

Lettre à la rédaction

Commentaire sur l'article « Tumeur maligne ou kératokyste ? A propos d'un cas »

Sylvie Boisramé-Gastrin

Service d'Ondontologie, CHRU Morvan, Brest, France

La lecture du cas clinique rapporté par Baumann et al., publié en ligne le 21 décembre 2012, appelle quelques commentaires.

Le titre accrocheur « tumeur maligne ou kératokyste ? » suscite l'intérêt. L'apparition d'une anesthésie labio-mentonnaire a conduit l'oncologue à découvrir une lésion mandibulaire ostéolytique. Il est important de noter que ce patient âgé (81 ans) présente un lymphome du manteau splénique traité par polychimiothérapie. La radiographie panoramique montre de géodes multiples radioclaïres avec quelques cloisons de refend ; les contours sont nets.

Plusieurs points mériteraient d'être explicités. Tout d'abord, les auteurs évoquent un risque non négligeable de fracture mandibulaire. Or, la radiographie panoramique et la reconstruction volumique mettent en évidence, dans la région de la lésion, la persistance de la totalité du rebord basilaire et d'une partie des corticales. Comme l'exérèse ne doit pas entraîner de perte osseuse, le risque de fracture dépend surtout de la vie quotidienne (fréquence des chutes à cet âge).

Après avoir détaillé le geste opératoire, les auteurs expliquent qu'« un examen extemporané a été demandé pour poser un premier diagnostic : il s'agissait d'un kyste bordé par un revêtement malpighien sans atypie et surmonté par une minime couche de parakératose ; l'ensemble était en faveur d'un kyste odontogène de type kératokyste ». Là, les auteurs font un diagnostic à partir d'un examen extemporané. Or, l'examen anatomo-pathologique extemporané est surtout réalisé en carcinologie pour contrôler les limites de l'exérèse ; il est rarement effectué pour des lésions bénignes, surtout pour les kystes odontogènes où l'aspect peut varier d'un endroit à l'autre. De plus, l'examen extemporané ne permet pas de pratiquer un examen histopathologique dans de bonnes conditions de fixation et de coloration de la totalité de la pièce d'exérèse : c'est pour quoi il doit toujours être complété par un examen standard. On aurait donc aimé avoir le résultat définitif.

Enfin, les auteurs ne donnent aucune information sur l'évolution de l'anesthésie labio-mentonnaire. A-t-elle disparu ? Certes, ce patient présente une tumeur bénigne mais l'hypothèse d'un échappement au traitement de son lymphome non hodgkinien doit être aussi envisagée.

Dans la littérature, on retrouve de nombreux articles concernant ce symptôme d'anesthésie ou d'hypoesthésie labio-mentonnaire, appelé également signe de Vincent, neuropathie du nerf mentonnier ou encore syndrome du menton engourdi (« numb chin syndrome ») ; ce dernier terme est imprécis à plus d'un titre, principalement parce qu'il s'agit d'un symptôme et non d'un syndrome.

Les troubles de la sensibilité labio-mentonnaire, à type d'hypoesthésie ou d'anesthésie, ont classiquement comme origine des pathologies tumorales malignes [1-3] mais on peut les observer avec des tumeurs bénignes [4-6], des pathologies infectieuses [7, 8] et /ou inflammatoires (par exemple : lors d'une ostéonécrose induite par des bisphosphonates [9, 10] ou comme signe précoce d'une artérite temporale [11]), après des traumatismes ou des gestes iatrogènes (traitement endodontique, avulsion...) [12-14], au cours d'affections neuro-dégénératives comme la sclérose en plaques [15] ou de pathologies auto-immunes comme le syndrome de Gougerot Sjögren [6]. En raison de l'atrophie mandibulaire chez les personnes âgées ou édentées de longue date, le nerf mentonnier peut émerger sur la crête mandibulaire et, ainsi, se trouver comprimé [16, 17]. Quelques auteurs ont parfois observé la présence de ce symptôme lors des crises drépanocytaires [18-20].

La physiopathologie de ce symptôme est liée au processus inflammatoire induit ou à la compression nerveuse ou à l'association des deux processus [21]. Ce symptôme est principalement décrit dans les pathologies malignes. Une étude rétrospective concernant 42 patients atteints d'un cancer et présentant ce symptôme a montré que 64 % des patients avaient un cancer du sein et 14 % une tumeur lymphoproliférative ; dans les 22 % restants, on trouvait les affections suivantes : mélanome, myélome, macroglobulinémie de Waldenström, syndrome

* Correspondance : sylvie.boisrame-gastrin@chu-brest.fr

d'hyperéosinophilie, sarcome ou cancer de la prostate, du poumon, de la thyroïde, du rein et du nasopharynx [22].

L'hypoesthésie et l'anesthésie labio-mentonnières peuvent être retrouvées avec des pathologies bénignes mais cela reste exceptionnel. D'où tout l'intérêt de connaître l'évolution de l'anesthésie labio-mentonnière dans le cas rapporté.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

- Soares EC, Costa FW, Rocha-Filho FD, Ferreira FV, Alves AP. Metastatic prostate adenocarcinoma associated with numb chin syndrome. *J Craniofac Surg* 2011;22:2366-8.
- Jenkins RW, McDonald K, Greenberg CS. Numb chin syndrome in acute myeloid leukemia. *Am J Med Sci* 2012;344:237-40.
- Faltas B, Phatak P, Sham R. Mental nerve neuropathy: frequently overlooked clinical sign of hematologic malignancies. *Am J Med* 2011;124:e1-2.
- Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, Roser SM. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:457-9.
- Hamada Y, Yamada H, Hamada A, Kondoh T, Suzuki M, Noguchi K, Ito K, Seto K. Simultaneous paresthesia of the lingual nerve and inferior alveolar nerve caused by a radicular cyst. *J Endod* 2005;31:764-6.
- Seve P, Gachon E, Petiot P, Stankovic K, Charhon A, Broussolle C. Successful treatment with rituximab in a patient with mental nerve neuropathy in primary sjogren's syndrome. *Rheumatol Int* 2007;28:175-7.
- Antrim DD. Paresthesia of the inferior alveolar nerve caused by periapical pathology. *J Endod* 1978;4:220-1.
- Yura Y, Kusaka J, Yamakawa R, Bando T, Yoshida H, Sato M. Mental nerve neuropathy as a result of primary herpes simplex virus infection in the oral cavity. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:306-9.
- Young P, Finn BC, Bruetman JE. Numb chin syndrome by bisphosphonates. *Eur J Intern Med* 2008;19:557.
- Zadik Y, Benoliel R, Fleissig Y, Casap N. Painful trigeminal neuropathy induced by oral bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a new etiology for the numb-chin syndrome. *Quintessence Int* 2012;43:97-104.
- Abilleira S, Bowler JV. The numb chin syndrome as an early manifestation of giant-cell (temporal) arteritis: a case report. *Headache* 2005;45:1411-3.
- Ray A, Skoura T, Scherer W. Numb chin syndrome: dental treatment implications. *N Y State Dent J* 2011;77:28-9.
- Gonzalez-Martin M, Torres-Lagares D, Gutierrez-Perez JL, Segura-Egea JJ. Inferior alveolar nerve paresthesia after overfilling of endodontic sealer into the mandibular canal. *J Endod* 2010;36:1419-21.
- Lavieri JP. In regard to delayed paresthesia of inferior alveolar nerve after extraction of mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:230-1.
- Oestmann A, Achtnichts L, Kappos L, Gass A, Naegelin Y. "Numb chin syndrome": first presenting syndrome of multiple sclerosis ? *Dtsch Med Wochenschr* 2008;133:76-8.
- Szewka AJ, Purdy H, Topel J, Jhaveri MD. Teaching neuroimages: numb chin syndrome in an edentulous patient. *Neurology* 2011;77:e38.
- Furukawa T. Numb chin syndrome in the elderly. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990;53:173.
- Mestoudjian P, Steichen O, Stankovic K, Lecomte I, Lionnet F. Sick cell disease, a benign cause of numb chin syndrome. *Am J Med* 2008;121:e1.
- Stevenson H, Boardman C, Chu P, Field A. Mental nerve anaesthesia; a complication of sickle cell crisis during child-birth. *Dent Update* 2004;31:486-7.
- Hamdoun E, Davis L, McCrary SJ, Eklund NP, Evans OB. Bilateral mental nerve neuropathy in an adolescent during sickle cell crises. *J Child Neurol* 2012;27:1038-41.
- Baskaran RK, Krishnamoorthy, Smith M. Numb chin syndrome – a reflection of systemic malignancy. *World J Surg Oncol* 2006;4:52.
- Lossos A, Siegal T. Numb chin syndrome in cancer patients: etiology, response to treatment, and prognostic significance. *Neurology* 1992;42:1181-4.