

Chondrome de l'articulation temporo-mandibulaire : présentation d'un cas et revue de la littérature

Temporomandibular joint chondroma : case report and literature review

Van Lierde L.¹, Magremanne M.¹, Vervaeet C.¹, Faverly D.^{1,2}, Vanhemelrijck Y.¹ et Legrand W.¹

¹Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU Ambroise Paré, Mons, ²Cerba Health care - CMP Pathology, Anderlecht.

RESUME

Introduction : Le chondrome de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une tumeur cartilagineuse bénigne rare dont les manifestations cliniques ressemblent à un désordre temporo-mandibulaire (DTM). Le diagnostic de chondrome de l'ATM est de ce fait souvent tardif.

Cas clinique : Une patiente de 61 ans s'est présentée avec des plaintes atypiques au niveau de l'ATM gauche. La mise au point radiologique montrait une lésion compatible avec un chondrome juxta-cortical de l'ATM gauche. La prise en charge était chirurgicale. Trois ans après l'intervention, la patiente ne présentait plus de plainte et l'imagerie par résonance magnétique ne montrait aucun signe de récurrence.

Conclusion : Devant des plaintes articulaires de type DTM n'évoluant pas favorablement avec un traitement fonctionnel adapté, il est conseillé de réaliser une mise au point complémentaire afin d'exclure une autre pathologie de l'ATM. Le chondrome est rare et son traitement est chirurgical.

*Rev Med Brux 2019 : 40 : 93-6
Doi : 10.30637/2019.18-012*

ABSTRACT

Introduction : The temporomandibular joint (TMJ) chondroma is a rare benign cartilaginous tumor with late clinical manifestations similar to those of TMJ disorder. That's why it is often underdiagnosed.

Case report : A 61-year-old woman presented with a left TMJ pain. Radiologic imaging showed a lesion compatible with a chondroma. Three years after surgical resection, the patient no longer complained and the magnetic resonance imaging showed no sign of recurrence.

Conclusion : The TMJ chondroma is easily confused with a TMJ disorder. In case of joint complaint without favorable evolution with an adapted treatment, complementary exams are needed to exclude another pathology of the TMJ. TMJ chondroma is rare and is responding well to the surgical treatment.

*Rev Med Brux 2019 : 40 : 93-6
Doi : 10.30637/2019.18-012*

Key words : temporomandibular joint pain, chondroma, cartilaginous tumour.

INTRODUCTION

Le chondrome est une tumeur bénigne des os longs qui touche dans la majorité des cas les os de la main et du pied. Il siège plus rarement dans la sphère cervico-faciale au niveau de la portion antérieure de la mandibule, de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), de l'os hyoïde, de la langue, des joues, du palais mou, des cavités nasales ou sinusales, de la glande parotide et de la région pré-auriculaire¹⁻⁴.

Le chondrome de l'ATM peut rester longtemps asymptomatique. En fonction de la localisation de la

lésion, le patient peut présenter plus ou moins rapidement des symptômes articulaires mimant un désordre temporo-mandibulaire (DTM) (douleur à la mastication, limitation d'ouverture buccale, claquements, craquements articulaires ou ressaut, contractures des muscles masticateurs pouvant entraîner un trismus, malocclusion et déviation mandibulaire). Des symptômes tumoraux tels qu'une masse ou une tuméfaction pré-auriculaire, ainsi qu'une asymétrie faciale peuvent également se manifester^{1,5}.

Nous présentons un cas de chondrome de l'ATM dont la symptomatologie ressemble à celle d'un DTM.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 61 ans présentait depuis un an une douleur pré-auriculaire gauche accompagnée d'une limitation de l'ouverture buccale. Elle ne signalait pas de facteur initiateur de cette douleur, entre autre pas de traumatisme ni de soins dentaires de longue durée. La douleur ne répondant pas aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la patiente est référée dans notre service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale par son médecin traitant, sans mise au point complémentaire.

L'examen clinique mettait en évidence une douleur à la palpation de la région condylienne gauche et une ouverture buccale limitée à 2 cm sans déviation apparente de la pointe du menton. La patiente présentait une édentation maxillaire totale et mandibulaire partielle et portait depuis plusieurs années une prothèse totale supérieure et partielle squelettée inférieure, en articulé correct. La radiographie panoramique montrait une image radio-opaque au niveau du condyle gauche, l'anatomie du condyle droit était conservée (figure 1a).

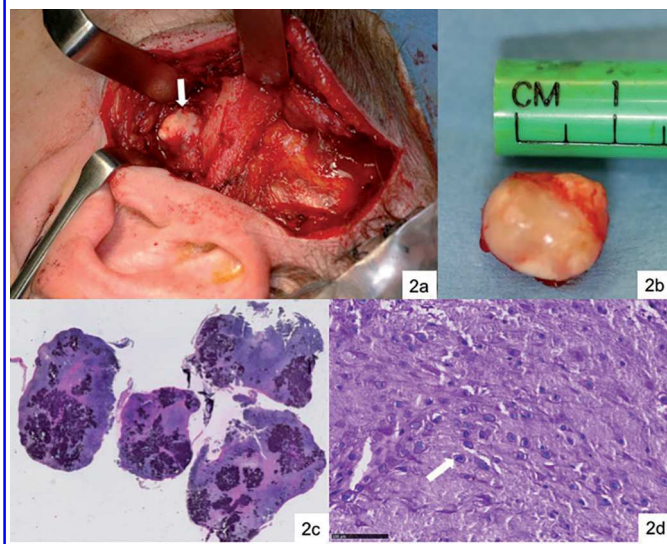
Le bilan est complété par un CT-Scan et une imagerie par résonance magnétique (IRM). Le CT-Scan révélait l'existence d'un chapelet de petits nodules radio-opaques situé devant le col du condyle gauche dont l'anatomie était conservée. L'IRM montrait à gauche un disque articulaire complètement fragmenté ainsi qu'une lésion nodulaire évoquant un nodule ostéochondromateux probablement partiellement calcifié, sans atteinte du condyle. Aucune lésion de l'ATM hétéro-latérale n'était décrite (figures 1b et 1c).

Etant donné la nature solide de la lésion, une

intervention chirurgicale sous anesthésie générale est proposée à la patiente et a consisté en une dissection de la région pré-auriculaire gauche, avec dissection du nerf facial, permettant un abord de la région articulaire et la résection d'une masse ovoïde blanchâtre de 11 mm de diamètre, bien encapsulée et adhérente au disque articulaire. Une plastie du disque articulaire a été réalisée. Le condyle était intact (figures 2a et 2b).

L'analyse microscopique mettait en évidence une masse cartilagineuse bien délimitée dont l'architecture est comparable à celle d'un cartilage hyalin non tumoral. A faible grossissement, elle est saupoudrée de dépôts calciques parfois agglomérés (figure 2c). La trame chondroïde est creusée de logettes microscopiques régulières contenant des chondrocytes (figure 2d). En raison de sa localisation, le diagnostic de chondrome juxta-cortical de l'ATM est retenu.

Figures 2 : (a) Abord pré-auriculaire de l'ATM, masse blanchâtre accolée au disque articulaire ; (b) : Image macroscopique de la masse ; (c) : coupes sériées (H&E x 0.52 - Nanozoomer XR Hamamatsu) de la masse cartilagineuse régulière in toto. Les amas sombres correspondent aux dépôts calciques ; (d) : Illustration à fort grossissement des logettes chondrocytaires. Absence d'atypie cellulaire (Coloration APAS x 19.2 - Nanozoomer XR Hamamatsu).



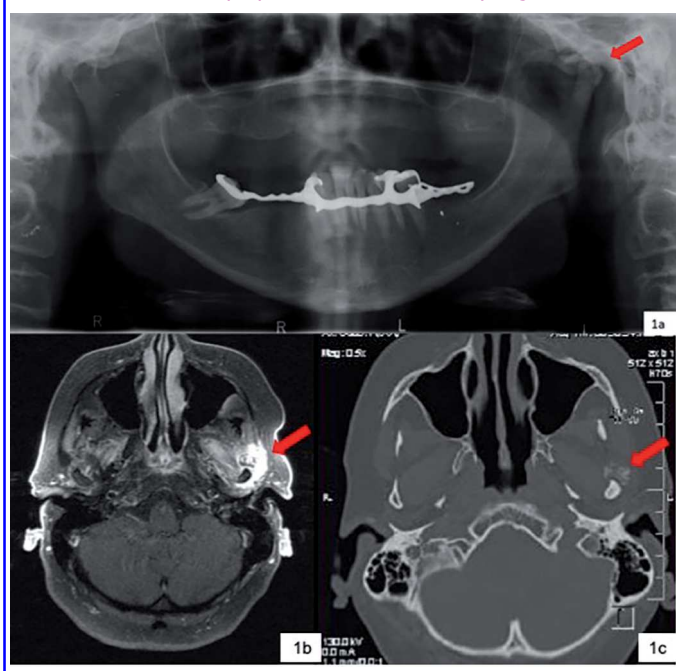
La patiente n'a présenté aucune complication postopératoire et a pu quitter rapidement le service avec un traitement antalgique à base de paracétamol et des conseils d'alimentation molle au départ, à solidifier graduellement en fonction de sa symptomatologie.

Les plaintes articulaires ont progressivement disparu dans les mois qui ont suivi l'intervention. Trois ans après l'intervention, la patiente ne présentait plus de douleur, l'ouverture buccale était améliorée et aucune récurrence n'a été mise en évidence à la radiographie panoramique ni à l'IRM de contrôle.

DISCUSSION

Siégeant rarement au niveau de l'ATM, le chondrome passe souvent inaperçu et peut être

Figures 1 : (a) Radiographie panoramique : image radio-opaque au niveau du condyle gauche ; (b) IRM montrant une image nodulaire accolée au condyle gauche ; (c) : CT-scan : image discrètement radio-opaque en avant du condyle gauche.



confondu avec un DTM (douleur pré-auriculaire uni- ou bilatérale, douleur à la mastication, claquements ou craquements articulaires, contractures des muscles de la mastication, trismus...). L'unilatéralité de la douleur dans les DTM est fréquente et cette unilatéralité ne doit pas faire penser automatiquement à une lésion tumorale de l'ATM. La mise au point complémentaire par scanner ou IRM est réalisée rapidement si l'examen clinique permet la palpation d'une masse ou si la radiographie panoramique montre une anomalie¹.

Le chondrome est une tumeur bénigne découverte plus fréquemment chez des patients entre 30 à 50 ans, sans différence de fréquence entre les sexes⁵⁻⁷. Touchant majoritairement les os de la main et du pied, la localisation maxillo-faciale ne représente que 2 % des cas, principalement au niveau de la langue ou de la muqueuse buccale^{2,7}.

Il se caractérise par la formation de cartilage hyalin mature d'origine mésenchymateuse sans atypie. Il existe trois types de chondromes : les enchondromes qui prennent leur origine dans la moelle osseuse, les chondromes sous-périostés ou juxta-corticaux présents en périphérie de l'articulation et les chondromes extra-osseux ou des tissus mous^{2,5}.

Le chondrome est généralement unique, mais certains syndromes tels que la maladie d'Ollier ou le Syndrome de Maffucci, sont caractérisés par la présence de chondromes multiples. Les chondromes solitaires évoluent exceptionnellement en tumeur maligne alors que les chondromes multiples dégénèrent en chondrosarcome dans presque un tiers des cas^{5,7,8}.

Le diagnostic différentiel des lésions osseuses et cartilagineuses au niveau de l'ATM comprend le chondrome et le chondrosarcome dont la différenciation n'est pas aisée, mais cruciale pour la prise en charge, la chondromatose synoviale caractérisée par la présence de plusieurs chondromes formés à partir de la synoviale, l'hyperplasie condylienne, l'ostéochondrome, l'ostéome, l'ostéoblastome, l'ostéosarcome, le fibrome ossifiant et la dysplasie fibreuse^{1,5,9}.

En cas de douleurs uni- ou bilatérales de la région temporo-mandibulaire, la prise en charge initiale classique consiste en des conseils d'épargne de l'ATM (éviter les aliments durs, essayer de conserver un espace neutre entre les dents au repos, éviter les para-fonctions tels que le bruxisme et l'onychophagie, dormir sur le dos...) associés à des AINS, ainsi qu'un traitement fonctionnel (kinésithérapie, gouttières...)⁶. En cas d'échec de ces mesures, une mise au point par imagerie est demandée, même en l'absence de lésion à la radiographie panoramique, qui reste l'examen de première intention. L'IRM et le CT-scan permettront d'imager correctement les structures molles et osseuses (lésion du condyle, lésion du disque articulaire, trouble de la mobilité du disque et/ou du condyle dans les images en ouverture et fermeture buccale) et de visualiser une éventuelle masse tumorale. En cas de chondrome, le CT-Scan montre une masse

généralement polylobée, radio-opaque et bien délimitée. Des plages de calcifications sont retrouvées au niveau de la lésion dans 30 à 70 % des cas. L'IRM met en évidence une masse irrégulière iso- ou hypointense en séquence T1 et hyperintense en séquence T2. Elle permet également d'évaluer l'intégrité du disque articulaire^{1-3,5}.

Sur le plan histologique, le chondrome est caractérisé par des nodules de cartilage hyalin mature immergés dans un stroma fibreux formant une masse lobulée. Il est fréquent de retrouver des dépôts calcifiés voire même des zones d'ossification^{2,3,10}.

La prise en charge du chondrome est chirurgicale. La plupart des auteurs soutiennent que l'exérèse de la lésion est suffisante et réservent la condylectomie aux atteintes de l'intégrité du condyle. Après résection du condyle, une reconstruction est indispensable afin de préserver la hauteur mandibulaire, ce qui implique la mise en place d'un greffon ou d'une prothèse condylienne. Le taux de récurrence étant de 10 à 18 %, un suivi régulier sur cinq ans est préconisé^{1,3,6,7}.

CONCLUSION

Le chondrome est une tumeur bénigne qui siège rarement au niveau de l'ATM. D'évolution lente, il peut être facilement confondu avec un DTM. C'est pourquoi, en cas de plaintes articulaires n'évoluant pas favorablement avec un traitement adapté, une mise au point complémentaire par CT-Scan ou IRM des ATM est recommandée. L'exérèse du chondrome est le traitement de choix, la résection du condyle avec reconstruction est réservée aux lésions plus étendues avec atteinte du condyle.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Heitz C, Vogt BF, Bergoli RD, Hirsch WDB, Pereira de Souza CE, Silva DN. Chondroma in temporomandibular region-case report and therapeutic considerations. *Oral Maxillofac Surg.* 2012;16:75-8.
2. Vázquez-Mahía I, López-Cedrún-Cembranos JL, Ferreras-Granado J, Lorenzo-Franco F. Temporomandibular juxtaarticular chondroma: case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:171-4.
3. Watanabe F, Saiki T, Ochochi Y. Extraskelatal Chondroma of the Preauricular Region: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Med.* 2012;2012:121743.
4. Falletti J, De Cecio R, Mentone A, Lamberti V, Friscia M, De Biasi S *et al.* Extraskelatal chondroma of the masseter muscle: a case report with review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38:895-9.
5. Dhirawani RB, Anand K, Lalwani G, Pathak S, Thakkar B. True chondroma of the mandibular condyle : A rare case. *Ann Maxillofac Surg.* 2014;4:220-3.
6. Marchetti C, Mazzoni S, Bertoni F. Chondroma Of the mandibular condyle-relapse of a rare benign chondroid tumour after 5 years' follow-up: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50:e69-71.

7. Nojima J, Okubo M, Hayashi N, Sano Y, Enoki Y, Fukushima Y *et al.* A Case of extraskeletal chondroma of the temporomandibular joint capsule. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2015;27:662-4.
8. Berthelot JM. Syndrome SADAM (syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire). *Rev Rhum.* 2013;80:2-6.
9. Parlier-Cuau C, Bousson V, Chicheportiche V, Hamzé B, Petrover D, Wybier M *et al.* Imagerie et conduite à tenir devant une lésion cartilagineuse : chondrome ou chondrosarcome? *Rev Rhum.* 2008;75:369-76.
10. De Riu G, Meloni SM, Gobbi R, Contini M, Tullio A: Soft-tissue chondroma of the masticatory space. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36:174-6.

Correspondance :

L. VAN LIERDE
CHU Ambroise Paré
Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
Boulevard Président Kennedy, 2
7000 Mons
E-mail : ludi_vl@hotmail.com

Travail reçu le 25 janvier 2018 ; accepté dans sa version définitive le 4 juillet 2018.