

# Tumeurs malignes de la cavité buccale autres que les carcinomes spinocellulaires : un aperçu

• Tom Daley, DDS, MSc, FRCD(C) •  
• Mark Darling, BChD, MSc (Dent), MSc (Med), MChD •

## S o m m a i r e

*Un grand nombre de tumeurs malignes autres que les carcinomes spinocellulaires peuvent se manifester dans la cavité buccale. Les mélanomes de la cavité buccale sont habituellement des tumeurs agressives pigmentées associées à un pronostic sombre. Les tumeurs des glandes salivaires mineures ont plus de chances d'être malignes que celles des glandes majeures, et pour certaines, la bouche semble un siège de prédilection. Un grand nombre de tumeurs malignes des tissus conjonctifs (sarcomes) peuvent aussi se manifester dans la bouche, notamment les cancers des tissus mous et les lésions de cellules hématologiques comme les lymphomes, tandis que l'ostéosarcome est la malignité la plus généralisée des tissus durs de la bouche. Les cancers dont le siège est situé dans d'autres organes, comme le sein, les poumons et la prostate, peuvent se disséminer dans l'organisme par métastase, et ce, jusque dans la cavité buccale. Le présent article présente un aperçu des cancers de la bouche autres que les carcinomes spinocellulaires que le dentiste praticien est le plus susceptible de rencontrer.*

**Mots clés MeSH :** diagnosis, differential; mouth neoplasms/epidemiology; mouth neoplasms/pathology

© J Can Dent Assoc 2003; 69(9):577-82  
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

**B**ien que les carcinomes spinocellulaires de la bouche compte pour 90 %<sup>1</sup> à 94 %<sup>2</sup> environ des tumeurs malignes de la cavité buccale, un grand nombre d'autres lésions malignes, y compris les mélanomes, les carcinomes des glandes salivaires, les sarcomes des tissus conjonctifs mous et durs, de même que des cancers métastatiques y sont aussi constatés. Les signes cliniques de ces lésions, leur traitement et leur pronostic varient énormément selon la catégorie de tumeur, ses variantes et sa classification histologiques, de même que son extension au moment de la biopsie. Le **tableau 1** donne la liste des cancers de la bouche que le dentiste praticien peut s'attendre à constater le plus couramment. Un certain nombre de ces cancers font l'objet d'un bref traitement dans le présent article.

### Mélanome

Un mélanome s'entend d'une tumeur maligne des mélanocytes, les cellules responsables de la pigmentation brunâtre des épithéliums. Par conséquent, la plupart (mais non pas tous) des mélanomes se présentent comme une pigmentation irrégulière allant du brun au noir. Bien que les lésions peuvent être plates et indolores au début, une biopsie révèle souvent la présence de nodules, d'induration et d'ulcération connexes. Le palais et la gencive du maxillaire supérieur des personnes d'âge

moyen et âgées, des hommes surtout, sont les sièges les plus courants des mélanomes de la bouche<sup>3</sup>. Leur croissance rapide, leur invasion des os et leur métastase aux ganglions lymphatiques sont autant de signes de cette catégorie de cancer agressif. Au microscope, on les reconnaît à la présence de thèques et de couches de cellules malignes affichant habituellement une pigmentation mélanique qui envahit à la fois l'épithélium et (avec le temps) les tissus conjonctifs sous-jacents. Le diagnostic de mélanomes non pigmentés peut être confirmé par des tests immunohistochimiques. Le traitement appelle une chirurgie radicale, y compris l'exérèse de parties des mâchoires lorsque l'os est atteint. La dissection des ganglions lymphatiques régionaux peut aussi s'imposer. Quoi qu'il en soit, le pronostic est sombre<sup>1</sup>, les chances de survie de 10 ans étant inférieures à 30 %<sup>2</sup>.

### Carcinome des glandes salivaires

La cavité buccale contient des centaines de glandes salivaires mineures sous l'épithélium buccal, ainsi que 3 paires de glandes salivaires majeures. Bien que les tumeurs malignes peuvent se manifester où se trouvent les glandes salivaires, elles semblent avoir une prédilection pour la pente du palais dur et pour le palais mou. Il arrive rarement qu'elles se manifestent sur la lèvre inférieure. Proportionnellement, signalons que les

**Tableau 1 Cancers de la bouche autres que le carcinome spinocellulaire**

Cellules ou tissu d'origine	Cancer	Groupe d'âge habituel	Pronostic
Mélanocytes	Mélanome	Adultes	Très sombre
Glandes salivaires	Types nombreux	Adultes	Favorable à sombre
Fibroblastes	Fibrosarcome Histiocytome fibreux malin	Jeunes adultes Adultes âgés	Modéré à sombre Modéré à sombre
Myofibroblastes	Myofibrosarcome	Adultes	Modéré à sombre
Cellules adipeuses	Liposarcome	Adultes	Modéré à sombre
Muscle squelettique	Rhabdomyosarcome	Enfants et adolescents	Modéré
Muscle lisse	Léiomyosarcome	Adultes	Sombre
Nerfs périphériques	Neurosarcome Tumeur à cellules granuleuses maligne	Jeunes adultes Adultes	Très sombre à sombre Sombre
Cellules synoviales	Sarcome synovial	Adolescents et jeunes adultes	Sombre
Cellules endothéliales	Angiosarcome Sarcome de Kaposi lié au VIH Sarcome de Kaposi classique	Personnes âgées Jeunes adultes Hommes âgés	Très sombre Sombre Favorable
Lymphocytes	Lymphome	Adultes et enfants	Favorable, modéré ou sombre
Plasmocytes	Plasmacytome Myélome multiple	Adultes Adultes âgés	Favorable à modéré Sombre à très sombre
Cellules osseuses	Ostéosarcome Ostéosarcome juxtacortical	Enfants et jeunes adultes Enfants et adultes	Modéré à sombre Favorable
Cellules cartilagineuses	Chondrosarcome	Adultes	Modéré
Cellules odontogéniques	Carcinomes et sarcomes divers	Adultes	Sombre
Tumeurs métastatiques	Cancer du sein, du poumon, de la prostate, du rein, de la thyroïde Infiltrat leucémique	Adultes Enfants et adultes	Très sombre Variable

**Tableau 2 Carcinomes des glandes salivaires**

Tumeur	Fréquence intrabuccale relative	Pronostic
Carcinome mucoépidermoïde	Commun	Favorable
Carcinome adénokystique	Commun	Modéré à sombre
Adénocarcinome polymorphe de bas grade	Commun	Favorable
Carcinome acineux	Rare	Favorable à modéré
Adénocarcinome expléomorphe	Rare	Sombre
Adénocarcinome	Peu commun	Sombre
Épithélioma myoépithélial	Rare	Modéré
Carcinome à cellules claires	Rare	Modéré
Carcinome des canaux salivaires	Rare	Sombre
Adénocarcinome basocellulaire	Rare	Modéré
Carcinome non différencié	Rare	Sombre
Autres	Très rare	Variable

glandes salivaires mineures sont le siège d'un bien plus grand nombre de tumeurs que les glandes majeures.

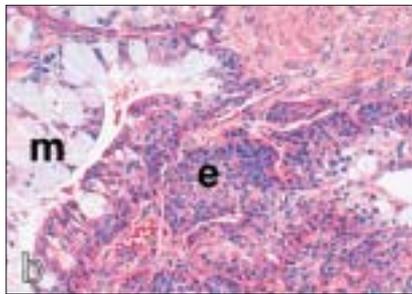
On compte de nombreuses variantes de cancer des glandes salivaires<sup>4</sup> (tableau 2), mais la plupart sont trop rares pour en justifier le traitement dans le présent article. Les tumeurs malignes des glandes salivaires intra-buccales les plus courantes sont le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome adénoïde kystique et l'adénocarcinome polymorphe de bas grade.

### **Carcinome muco-épidermoïde**

En général, le carcinome muco-épidermoïde prend le plus souvent la forme d'une lésion de bas grade comportant des cellules muqueuses bien différenciées et des cellules épidermoïdes, formant souvent des espaces kystiques, mais dont l'envahissement des tissus adjacents ne s'accompagne d'aucune encapsulation. Ce carcinome survient chez des personnes dont l'âge peut varier énormément tant chez les hommes que chez les femmes, y compris les enfants. Une lésion d'évolution lente typique se présente comme une masse sous-épithéliale fuyante, bleuâtre, indifférenciée, indolore et de croissance lente, laquelle simule une mucocèle ou un kyste rétentionnel muqueux (ill. 1a et 1b). Le traitement appelle l'ablation chirurgicale. Le pronostic est excellent, le taux de guérison excédant 90 %<sup>2</sup>. Les lésions modérément différenciées sont plus agressives, tandis que les lésions de haut grade, bien que rares, entraînent un pronostic des plus sombres<sup>5</sup>.



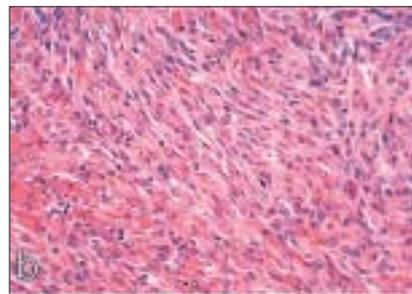
**Illustration 1a :** Carcinome muco-épidermoïde chez un homme de 61 ans qui présente une masse indolore de croissance lente et de couleur légèrement bleuâtre du palais mou.



**Illustration 1b :** L'examen microscopique a révélé des cellules muqueuses bien différenciées (m) et des cellules épidermoïdales (e) avec formation kystique, caractéristique d'un carcinome muco-épidermoïde de bas grade (hématoxyline et éosine,  $\times 200$ ).



**Illustration 2a :** Sarcome de Kaposi chez un homme de 28 ans porteur du VIH qui présente des lésions plates à foyers multiples ou nodulaires d'une couleur violette de la peau du visage et des muqueuses. Les lésions faciales (flèche noire), palatines et linguales (flèche blanche) sont mises en évidence.



**Illustration 2b :** L'examen microscopique a révélé que les tumeurs étaient formées de couches de cellules endothéliales fusiformes, associées à l'hémorragie (hématoxyline et éosine,  $\times 200$ ).

### **Carcinome adénoïde kystique**

L'invasion périneurale constitue la marque du carcinome adénoïde kystique, un ensemble de masses de cellules myoépithéliales d'aspect basocellulaire néoplasiques contenant parfois des structures canalaire et affichant un profil de croissance cribriforme. Ce carcinome se présente comme une masse sous-épithéliale d'évolution lente, ferme, mal définie, et associée parfois à des douleurs ou une paresthésie liée à l'invasion périneurale<sup>6</sup>. Des lésions palatines peuvent afficher une invasion et la destruction des tissus osseux. Les personnes d'âge moyen et les personnes âgées sont les plus affectées. Le traitement comporte l'ablation chirurgicale avec ou sans radiothérapie, mais la récurrence est fréquente et des métastases éloignées peuvent se manifester plus tard dans le processus évolutif de cette condition. Le pronostic à court terme (5 ans) est favorable (70 %), mais le pronostic de survie à long terme (jusqu'à 20 ans) est sombre (de 20 % à 30 %), ce qui témoigne de la persistance et de la récurrence de ce type de tumeur<sup>2</sup>.

### **Adénocarcinome polymorphe de bas grade**

L'adénome polymorphe bien différencié est une tumeur maligne d'évolution lente qui se manifeste le plus souvent à la jonction du palais dur et du palais mou chez les hommes et les

femmes plus âgés. Sur le plan clinique, ce carcinome se présente sous la forme d'une masse indolore de croissance lente susceptible d'éroder les os adjacents. Au microscope, il se présente comme des éléments canaux et myoépithéliaux qui affichent une variété de profils de croissance et qui envahissent les tissus adjacents<sup>7</sup>. Une ample ablation chirurgicale constitue le traitement de choix. La récurrence locale a été signalée dans 17 % des cas<sup>1</sup>, mais la métastase aux ganglions lymphatiques régionaux survient beaucoup moins souvent (dans moins de 10 % des cas), et il est rare qu'une personne affectée en meure.

### **Autres tumeurs**

Le tableau 2 fait état d'autres tumeurs malignes des glandes salivaires, de même que du pronostic connexe. Ces tumeurs se manifestent habituellement dans les glandes parotides ou sous-maxillaires, et il est rare qu'elles affectent la cavité buccale<sup>4</sup>.

### **Sarcomes des tissus mous**

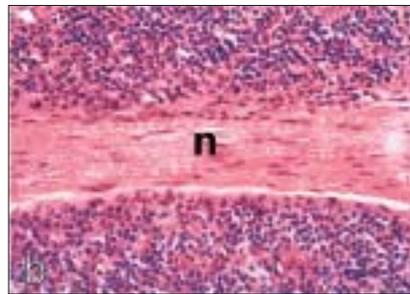
Les tumeurs malignes des tissus conjonctifs, y compris les tissus conjonctifs du complexe maxillofacial, se nomment sarcomes. Plusieurs sarcomes de la bouche peuvent se développer : fibrosarcome, liposarcome, rhabdomyosarcome, léiomyosarcome, angiosarcome, neurosarcome<sup>8</sup>, de même que des tumeurs des tissus hématopoïétiques comme les lymphomes<sup>9</sup>, les myélomes et la leucémie<sup>2</sup>. La plupart se manifestent rarement dans la cavité buccale, mais certains sont plus fréquents que d'autres. Sur le plan clinique, la plupart des sarcomes se présentent sous la forme de nodules sous-épithéliaux dont le taux de croissance varie. Ils forment des masses infiltrantes associées à l'ulcération. Le diagnostic exige un examen microscopique puisque les caractères cliniques ne se laissent pas facilement distinguer avec précision. Comme l'examen des sarcomes des tissus mous s'avère parfois difficile, il pourrait être nécessaire de recourir à des études immunohistochimiques complémentaires pour plus de précision. Aux fins de traitement, on peut recourir à l'ablation chirurgicale locale et même à une combinaison de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie. Le pronostic dépend du type, de la variante histologique, du grade et du stade de la tumeur<sup>8</sup>. On aborde brièvement ci-après les sarcomes des tissus mous les plus courants.

### **Histiocytose fibreuse maligne**

Les cellules productrices d'histiocytose fibreuse maligne affichent des caractères fibroblastiques et histiocytaires à l'examen microscopique. Ces sarcomes affichent aussi des profils de



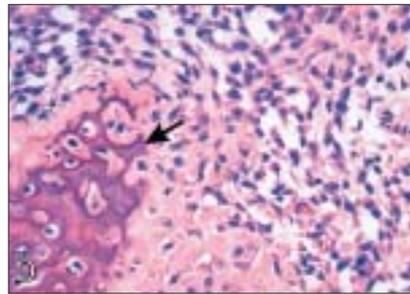
**Illustration 3a :** Lymphome chez une femme de 79 ans qui présente une masse caoutchouteuse indolore, laquelle a été formée de manière à contourner la surface buccale de sa prothèse supérieure.



**Illustration 3b :** Une biopsie a révélé la présence de couches de lymphocytes atypiques infiltrants qui déplaçaient les tissus normaux. Ici, la tumeur étrangle un nerf périphérique (n) que l'on peut observer au centre de la photomicrographie (hématoxyline et éosine,  $\times 200$ ).



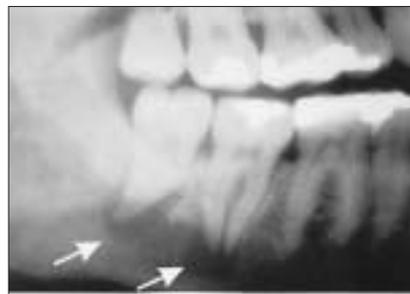
**Illustration 4a :** Ostéosarcome chez une femme de 36 ans qui se plaignait d'un malaise et d'une douleur à la partie postérieure gauche du maxillaire inférieur. On a procédé à l'extraction d'une deuxième molaire, mais les symptômes n'ont pas disparu. La radiographie révèle une radiotransparence mal définie et une radiopacité interne vague.



**Illustration 4b :** Une biopsie de la lésion a révélé la présence d'une tumeur maligne ossifiante (flèche) caractéristique de l'ostéosarcome (hématoxyline et éosine,  $\times 300$ ).



**Illustration 4c :** Ostéosarcome juxtacortical chez une femme de 34 ans qui présente un nodule indolore, osseux, dur et de croissance progressive de l'alvéole du maxillaire. Une radiographie a révélé une masse exophytique radiopaque qui s'étend depuis l'os cortical sans toutefois toucher l'os trabéculaire. L'examen microscopique a révélé un ostéosarcome bien différencié.



**Illustration 5 :** Métastases chez une femme de 32 ans qui se plaignait de paresthésie du côté droit de la lèvre inférieure et du menton. Une radiographie a révélé des multiples foyers de radiotransparence dont l'expression est identique à celle d'une affection périapexienne (flèche), mais les dents étaient vivantes. Une biopsie a révélé la présence de métastases provenant d'un cancer du sein.

croissance variables dont le plus typique est la présence de faisceaux en forme de spirale de cellules fusiformes associées à la vascularité et à des cellules polygonales ou géantes<sup>8</sup>. La plupart de ce type de tumeurs se développent chez les personnes âgées et prennent la forme de masses sous-épithéliales fermes, roses et

parfois ulcérées qui peuvent être aussi douloureuses. Le traitement appelle l'ablation chirurgicale radicale. La récurrence et les métastases surviennent dans environ 40 % des cas<sup>2</sup>, et la mort peut s'ensuivre.

### **Sarcome de Kaposi associé au VIH**

L'épidémie de SIDA a engendré un nouveau type de sarcome de Kaposi qui se développe seulement chez les personnes infectées par le VIH. Cette tumeur maligne des cellules endothéliales affecte le plus souvent les régions buccale et maxillofaciale. Elle affiche aussi une forte association étiologique au virus de l'herpès humain<sup>8</sup><sup>10</sup>. Elle se présente sous la forme de macules à foyers multiples de couleur violette qui se transforment rapidement en masses nodulaires douloureuses qui saignent et qui se répartissent sur la peau et les muqueuses buccales (ill. 2a et 2b). Ces lésions s'agrandissent de façon persistante et peuvent devenir si larges qu'elles nuisent à la fonction buccale. Le cancer envahit les maxillaires, entraînant le déchaussement ou l'exfoliation des dents. La dissémination généralisée aux autres organes et aux ganglions lymphatiques est chose courante. Sur le plan microscopique, les tumeurs se composent de couches de cellules fusiformes associées à l'hémorragie et à l'hémosidérine. L'emploi de marqueurs vasculaires identifiés immunohistochimiquement facilite le diagnostic. Le traitement est habituellement palliatif et comporte une radiothérapie et une chimiothérapie pour maîtriser la masse croissante, sans toutefois promouvoir la guérison. En règle générale, les patients affectés décèdent d'autres causes, par exemple des infections disséminées, avant de succomber au sarcome de Kaposi.

### **Lymphome non hodgkinien**

Les lymphomes non hodgkiniens qui se développent dans la bouche se présentent généralement sous la forme de masses extranodales caoutchouteuses de couleur rougeâtre ou violette, le plus

souvent sur les muqueuses du palais, le vestibule de la bouche ou les gencives chez les patients d'un âge moyen ou plus âgés. Le lymphome peut aussi se manifester dans les maxillaires où il cause une radiotransparence irrégulière associée à une douleur vague ou une paresthésie et, avec le temps, une

**Tableau 3 Exemples de cancers buccaux très rares**


---

Sarcome alvéolaire des tissus mous
Sarcome d'Ewing
Maladie de Hodgkin (lymphome de Hodgkin)
Histiocytose des cellules de Langerhans aiguë et disséminée (maladie de Letterer-Siwe)
Mycose fongicide
Lymphome T
Carcinome des mélanoblastes
Tumeur neuroendocrinienne primitive
Neuroblastome
Tumeur maligne de type triton
Tératome malin
Pseudo-tumeur/sarcome inflammatoire

---

expansion corticale de l'os ou une perforation (ou les deux). Il peut aussi y avoir une tuméfaction des ganglions lymphatiques cervicaux. Le cas échéant, le patient peut manifester des symptômes comme la fatigue, la perte de poids et des sueurs nocturnes. Une biopsie s'impose pour établir un diagnostic de lymphome non hodgkinien et pour en caractériser le type davantage, habituellement par l'identification de marqueurs immunohistochimiques ou par des études de réarrangement génétique (ou les deux). La détermination spécifique du type de lymphome non hodgkinien est d'une importance capitale du fait que les lymphomes manifestent un vaste éventail d'agressivité et de réaction au traitement<sup>9</sup>. Dans 85 % des cas, les lymphomes buccaux se composent de masses de lymphocytes B (de petite ou de grande taille)<sup>2</sup> diffuses ou folliculaires associées à un comportement malin de grade intermédiaire (ill. 3a et 3b). Le traitement de lésions de grade intermédiaire et de haut grade prévoit une radiothérapie avec ou sans polychimiothérapie, tandis que les lésions de bas grade peuvent être laissées sans traitement. Le pronostic dépend du type spécifique de lymphome et de son extension, la période de survie médiane étant de 8 à 10 ans ou plus dans le cas de tumeurs de bas grade, alors que le taux de mortalité est de 60 % sur 5 ans dans le cas des lésions haut grade<sup>2</sup>. Le lymphome de Burkitt, une tumeur de haut grade que l'on constate plus couramment en Afrique qu'en Amérique du Nord, semble avoir une prédilection pour la tête et le cou chez les enfants<sup>1</sup>.

### Neurofibrosarcome

Les neurofibrosarcomes, aussi dénommés tumeurs malignes de la gaine des nerfs périphériques, schwannomes et neurosarcomes, comptent pour environ 10 % des sarcomes des tissus mous, et près de la moitié de ces lésions sont associées à la neurofibromatose de type 1 (NF1). Les neurofibrosarcomes de la tête et du cou sont rares, mais on les rencontre le plus souvent chez les jeunes adultes (âge moyen de 40 à 46 ans). L'âge moyen des patients atteints de neurofibromatose varie de 29 à 36 ans, mais on a constaté la présence de telles lésions chez des patients beaucoup plus jeunes<sup>11</sup>. La transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne survient habituellement en association à un neurofibrome large et diffus

chez les patients souffrant d'une NF1. Dans la région de la bouche, le maxillaire inférieur, les lèvres et la muqueuse buccale sont le plus souvent affectés. Les tumeurs se présentent sous la forme de masses de croissance rapide parfois associées à la douleur. Les radiographies peuvent mettre en lumière l'élargissement du canal dentaire du maxillaire inférieur, avec ou sans destruction de l'os environnant, et l'atteinte du nerf alvéolaire inférieur. À l'examen microscopique, la tumeur présente des faisceaux de cellules fusiformes atypiques qui peuvent ressembler à celles d'un fibrosarcome, mais dont la forme est habituellement plus irrégulière, affichant des noyaux ondulés ou en forme de virgule. On peut aussi constater des zones de cellules moins mucoïdes. Le marquage immunocolorant de la protéine S100 est souvent utile, mais l'établissement d'un diagnostic définitif d'origine neurale s'avère souvent difficile<sup>2</sup>. Le pronostic de survie pour une période de 5 ans chez les patients dont le neurofibrosarcome se produit de nouveau est d'environ 50 %, tandis qu'il s'établit à 15 % chez les patients atteints d'un neurofibrosarcome et de neurofibromatose<sup>2</sup>.

### Sarcomes des tissus durs

L'ostéosarcome et le chondrosarcome des maxillaires constituent les 2 types de tumeurs malignes des tissus durs qui surviennent dans la bouche. Les tumeurs odontogéniques malignes englobant la production de tissus durs (dentine, émail) sont extrêmement rares.

#### Ostéosarcome

La malignité des cellules ostéoformatrices peut se développer dans le maxillaire supérieur ou inférieur. L'ostéosarcome de la mâchoire frappe surtout les adolescents et les adultes jeunes ou d'âge moyen des 2 sexes. L'une ou l'autre des mâchoires peut être atteintes, mais on a constaté une prédilection pour le maxillaire inférieur<sup>12</sup>. L'ostéosarcome se présente sous la forme d'un grossissement de croissance moyenne ou rapide, asymétrique et souvent douloureuse de l'os avec invasion de l'antre dans le cas de lésions maxillaires. Les dents peuvent être déchaussées ou déplacées. L'examen radiographique peut révéler l'élargissement du ligament parodontal durant les premiers stades, associé à une radiotransparence ou à une radiopacité irrégulière mixte. Dans certains cas, on constate une réaction périostée en forme de soleil au fur et à mesure de l'extension de la tumeur à travers l'os cortical. À l'examen microscopique, on constate des masses de cellules polygonales ou fusiformes associées à une quantité variable de cellules ostéoïdes dont certaines sont calcifiées (ill. 4a et 4b). La tumeur est invasive et peut se transformer en métastase hématogène dans les poumons et le cerveau. Le traitement appelle l'ablation chirurgicale radicale. Un traitement complémentaire de chimiothérapie peut aussi contribuer à réduire le risque de décès. Le pronostic relatif aux patients affectés est sombre étant donné que le taux de survie à 5 ans varie de 30 % à 50 %<sup>2</sup>.

L'ostéosarcome se développe parfois au niveau du cortex osseux plutôt que dans les cellules osseuses profondes. Le cas échéant (ill. 4c), il s'agit le plus souvent d'un cancer de type juxtacortical qui se présente sous la forme de masses exophytiques dures et de croissance lente. Elles sont habituellement

mieux différenciées que les tumeurs intraosseuses, et le pronostic est favorable suivant l'ablation chirurgicale locale<sup>2</sup>.

### Chondrosarcome

Le chondrosarcome est une tumeur rare, de croissance lente, formée de tissu cartilagineux. Elle se manifeste habituellement dans les maxillaires de personnes d'âge moyen ou plus âgées, mais parfois chez de jeunes patients. L'ablation chirurgicale radicale est le traitement de choix. Le pronostic à court terme (5 ans) est favorable, mais la récurrence est fréquente. Le pronostic à long terme est variable et dépend de divers facteurs<sup>1,2</sup>.

### Tumeurs métastatiques

Certaines tumeurs peuvent se disséminer par métastase depuis divers organes jusqu'aux os de la mâchoire et aux tissus mous buccaux soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine. Les tumeurs métastatiques peuvent se présenter chez les adultes sous la forme d'un ou de plusieurs nodules des tissus mous. Elles sont indolores, mais leur croissance est persistante. Elles peuvent éventuellement entraîner l'ulcération douloureuse des tissus mous. Le plus souvent, les métastases se manifestent dans les mâchoires, notamment dans la partie postérieure du maxillaire inférieur (ill. 5). On les découvre souvent quand les dents commencent à être mobiles ou douloureuses. Le cas échéant, une radiographie révélera une ou plusieurs régions de radiotransparence irrégulière et mitée. L'engourdissement unilatéral du menton compte souvent parmi les symptômes de lésions métastatiques du maxillaire inférieur. Certaines tumeurs, par exemple le cancer de la prostate et certains cancers du sein, peuvent déclencher la formation de tissus osseux, ce qui produit une image radiographique comportant des régions opaques et transparentes. La dissémination de carcinomes par métastase jusqu'à la mâchoire survient beaucoup plus fréquemment que celle des sarcomes. Les tumeurs métastatiques les plus courantes ainsi disséminées dans les tissus buccaux sont associées au cancer du poumon et à l'adénocarcinome du sein, de la prostate, du rein et de la glande thyroïde<sup>1</sup>. La dissémination de tumeurs par métastase dans la région maxillofaciale présage un pronostic sombre. La plupart des patients meurent en un an<sup>2</sup>.

### Autres cancers

Les cancers prenant origine dans l'appareil odontogénique se développent très rarement<sup>13</sup>. Le plus commun est le carcinome améloblastique qui se manifeste chez les personnes âgées et qui entraîne la destruction de la mâchoire, habituellement de la partie postérieure du maxillaire inférieur. Le pronostic est sombre. Un exposé des autres types de carcinomes et de sarcomes odontogéniques<sup>13</sup> dépasse le cadre du présent article.

Les autres tumeurs malignes (tableau 3) se manifestent rarement dans les régions buccales.

### Conclusions

On ne peut s'attendre à ce que le personnel dentaire possède une connaissance poussée de tous les types de cancers susceptibles d'affecter la région maxillofaciale. Il se doit, toute-

fois, de savoir que de telles lésions peuvent se manifester et posséder une certaine connaissance des plus fréquentes. ♦

---

*Remerciements* : Les auteurs aimeraient remercier le Dr G.P. Wysocki pour avoir fourni les photomicrographies.

Le Dr Daley est professeur et directeur de la Division de pathologie buccale, Département de pathologie, Division de pathologie buccale, Université Western Ontario, London (Ontario).

Le Dr Darling est professeur adjoint, Division de pathologie buccale, Département de pathologie buccale, Division de pathologie buccale, Université de Stellenbosch, Cape Town (Afrique du Sud).

Écrire au : Dr Tom Daley, Département de pathologie, Université Western Ontario, London ON N6A 5C1. Courriel : tdaley@uwo.ca.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

---

### Références

1. Sapp JB, Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary oral and maxillofacial pathology. St Louis: Mosby; 1997. p. 174, 189-93, 403-4.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002. p. 356, 376-80, 420-30, 480-90, 517-24, 574-80, 582-3.
3. Gorsky M, Epstein JB. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 1998; 86(6):715-9.
4. Dardick I. Color atlas/text of salivary gland tumor pathology. New York: Igaku-Shoin Medical Publishers Inc; 1996. Ch. 16-24.
5. Auclair PL, Goode RK, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer* 1992; 69(8):2021-30.
6. van der Wal JE, Snow GB, van der Waal I. Intraoral adenoid cystic carcinoma. The presence of perineural spread in relation to site, size, local extension, and metastatic spread in 22 cases. *Cancer* 1990; 66(9):2031-3.
7. Regezi JA, Zarbo RJ, Stewart JC, Courtney RM. Polymorphous low-grade adenocarcinoma of minor salivary gland. A comparative histologic and immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71(4):469-75.
8. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 4th ed. St Louis: Mosby; 2001. Ch. 15, 25.
9. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JK, Cleary ML, and others. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994; 84(5):1361-92.
10. Flaitz CM, Jin YT, Hicks MJ, Nichols CM, Wang YW, Su JJ. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-like DNA sequences (KSHV/HHV-8) in oral AIDS-Kaposi's sarcoma. A PCR and clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 1997; 83(2):259-64.
11. Allen CM, Miloro M. Gingival lesion of recent onset in a patient with neurofibromatosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 1997; 84(6):595-7.
12. Bennett JH, Thomas G, Evans AW, Speight PM. Osteosarcoma of the jaws: a 30-year retrospective review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 2000; 90(3):323-32.
13. Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. Tumors and cysts of the jaws. Washington: AFIP; 2001. p. 76-8, Ch. 6.