant une hyperparathyroïdie. *Rev Méd Interne.* 2003; 24 (Suppl 1): 12. **PubMed | Google Scholar**
5. Fineman I, Johnson JP, Patte PL. Chronic renal failure causing brown tumors and myelopathy: Case report and review pathophysiology and treatment. *J Neurosurg.* 1999; 90 (4 supply): 242-6. **PubMed | Google Scholar**
6. Franco M, Bendini L, Albano D, Barrillon E, Bracco J. Suivi radiologique d'une tumeur brune phalangienne. *Rev Rhum (Ed Fr).* 2002; 69(9): 942-6. **PubMed | Google Scholar**
7. Brown WT, Lyons KP, Winer RL. Changing manifestations of brown tumor on bone scan in renal osteodystrophy. *J Nucl Med.* 1978; 19(10): 1146-8. **PubMed | Google Scholar**
8. Alexandre A, Beaudreuil J, Juquel JP, Quillard A, Thomas B. Tumeur brune rachidienne révélatrice d'une hyperparathyroïdie secondaire: à propos d'un cas. *Rev Rhum (Ed Fr).* 2000; 67(3):232-6. **PubMed | Google Scholar**
9. Mourad G, Argilles A, Lohoro, Krause I, Einstein B, Davidovits M, et al. Maxillomandibular brown tumor, a rare complication of chronic renal failure. *Pediatric Nephrol.* 2000; 14(6):499-501. **PubMed | Google Scholar**

10. Silverman S Jr, Ware Wh, Gillooly C Jr. Dental aspects of hyperparathyroidism Oral. Surg Oral Med Oral Pathol. 1968; 26(2):184-9. **PubMed** | **Google Scholar**

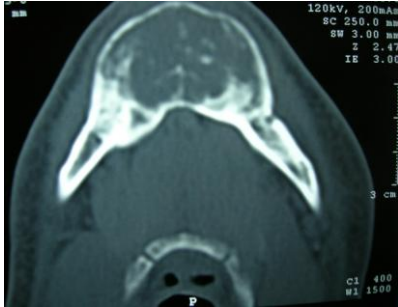


Figure 1: Mandibulaire en coupe axiale montrant le processus tumoral de la mandibule avec des trabéculations intra lésionnelles et une corticale soufflée par endroit

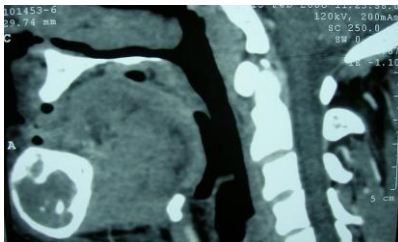


Figure 2: TDM mandibulaire en reconstruction sagittale montrant le même processus tumoral au dépend de la mandibule



Figure 3: Vue opératoire montrant l'adénome parathyroïdien inférieur gauche

11. Hiroshi Yamazaki, Takayuchi Aoki, Kazunari Karakida. Brown tumor of the maxilla and mandible: Progressive mandibular brown tumor after removal of parathyroid adenoma. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61(6): 719-722. **PubMed** | **Google Scholar**