

UNE ETIOLOGIE RARE D'UNE ULCERATION PALATINE : LA SIALOMETAPLASIE NECROSANTE

NECROTIZING SIALOMETAPLASIA OF THE PALATE

A. Belghith*¹, H. Njah², H. Touil¹, M. Bouzaiène¹

¹ : Service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, ² : Service de Radiologie, CHU Habib Bourguiba de Mahdia – Tunisie

RESUME

La sialométaplasie nécrosante (SN) est une affection salivaire bénigne et rare, touchant principalement les glandes salivaires palatines et présentant des ressemblances cliniques et histologiques avec les carcinomes orales.

Nous rapportons un cas de SN chez une patiente de 73 ans, non tarée, édentée, qui rapporte la notion de prothèse ancienne mal adaptée et qui présente une lésion ulcéro-végétante, bien limitée, douloureuse, palatine gauche, évoluant depuis 3 mois. Le scanner du massif facial a montré un épaississement des parties molles palatines avec un aspect aminci et irrégulier de l'os en regard. Une pathologie maligne à type de carcinome muco-épidermoïde a été évoquée. Une exérèse radicale de la lésion a été réalisée et l'examen histologique a conclu à une SN.

Mots clés : Sialométaplasie nécrosante; orale; palais; histologie

ABSTRACT

Necrotizing sialometaplasia (NS) is a relatively uncommon benign disease of the salivary glands that most commonly occurs in the palate. It is often confused clinically and histopathologically with malignancies, such as squamous cell carcinoma or mucoepidermoid carcinoma.

We report a case of NS in an edentate 73-year-old woman, with no medical history, showed up with a painful, well limited ulcerative lesion on the left palate, reporting its appearance three months ago. Reported also that she had a badly adapted removable denture. CT scan showed a thickening of the palate's soft tissues with bone irregularity and thinning. A mucoepidermoid carcinoma was suspected. The patient underwent a radical excision of the lesion and histopathological diagnosis of NS was made.

Keywords: Necrotizing sialometaplasia; oral; palate; histology

INTRODUCTION

La sialométaplasie nécrosante (SN) est une affection salivaire bénigne et rare, touchant principalement les glandes salivaires palatines et présentant des ressemblances cliniques et histologiques avec les carcinomes orales.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de 73 ans, sans antécédents pathologiques, partiellement édentée, qui présente une lésion douloureuse palato-maxillaire gauche, évoluant depuis plus de 3 mois. L'anamnèse rapporte la notion de prothèse ancienne mal adaptée. L'examen clinique trouve une lésion ulcéro-végétante, bien limitée, faisant 15mm de grand axe, à la jonction palais dur-palais mou (Figure1). Le reste de la muqueuse buccale est sans anomalie ainsi que les aires ganglionnaires cervicales.

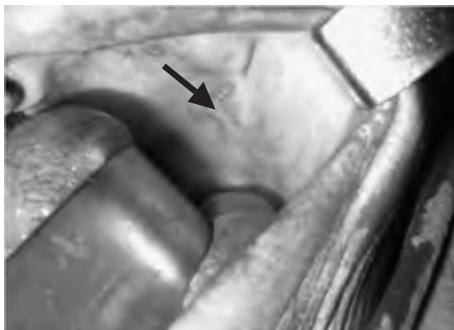
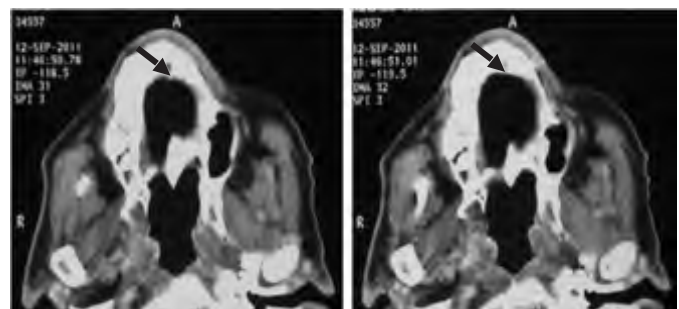


Figure 1 : lésion ulcéro-végétante, bien limitée, à la jonction palais dur-palais mou.

Le scanner du massif facial a montré un épaississement des parties molles palatines avec une irrégularité et un amincissement osseux en regard (Figures 2 et 3).



Figures 2 et 3 : Aspect tomodensitométrique : épaississement des parties molles palatines avec une irrégularité et un amincissement osseux en regard.

Nous avons évoqué en premier lieu une pathologie maligne à type de carcinome muco-épidermoïde. Nous avons réalisé d'emblée une exérèse de la lésion, avec une marge de 1cm et une découpe d'un petit volet osseux (Figure 4).



Figure 4 : Exérèse radicale de la lésion avec découpe d'un petit volet osseux en regard

La perte de substance muqueuse a été réparée par un lambeau de transposition du corps adipeux de Bichat (Figure 5).

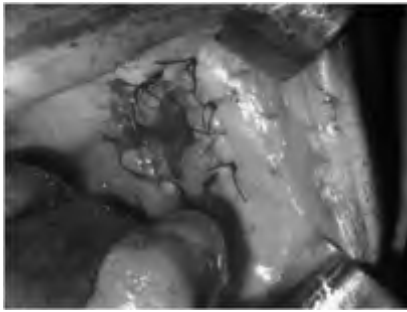


Fig 5: Réparation de la PDS par un lambeau de la boule graisseuse de Bichat

L'examen histologique a conclu à une sialométaplasie nécrosante. L'évolution postopératoire a été favorable, marquée par une nette amélioration clinique et l'absence de toute récurrence après un an.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois en 1973 par Abrams, la sialométaplasie nécrosante, relativement rare, représente environ 0,03 % des lésions diagnostiquées par biopsie (1, 2). Il s'agit d'une affection inflammatoire non néoplasique des glandes salivaires accessoires, presque exclusivement palatine(2-7). C'est essentiellement la zone de jonction palais dur-palais mou qui est intéressée (8). Cependant, d'autres localisations ont été observées: régions rétromolaire et linguale, cavité nasale, sinus maxillaire et glandes salivaires-majeures (1, 6, 9, 10).

Cette pathologie semble toucher préférentiellement des sujets de sexe masculin, de 40 à 50 ans (6).

L'étiopathogénie est encore mal élucidée (3). L'hypothèse la plus admise actuellement est celle de perturbations ischémiques par atteinte physico-chimique des vaisseaux sanguins aboutissant à un infarctus des glandes salivaires (1-3, 5, 7, 11). A part le traumatisme causé par les prothèses dentaires mal adaptées (que nous avons retrouvé chez notre patiente), plusieurs autres facteurs étiologiques ont été incriminés, tels que la mauvaise hygiène bucco-dentaire, le tabac, la prise de cocaïne, les infections locales, l'anémie, les carences protéiques et les vomissements violents répétés (1-3, 5, 9, 11). Des facteurs iatrogènes ont été éga-

lement évoqués tels que les intubations difficiles, les anesthésies locales et la radiothérapie (1, 2, 5, 6). Le diabète et l'alcoolisme chronique seraient un terrain favorisant (1-3, 5).

Classiquement, au stade précoce, la lésion se présente sous forme d'une tuméfaction focale douloureuse, qui évolue en quelques jours vers une ulcération à bords nets, pouvant s'étendre jusqu'à l'os, entourée d'un halo érythémateux (1). L'imagerie peut montrer une ostéolyse localisée associée (5). Ce qui fut le cas chez notre patiente.

Du point de vue anatomo-pathologique, le diagnostic différentiel est dominé par les carcinomes épidermoïde et muco-épidermoïde. En effet, à côté d'une nécrose ischémique des lobules salivaires, l'ulcération contient une néovascularisation, un infiltrat inflammatoire dense et des foyers de métaplasie épidermoïde des canalicules et des acini muqueux (1, 2, 5-7, 9).

Cependant, contrairement aux carcinomes salivaires, l'architecture lobulaire garde toute son intégrité dans la sialométaplasie nécrosante (1, 6, 7, 9, 10). Au besoin, l'étude immuno-histochimique (dosage de p53 et Ki-67 qui sont très augmentés en cas de malignité) permet de redresser le diagnostic (5, 6).

Habituellement, une cicatrisation spontanée est observée, laissant une cicatrice, mais cette guérison est lente (7 à 12 semaines) (1-6, 9, 10). Les ressemblances cliniques et histologiques avec les carcinomes oraux (qui sont beaucoup plus fréquents), soulignent l'importance d'une prise en charge précoce. En cas de lésions étendues, une biopsie permet d'avoir un diagnostic précis et précoce afin d'éviter d'éventuels traitements inutilement mutilants (1, 3, 5, 7). Dans notre observation où la lésion était limitée (15 mm de grand axe), nous avons opté pour une exérèse radicale d'emblée, d'autant plus que la lésion évoluait depuis plus de trois mois, sans aucune tendance à la régression.

CONCLUSION

La sialométaplasie nécrosante est une pathologie rare, non tumorale et spontanément régressive. En raison des ressemblances cliniques avec les néoplasies orales, cette affection nécessite une preuve histologique pour ne pas passer à côté d'un cancer.

REFERENCES

1. Boutremans E, Shahla M, Tant L, Javadian R, De Saint Aubain N, Loeb I. À propos d'une ulcération palatine. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2006;107(3):179-80.
2. Kaplan I, Alterman M, Kleinman S, Reiser V, Shuster A, Dagan Y, et al. The clinical, histologic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2012 Nov;114(5):577-85.
3. Revol P, Devoize L, Deschaumes C, Barthélémy I, Baudet-Pommel M, Mondié JM. *Stomatologie gériatrique*. EMC - Stomatologie. 2005;1(4):295-317.
4. Gleizal A, Merrot O, Bouletreau P. *Affections vélopalatines*. EMC - Stomatologie. 2005;1(2):141-61.
5. Fujii T, Ohnishi Y, Minamino Y, Watanabe M, Gotoh M, Wato M, et al. A case of necrotizing sialometaplasia with bone resorption at the hard palate. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2012.
6. Dadfarnia T, Mohammed BS, Eltorkey MA. Significance of Ki-67 and p53 immunoeexpression in the differential diagnosis of oral necrotizing sialometaplasia and squamous cell carcinoma. *Annals of diagnostic pathology*. 2012 Jun;16(3):171-6.
7. Van Der Wal JE, Van Der Waal I. Necrotizing sialometaplasia: report of 12 new cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1990;28(5):326-8.
8. Nilsen R, Bernhoft CH, Gilhuus-Moe O. Necrotizing sialometaplasia. *International Journal of Oral Surgery*. 1978;7(6):580-4.
9. Kim Y-H, Joo YH, Oh J-H. A case of necrotizing sialometaplasia involving bilateral parotid glands. *American Journal of Otolaryngology*. 2013;34(2):163-5.
10. Chen TK. Necrotizing sialometaplasia of the nasal cavity. *Am J Otolaryngol*. 1982;3(6):444-6.
11. Scully C, Eveson J. Sialosis and necrotising sialometaplasia in bulimia; a case report. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2004;33(8):808-10.