

M. S. IRO<sup>2</sup>, F. SLIMANI<sup>2</sup>

1 Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Hassan II University of Casablanca, B.P 5696, Casablanca, Maroc

2 Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, B.P 2698, Casablanca, Maroc

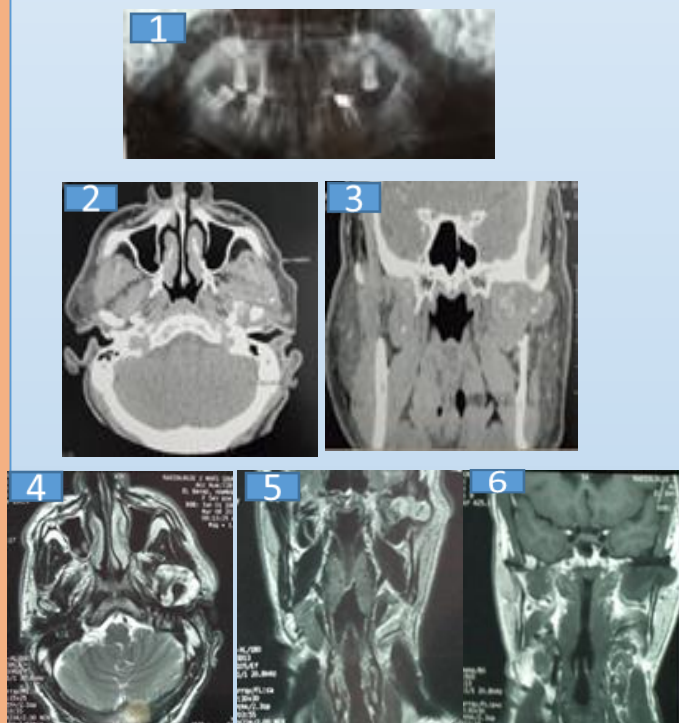
**Résumé :** nous rapportons le cas d'un chondrosarcome de l'ATM chez un patient de 54 ans ayant souffert depuis 6 ans d'une douleur à la mastication et une tuméfaction prétragienne gauche. L'imagerie a montré un élargissement de l'espace intra-articulaire, une formation hétérogène mesurant 43,1 x 32,9 x 24,5 mm et une interruption osseuse à la base du crâne. Le patient a bénéficié d'une exérèse dans un monobloc de la tumeur emportant les tissus péri-tumoraux, le condyle et de la fosse mandibulaire préservant le nerf facial. L'examen histologique a montré un chondrosarcome de grade I à II. L'évolution postopératoire était sans complication avec une bouche ouverte et aucune douleur. Un suivi de 10 mois n'a pas montré de signe de récurrence ni de dysfonctionnement dans l'ATM.

**Mots-clés :** chondrosarcome, articulation temporo-mandibulaire, chirurgie.

**Introduction :** le chondrosarcome (CHS) est une tumeur maligne d'origine cartilage hyalin qui peut se développer dans toute région où le cartilage est présent. Il représente 11% de toutes les tumeurs osseuses malignes primitives, et le bassin, les côtes, le fémur et l'humérus sont le plus souvent impliqués. On estime 5 à 12% des CHS sont localisés au niveau de la tête et du cou représentant environ 0,1% de l'ensemble des néoplasmes de la tête et du cou. Il est très rare dans l'articulation temporo-mandibulaire et seulement une trentaine de cas ont été rapportés dans la littérature. Sa symptomatologie est variable et il n'y a pas de consensus sur la prise en charge. L'évolution clinique du chondrosarcome est variable et est liée à la classification histologique. Nous rapportons un cas de chondrosarcome dans l'articulation temporo-mandibulaire gauche.

**Cas clinique:** patient de 54 ans avec antécédent de cholécystectomie il y a 2 ans, a souffert depuis 6 ans d'une douleur à la mastication au niveau de l'ATM gauche. À l'examen, il y avait une tuméfaction prétragienne gauche, sans paralysie faciale, ni signe inflammatoire de la peau en regard, ni d'adénopathie cervicale. Le bilan biologique n'a pas révélé d'anomalie. Sur la radiographie panoramique on a noté un élargissement et calcifications intra-articulaires gauche. À la tomodensitométrie (TDM), un processus de 38x20mm hypodense centré sur l'ATM gauche avec des calcifications, un aspect ostéolytique et ostéocondensant de la berge temporale et de la tête du condyle et présence de ganglions intraparotidiens. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) révèle la formation au niveau de l'ATM gauche bien limité de part et d'autre de la branche montante. Cette formation est en hypersignal T2 hétérogène, en hyposignal T1 hétérogène, mesurant 24,5mm de hauteur x 32,9mm de diamètre x 43,1mm de diamètre transversal. Il s'agit d'un hyposignal diffusion hétérogène, des zones en hypersignal centrales sur la séquence SWAN, avec une interruption osseuse de 9 mm près de la base du crâne. Le diagnostic clinique et radiologique était une tumeur de l'ATM gauche. Le patient a bénéficié sous anesthésie générale, par le procédé de Gillies, une exérèse de la tumeur emportant le tissu péri-tumoral, le condyle et de la fosse mandibulaire préservant le nerf facial. L'examen histologique a révélé une prolifération cartilagineuse ossifiée et calcifiée et consistait en des lobules de taille variable constitués de lobettes souvent unicellulaires avec des chondrocytes de petite taille ou de taille moyenne, arrondis ou étoilés, siège d'atypie nucléaire discrète avec rarement binucléation. Il n'est pas observé de figure mitose. Ces cellules sont enchâssées dans une substance chondroïde homogène, rarement myxoïde. Présence de tissu nucléaire par endroit renfermant des nodules chondroïdes du même aspect. Aspect d'un chondrosarcome bien différencié du grade I au grade II. L'évolution postopératoire était sans complication avec une bonne ouverture buccale sans douleur. Le suivi de 6 mois n'a pas montré de signe de récurrence ni de dysfonctionnement dans l'ATM

## Iconographie



**Figure 1:** radiographie panoramique montrant un élargissement de l'espace intra-articulaire et des calcifications.

**Figure 2, 3 :** Tomodensitométrie coupe axiale (2) et coronale (3) montre un processus hypodense centré sur l'ATM gauche avec des calcifications, un aspect ostéolytique et ostéocondensant de la base du crâne en regard.

**Figure 4, 5, 6 :** Imagerie par résonance magnétique coupe axiale (4) et coupes coronales (5, 6) révèlent au niveau de l'ATM gauche une formation bien limitée de part et d'autre de la branche montante avec une interruption osseuse de la base du crâne.

**Discussion:** Le chondrosarcome est une tumeur maligne provenant des cellules cartilagineuses. Il représente 10 à 20% de toutes les tumeurs osseuses primitives et environ 0,1% de tous les néoplasmes de la tête et du cou. L'atteinte de l'ATM est extrêmement rare. Nous avons répertorié seulement 32 cas dans la littérature anglaise entre 1966 et 2018 (tableau 1). Le délai moyen de diagnostic des masses tumorales de l'ATM est de 13 mois à 8 ans [2]. Dans notre cas, le retard accusé était de 6 ans. Le patient avait bénéficié d'un traitement symptomatique avec des analgésiques et des anti-inflammatoires pour un dysfonctionnement des TMJ. Malgré le retard dans la prise en charge, la tumeur a pu être opérée avec une bonne évolution, cela pourrait s'expliquer par le degré de CHS.

Les symptômes les plus fréquents sont une tuméfaction pré-auriculaire suivi de douleur spontanée ainsi que pendant la mastication, alors que le trismus et la latéro-déviations lors de l'ouverture buccale sont assez rares. Selon une étude, le CHS est généralement plus douloureux que l'enchondrome [2]. Dans notre cas, les symptômes étaient la douleur, la tuméfaction et une latéro-déviations à l'ouverture buccale.

L'imagerie les radiographies conventionnelles, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ont leur apport pour confirmer le diagnostic et compléter le bilan préopératoire. Les signes pathognomoniques sont la présence d'une érosion irrégulière du condyle avec des calcifications localisées dans l'espace inter-articulaire [2]. D'un point de vue histopathologique, les chondrosarcomes de l'ATM apparaissent comme des néoplasmes cellulaires lobulés avec une prolifération cartilagineuse hyaline, un stroma sarcomateux contenant des cellules étoilées, en forme de fuseau ou arrondies [16]. La présence de figures mitotiques est rare et leur absence n'exclut pas le diagnostic. Les critères de diagnostic de malignité dans ces tumeurs incluent un nombre accru de cellules, une taille accrue des noyaux, des cellules avec des formes binucléées ou la formation de tumeurs à cellules géantes.

En raison de la rareté que représente le CHS de l'ATM, aucun protocole de traitement spécifique n'est décrit à ce jour.

La chirurgie représente la modalité thérapeutique de référence pour le traitement primaire de cette tumeur. La résection doit être aussi large que possible avec des larges marges de tissus sains de 2 à 3 cm [2, 6]

Bien que la résection semble être la modalité thérapeutique de choix pour les CHS, un pourcentage élevé de récurrences a été décrit avec la chirurgie seule [11]. Par conséquent, une combinaison de chirurgie et de radiothérapie et / ou de chimiothérapie a été proposée. Cependant, les résultats sur les récurrences et la survie semblent encore controversés. En absence de consensus nous pensons qu'on peut se contenter du traitement chirurgical seul pour les CHS de grade I à II.