

## **HEAD AND NECK JOURNAL OF MADAGASCAR**



### **Ostéosarcome géant de la mandibule**

### **Giant mandibular osteosarcoma**

**Ndrianarivony SC, Rakotoarimanana FVA, Andriamanantena RH, Randriamanantena T**

#### **Introduction**

L'ostéosarcome mandibulaire est une pathologie rare. Environ 6 à 7% de tous les ostéosarcomes se produisent dans la région maxillo-faciale, principalement dans les mâchoires (1). Ils doivent être considérés comme un diagnostic différentiel lors de l'analyse des lésions de la mandibule et du maxillaire (2). Les ostéosarcomes mandibulaires se comportent différemment des ostéosarcomes des os longs. Les sites de ces tumeurs imposent également de problèmes pour la résection et la reconstruction (3). Dans ce travail, nous rapportons un cas d'ostéosarcome mandibulaire géant qu'on a pu retirer chirurgicalement en totalité.

#### **Observation**

Il s'agit d'une femme de 52 ans, résidant à Ambalavao Fianarantsoa Madagascar, qui s'est présentée au service de chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Tambohobe à Fianarantsoa le mois de juin 2022 pour une importante tuméfaction mandibulaire droite.

Sa maladie évoluait depuis 4 mois avec apparition progressive de la tuméfaction mandibulaire droite dans un contexte apyrétique sans notion de traumatisme mais notion de douleur de la molaire inférieure droite. Elle n'était ni alcoolique ni tabagique. Elle n'avait pas de tares particulières. Elle n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux de néoplasie maligne.

L'examen exobuccal retrouvait une tumeur mandibulaire droite bien limitée, faisant corps à l'os, mobile sur le plan superficiel, indolore et ne saignant pas au contact (figure 1). La consistance était en partie dure et en partie ferme. La taille était d'environ 15 x 10 cm. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale palpable. L'examen endobuccal a révélé une tumeur de même caractéristique avec invasion d'une partie du plancher buccal et

mobilité de toutes les dents mandibulaires droites et des dents 31, 32.



Figures 1 : Tuméfaction mandibulaire droite

La radiographie du crâne incidence de face et profil (figure 2) a montré une grande opacité mandibulaire hétérogène, assez bien limitée, de tout le ramus mandibulaire avec une image de " feu d'herbe " en périphérie et une ostéolyse. L'échographie cervicale n'a pas révélé d'adénopathie cervicale. Le bilan biologique était sans particularité.



Figure 2 : Radiographie du crâne incidence de face montrant une opacité mandibulaire hétérogène avec image en feu d'herbe en périphérie.

Nous avons procédé à une exérèse chirurgicale étendue comprenant une hémimandibulectomie interrompue droite remontant jusqu'à 33 (figure3) et une sous-mandibulectomie droite.



Figure 3 : Pièce opératoire d'une hémimandibulectomie droite élargie

### Commentaires

Nous rapportons un cas d'ostéosarcome mandibulaire géant chez une femme de 52 ans sans facteurs de risque de néoplasie maligne. Nous avons pu réaliser une résection complète malgré l'impossibilité de reconstruction en raison de la taille de la tumeur.

Pardhe ND et son équipe ont rapporté un cas d'ostéosarcome géant mandibulaire

Nous n'avons pas pu réaliser une reconstruction mandibulaire l'immédiate. La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie adjacente en postopératoire.

L'examen pathologique a révélé un ostéosarcome de type épithéial avec un foyer de différenciation malpighien, une excision complète avec marge saine droite et marge limite du côté gauche. La glande sous-mandibulaire était exemptée du processus tumoral. Un mois après l'intervention, l'évolution était favorable avec une bonne cicatrisation, aucun signe de récidive n'a été observé (figure 4).



Figure 4 : Evolution clinique de la patiente à 1 mois postopératoire.

agressif et fatal chez un homme de 23 ans. Ils ont conclu que si la tumeur avait été diagnostiquée plus tôt, cela aurait ajouté quelques précieuses années à la vie du patient (4).

La cause exacte de l'ostéosarcome reste inconnue, des facteurs de risque ont été identifiés : une croissance osseuse rapide, une prédisposition génétique, des lésions

osseuses bénignes telles que la maladie de Paget et la dysplasie fibreuse, et des facteurs environnementaux tels que les rayonnements ionisants (5). Contrairement aux os longs, l'ostéosarcome de la mandibule se présente à un âge plus avancé, avec une survie médiane plus longue, une récidive locale plus fréquente, une incidence plus faible de métastases à distance et la possibilité d'une détection plus précoce en raison de sa localisation au niveau de la face (6).

Le traitement de choix pour l'ostéosarcome de la mâchoire est une résection chirurgicale adéquate (7, 8). Une résection radicale large doit être effectuée

#### Références

---

1. Azizi T, Motamed MH, Jafari SM. Gnathic osteosarcomas:a 10-year multi-center demographic study. Indian Journal of Cancer. 2009;46:231-3.
2. Taghavi N, Mehrdad L, Rajabi M, Akbarzadeh A. A 10-year retrospective study on malignant jaw tumors in Iran. J Craniofac Surg. 2010;21:1816-19.
3. ElKordy MA, El Baradie TS, ElSebai HI, Amin AAE, Khair Alla SM. Osteosarcoma of the jaw: Challenges in the diagnosis and treatment. Journal of the Egyptian National Cancer Institute . 2018; 30: 7-11.
4. Pardhe ND, Jamdade A, Bajpai M, Kashyap N, Mathur N. Giant osteosarcoma of the mandible. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan2017; 27 (9):117-9.
5. Nissanka EH, Amaratunge EAPD, Tilakaratne WM. Clinicopathological analysis of osteosarcoma of jaw bones. Oral Dis. 2007;13:82-7.
6. Mardinger O, Givol N, Talmi YP, Taicher S. Osteosarcoma of the jaw. The Chaim Sheba Medical Center experience. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001;91:445-51.
7. Chindia ML. Osteosarcoma of the jaw bones. Oral Oncol 2001;37:545-7
8. August M, Magennis P, Dewitt D. Osteogenic sarcoma of the jaws: factors influencing prognosis. Int J Oral maxillofac Surg. 1997;26:198-204.
9. Chaudhary M, Chaudhary SD. Osteosarcoma of jaws. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 2012;16:233-8.

avec des marges de 1,5 à 2 cm. Au niveau de la mandibule, une hémimandibulectomie est généralement préférée. La maxillectomie est difficile à réaliser en raison de l'atteinte des structures adjacentes telles que le sinus maxillaire, la fosse ptérygomaxillaire et le contenu orbitaire (9).

La radiothérapie et/ou la chimiothérapie sont recommandées en plus de la chirurgie complète ou seule comme traitement palliatif dans les résections incomplètes et les cas plus avancés (9).