

Lipome central de la mandibule

Une nouvelle observation

J. VILLANUEVA (1, 2), B. MARTINEZ (3) R. PANTOJA (1, 2)

(1) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale. Hôpital Clinique San Borja, Arriaran (Pr. PANTOJA). Département de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'Université du Chili. Av. Santa María 571, Recoleta. Santiago du Chili ; (2) Ancien Attaché étranger à la Clinique de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du (Pr. MERCIER) C.H.U. de Nantes, France ; (3) Institut de Référence de Pathologie Orale, Université du Chili, Santiago du Chili.

RÉSUMÉ

Lipome central de la mandibule : une nouvelle observation

Les lipomes sont des néoplasmes bénins. Ils constituent la tumeur mésoenchymateuse bénigne de loin la plus fréquente en tissus mous. Par contre leur localisation osseuse centrale est très rare. La littérature a révélé des lipomes en divers os. Dans les maxillaires, il n'y a que 8 cas publiés.

Cliniquement, la plupart de ces lipomes sont de croissance asymptomatique, et sont le plus souvent des découvertes radiographiques.

Nous rapportons un cas clinique de lipome central de la mandibule, dont nous étudions les manifestations cliniques, radiologiques et histopathologiques ainsi que ses possibles étiologies.

SUMMARY

Intraosseous Lipoma of The Mandible : report of a case

Lipomas are benign neoplasms affecting many organs of the body with adipose tissue. As a bone central lesion they represent less than 1 % of all lipomas. In the literature lipomas are reported in different bones : calcaneum, ribs, fibula, phalanges, ulna, frontal and parietal bone. In the jaws 8 cases have been reported, most of them representing radiographic findings the clinician diagnosing cyst or tumor, specially odontogenic tumor. No preference has been reported for any gender, age or race but the condition appears after the fourth decade. We report a case of central lipoma in the mandible with the clinical, radiological and histopathological findings and discuss its origin.

INTRODUCTION

Les lipomes sont des néoplasmes bénins et ils croissent là où il y a des tissus adipeux. Ils constituent la tumeur mésoenchymateuse bénigne de loin la plus fréquente des tissus mous (25). Mais les formes osseuses centrales sont exceptionnelles (24). Dahlin (5) dit qu'ils représentent moins de 1 % de toutes les tumeurs osseuses diagnostiquées.

La revue de la littérature a révélé des lipomes en différents points du squelette à savoir : calcaneum, côte, péroné, phalanges, cubitus, sacrum, frontal et pariétal (1, 6, 7, 11, 18, 20). Dans le maxillaire, il y a deux cas publiés (22), et six dans la mandibule (1, 12, 17, 22).

Cliniquement, la plupart d'entre eux, sont de croissance asymptomatique, et ils sont découverts à la radiographie et diagnostiqués comme des tumeurs ou kystes. Dans le cas des maxillaires ils sont interprétés

a priori comme des tumeurs ou kystes odontogéniques ; ils n'ont pas de prédilection pour un sexe, âge ou race, mais à partir de la quarantaine ils sont plus fréquents (13, 19, 23).

Leur classification peut être anatomique (21) ou histologique (3, 14). Anatomiquement, ils sont classables en trois groupes : a) lipomes de tissus mous, b) lipomes périostaux et c) lipomes centraux. Histopathologiquement, ils sont classables en trois groupes : a) groupe I : tumeur constituée par des cellules de graisse (adiposite) vivantes, b) groupe II : la tumeur comporte, en plus des aires de nécrose graisseuse et de calcification, c) groupe III : lésions avec la réaction osseuse ischémique calcifiée ; dans le dernier groupe, il est possible de voir, parfois, des cellules de graisse vivantes et de la nécrose graisseuse.

OBSERVATION CLINIQUE

Amada R..., âgée de 51 ans, nous a été adressée, par son chirurgien - dentiste, car dans un cliché panoramique de routine, il avait fait la découverte d'une lésion de la branche horizontale droite de la mandibule.



FIG. 1. — La radiographie rétroalvéolaire montrait une image radioclaire, arrondie mésiale par rapport à la deuxième molaire droite.



FIG. 2. — Tissu adipeux mûr, avec cellules adipeuses de tailles variables. Quelques cellules étaient écartées par des faisceaux de fibres collagènes et petits capillaires (Coloration : hématoxiline-éosine. Agrandissement original 500x).

Son histoire médicale relatait qu'elle était sous traitement pharmacologique pour hypertension artérielle.

L'examen clinique endo-buccal révélait une muqueuse normale, et à la palpation, il y avait crépitation de la paroi mandibulaire externe. La molaire en rapport à la lésion répondait positivement aux tests de vitalité pulpaire. Absence de douleur spontanée.

Avec tous ces antécédents, nous avons retenu l'hypothèse diagnostique de tumeur odontogénique.

Le cliché radiographique rétroalvéolaire montrait une image radioclaire, arrondie, mésiale par rapport au tiers apical de la deuxième molaire droite (47) aux limites nettes avec corticalisation (fig. 1) et extension linguale.

Sous sédation aux benzodiazépines et anesthésie régionale, nous avons fait un lambeau vestibulaire fibro-muqueux, du bord distal de la dernière molaire au bord mésial de la première prémolaire. La paroi externe de la mandibule en rapport avec la lésion montrait un amincissement, ce qui a facilité l'ablation de la corticale externe, puis énucléation (10) d'un tissu mou, de couleur blanc - jaunâtre, lobule et friable. La lésion s'étendait jusqu'à la paroi linguale, où il n'existait pas de paroi osseuse. Nous avons enlevé complètement le tissu, sans trouver de capsule. La cavité résiduelle a été rincée et nous avons repositionné le lambeau et suturé.

L'examen histopathologique a révélé un tissu adipeux mûr, avec des vaisseaux artériels de petit diamètre, sans capsule. La riche vascularisation est refoulée en périphérie par le développement de cellules adipeuses de tailles variables (fig. 2).

Les suites postopératoires se sont déroulées sans complication. Le contrôle dix mois plus tard montrait, déjà, l'ossification de la cavité résiduelle (fig. 3).

DISCUSSION

Cornil et Ranvier (4) furent, en 1880, les premiers à décrire un dépôt intraosseux de tissu adipeux dans la diaphyse du fémur. Dans les années suivantes, ces dépôts furent décrits dans plusieurs os.



FIG. 3. — Le contrôle radiographique dix mois plus tard montrait l'ossification de la cavité résiduelle.

1

Dans les nombreux cas publiés, le comportement clinique de ce type de tumeur est bénin, de croissance lente et asymptotique. Il ne survient qu'exceptionnellement des phénomènes nerveux, soit dysesthésiques, soit douloureux par compression des nerfs voisins (21). Radiologiquement, c'est une lésion radioclaire.

Milgram (15) a suggéré que les lipomes ne sont pas aussi rares que le dit la littérature, mais qu'ils sont rarement diagnostiqués, et qu'ils peuvent évoluer jusqu'à disparition.

Le diagnostic de lipome est posé pour les lésions intramédullaire de comportement bénin, qui ont des cellules graisseuses. Ils peuvent avoir leur origine non seulement dans une lipoblaste, mais aussi dans la métaplasie ou dégénérescence graisseuse des autres cellules (9)

Selon Barker (1), le facteur originaire de ce type de tumeur peut être le traumatisme. Le traumatisme rompt les vaisseaux, d'où l'ischémie et infarctus qui conditionneraient la dégénérescence graisseuse. Celle-ci a été démontrée par Bagnoud (2) en 1967 et Hart (11) en 1973. To et Yung (22) l'ont confirmée et rapportent que 37,5 % des cas publiés présentent des histoires de traumatisme, soit provoquées par racines retenues, extraction traumatique ou alvéoles infectés, soit exceptionnellement par radiation, comme en témoigne le cas qu'ils ont publié.

55 % des patients des cas publiés, dont le nôtre, avaient plus de 50 ans au moment du diagnostic, ce qui nous a conduit à penser que l'association entre vieillissement (qui est capable de déterminer la dégénérescence graisseuse de la moelle osseuse) et des défauts osseux préexistants, voire des lésions apicales et un trauma local, se conjuguent pour donner naissance à ce type de tumeurs (1).

Les maxillaires présentent de façon normale des tissus adipeux dans leurs espaces médullaires et il est difficile d'établir s'il s'agit d'espaces médullaires des gros volumes avec des tissus normaux à l'intérieur, ou de tumeur de type lipome.

Nous pensons que le critère le plus important pour établir le diagnostic doit être la taille et l'aspect radiographique de la lésion. L'histologie est incapable de différencier le tissu normal du tissu néoplasique ou, autrement dit, celui qui vient de la moelle osseuse non hématopoïétique et celui d'un lipome.

Le traitement est chirurgical. L'exérèse complète est le traitement le plus souvent recommandé. Il n'existe pas encore de cas publiés de récurrence. La dégénérescence maligne n'a été qu'exceptionnellement rapportée par Milgram (16) dans son étude des os longs.

RÉFÉRENCES

1. BARKER GR, SLOAN P. Intraosseous lipomas : clinical features in mandibular case with possible aetiology. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1986 ; 24 : 459-63.
2. BAGNOUD F, THÉVOZ F, TAILLARD W. Le lipome intra-osseux, expression d'un infarctus chronique. *Journal de Chirurgie* 1967 ; 94 : 165.
3. CHOW LT, LEE KC. Intraosseous lipoma. A clinical study of nine cases. *Am J Surg Pathol* 1992 ; 16 : 401-10.
4. CORNIL V, RANVIER L. Manuel d'Histologie Pathologique. 1st De. Pp. 393. Paris : Ancienne Librairie German Baillière 1869.
5. DAHLIN DC. Bone Tumours. Springfield : Charles C. Thomas 1957.
6. DELEE JC. Intraosseous lipoma of the proximal part of the femur. *J Bone and Joint Surg (AM)* 1979 ; 61 : 601-3.
7. DICKSON AB, AYRES WW, MASON MW, MILLER WR. Lipoma of bone of intraosseous origin. *J Bone and Joint Surg (AM)*. 1951 ; 33 : 257-9.
8. GELLHORN A, MARKS PA. The composition and biosynthesis of lipids in the human adipose tissues. *J Clin Invest* 1961 ; 40 : 925-32.
9. GREER RO, RICHARDSON JF. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. *Oral Surg* 1973 ; 36 : 551-7.
10. GOLD L, UPTON GW, MARX RE. Standardized surgical Terminology for the excision of lesions in bone : An argument for accuracy in reporting. *J Oral Maxillofac Surg* 1991 ; 49 : 1214-17.
11. HART JAL. Intraosseous lipoma. *J Bone and Joint Surg (Br)* 1973 ; 55 : 624-32.
12. JOHNSON E. Intraosseous lipoma : report of case. *J Oral Surg* 1969 ; 27 : 868-70.
13. HATZIOU J-CH. Lipoma of the oral cavity. *Oral Surg* 1971 ; 31 : 511-24.
14. MILGRAM JW. Intraosseous lipoma : radiologic and pathologic manifestations. *Radiology* 1988 ; 167 : 155-60.
15. MILGRAM JW. Intraosseous lipomas. A clinicopathologic study of 66 cases. *Clin Orthop* 1988 ; 231 : 277-302.
16. MILGRAM JW. Malignant transformation in bone lipomas. *Skeletal Radiol* 1990 ; 19 : 347-52.
17. MILLER WB, AUSICH JE, MCDANIELS RK, LONGO JJ. Mandibular Intraosseous Lipoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1982 ; 40 : 594-6
18. MUELLER MC, ROBBINS JL. Intramedullary lipoma of bone. *J Bone and Joint Surg (AM)* 1960 ; 42 : 517-20.
19. RAPIDIS A. Lipoma of the oral cavity. *Int J Oral Surg* 1982 ; 11 : 30-5.
20. SMITH WE, FIENBERG R. Intraosseous lipoma of bone. *CANCER* 1957 ; 10 : 1151-2.
21. STEINER M, GOULD A, RASMUSSEN J, LABRIOLA D. Parosteal lipoma of mandible. *Oral Surg* 1981 ; 52 : 61-5.
22. TO WH, YEUNG KH. Intraosseous lipoma of the maxillary tuberosity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992 ; 30 : 122-4.
23. VINDENES H. Lipomas of the oral cavity. *Int J Oral Surg* 1978 ; 7 : 162-6.
24. REYCHLER H. « Pathologie des maxillaires ». Dans Piette E., Rey-chler, H. eds. *Traité de Parthologies Buccale et Maxillo-Faciale*. Bruxelles De Boeck-Wesmael, s.a., 1991 : 1389.
25. REYCHLER H. « Pathologie tumorale cutané - muqueuse ». Dans Piette E., Rey-chler, H. } eds. *Traité de Parthologies Buccale et Maxillo-Faciale*. Bruxelles De Boeck-Wesmael, s.a., 1991 : 525-6.