

Jean-Christophe Fricain¹, Matthieu Meyer¹,
Sylvain Catros¹, Thomas Jouary²

¹Pôle Odontologie et Santé buccale CHU, UFR Odontologie, Bordeaux, France

²Service de Dermatologie, CHU, Bordeaux, France
fricainj@aol.com



Black is black !

Une patiente de 63 ans a consulté son chirurgien-dentiste pour une douleur maxillaire gauche. Dans les antécédents, on notait un trouble obsessionnel compulsif traité par sertraline et bromazépam, et l'exérèse d'un polype endométrial. À l'examen endobuccal, 25 et 26 présentaient de volumineux amalgames et un traitement endodontique ancien, sans image péri-apicale réactionnelle. Il existait une pigmentation gingivale, vestibulaire et palatine, autour de ces deux dents. Devant la symptomatologie, le praticien s'est orienté vers une pathologie dentaire, assimilant la pigmentation à un tatouage à l'amalgame. Les traitements endodontiques ont été repris et les amalgames remplacés par des couronnes. Devant la persistance des symptômes et l'extension de la pigmentation, la patiente a consulté au CHU. L'examen clinique retrouvait une lésion pigmentée gingivale, vestibulaire et palatine, autour de 25, 26 et 27, associée à une pigmentation oropharyngée homolatérale de 3 cm². Il existait une adénopathie cervicale homolatérale. On a évoqué le diagnostic de mélanome métastatique ; il a été confirmé par la biopsie de la lésion et du ganglion. Un CT-scan corps entier a révélé des métastases pulmonaires et hépatiques. Une chimiothérapie par dacarbazine (1 000 mg.m⁻²) a été entreprise mais la patiente est décédée rapidement.

Commentaires

Dans la région céphalique, 55 % des mélanomes muqueux intéressent la muqueuse sinuso-nasale et 40 % la muqueuse buccale. Les mélanomes de la muqueuse buccale (MMB) sont rares puisqu'ils ne représentent que 0,5 % des tumeurs malignes de la cavité buccale. Les mélanomes de la muqueuse sinuso-nasale se rencontrent vers 70 ans, les MMB le plus souvent avant 50 ans. Le sex-ratio H/F est de 2,8. Les MMB touchent le plus souvent le palais et la gencive maxillaire. Il n'y a

pas de facteurs de risques connus pour le mélanome muqueux. Cependant l'étude de séries de cas a montré que le MMB se développerait, dans plus de 30 % des cas, sur une lésion pigmentée préexistante, ce qui justifie l'exérèse systématique de tout lentigo muqueux [1-2].

Le MMB se présente sous la forme d'une macule ou d'un nodule, pigmenté ou non. De nombreuses circonstances peuvent amener à sa découverte : saignement, douleurs, mobilités dentaires, retard de cicatrisation après extraction... Ces signes sont tardifs. Le diagnostic de MMB est posé en moyenne 9 mois après l'apparition des symptômes et l'indice de Breslow (épaisseur maximum de la tumeur) est alors souvent supérieur à 4 mm ; il existe une corrélation presque linéaire entre l'indice de Breslow et la mortalité. Des critères diagnostiques A (asymétrie), B (bords irréguliers), C (couleur inhomogène), D (diamètre supérieur à 6 mm), et E (évolution de taille, couleur) ont été proposés pour favoriser le diagnostic précoce des mélanomes cutanés. Le diagnostic doit être suspecté dès que deux critères sont présents. Dans ce cas, la plupart de ces critères étaient présents, ce qui suggère qu'ils sont également valables pour le MMB, notamment le critère E fortement évocateur. La prise en compte de ces critères en médecine bucco-dentaire aurait permis de différencier le MMB d'un simple tatouage à l'amalgame de couleur gris ardoisé, dont la taille ne varie pas. Récemment il a été proposé un test diagnostique qui consiste à frotter la lésion avec une compresse : si la compresse est colorée, il existe une forte suspicion de mélanome. L'intérêt de la dermatoscopie pour diagnostiquer les lésions pigmentées n'a pas été évalué pour les lésions de la muqueuse buccale en dehors de celles des lèvres où elle semble avoir un intérêt.

Dans tous les cas, une biopsie doit être réalisée pour affirmer ou infirmer le diagnostic de mélanome. Le MMB, comme le mélanome cutané, évolue en deux phases : une phase de croissance horizontale (mélanome in situ) puis une phase de croissance verticale (mélanome invasif). Histologiquement, il existe des mélanocytes atypiques prenant un aspect fusiforme, plasmocytoïde, épithélioïde ou de cellules claires [3]. L'immunohistochimie peut être nécessaire surtout avec les mélanomes achromiques : les marqueurs utilisés sont la protéine S100, le HMB45 (homatropine méthyl bromide antigène) et le Melan-A (Mart-1).

Le traitement repose sur la chirurgie d'exérèse, complété ou non par une radiothérapie [4]. L'adaptation des marges d'exérèse



en fonction de l'épaisseur de la tumeur (indice de Breslow) ne semble pas applicable pour les mélanomes muqueux. La dacarbazine, seule ou associée à d'autres substances, a été utilisée dans les formes métastatiques mais ce traitement modifie peu l'espérance de vie.

Contrairement aux mélanomes cutanés, le pronostic des mélanomes muqueux n'est pas corrélé à l'indice de Breslow ou à la profondeur d'invasion (niveau d'invasion de Clark) en raison des différences histologiques entre la peau et la muqueuse buccale. Le taux de survie à 5 ans est de 15 % avec une moyenne de survie de 25 mois. Ce faible taux de survie est avant tout dû au diagnostic tardif.

Références

1. Rapini RP, Golitz LE, Greer RO, Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer*. 1985;55:1543-51.
2. Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma : epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol* 2000;36:152-69.
3. Meleti M, Leemans CR, Mooi WJ, Vescovi P, van der Waal I. Oral malignant melanoma : A review of the literature. *Oral Oncol* 2007;43:116-21.
4. Meleti M, Leemans CR, de Bree R, Vescovi P, Sesenna E, van der Waal I. Head and neck mucosal melanoma: experience with 42 patients, with emphasis on the role of postoperative radiotherapy. *Head Neck* 2008;30:1543-51.