

Tumeur bénigne d'étiologie indéterminée

Cas rare de granulome à cellules géantes dans la cavité nasale

Shahab Alireza Rahimi Azar^a, médecin diplômé; Dr méd. Cyrus Schahab^b^a Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren- und Gesichtschirurgie, Kantonsspital Luzern, Luzern; ^b HNO Baden, Praxis für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten & Gesichtschirurgie, Baden

Contexte

Le granulome à cellules géantes («giant cell reparative granuloma» [GCRG]) est une tumeur bénigne et inhabituelle qui se caractérise par une prolifération tissulaire réactive et localisée, principalement dans la région du maxillaire et de la mandibule. Dans la littérature, il existe très peu de cas d'atteinte de la cavité nasale, comme dans notre cas, qui provoque également une gêne respiratoire nasale [1]. L'étiologie n'est cependant pas encore élucidée à ce jour.

Présentation du cas

Anamnèse

À la suite d'un refroidissement, un patient de 55 ans souffrait depuis quatre semaines d'une

gêne respiratoire nasale bilatérale croissante, plus prononcée à droite qu'à gauche. Un traitement par corticoïde nasal topique (furoate de mométasone) pendant six semaines n'a pas entraîné d'amélioration notable de la respiration nasale, de sorte que le patient a finalement été adressé par son médecin de famille à un spécialiste ORL pour une évaluation plus approfondie au bout de huit semaines. Les antécédents connus du patient comprenaient une hypertension artérielle traitée par des médicaments et un diabète sucré. Le patient ne présentait pas d'allergie et était au domicile en bon état général.

Examen clinique et résultats

Cliniquement, le patient était stable sur le plan cardio-pulmonaire, sans déficit neurologique,

et présentait une volumineuse tumeur dans la région du septum de la cavité nasale droite (fig. 1). En dehors de la tumeur volumineuse, l'examen ORL n'a révélé aucun résultat pathologique.

Les résultats de laboratoire étaient normaux, y compris la parathormone (55 ng/l), le calcium (2,26 mmol/l) et le phosphate (0,97 mmol/l).

Pour confirmer le diagnostic, il a été procédé à une biopsie de la tumeur endonasale, qui, dans le cadre du diagnostic différentiel clinique, ressemblait initialement à un granulome pyogénique. Toutefois, le résultat histologique n'étant pas équivoque, une analyse confirmatoire a été demandée. Dans le cadre du diagnostic différentiel, il y avait une suspicion histologique de tumeur à cellules géantes («giant cell

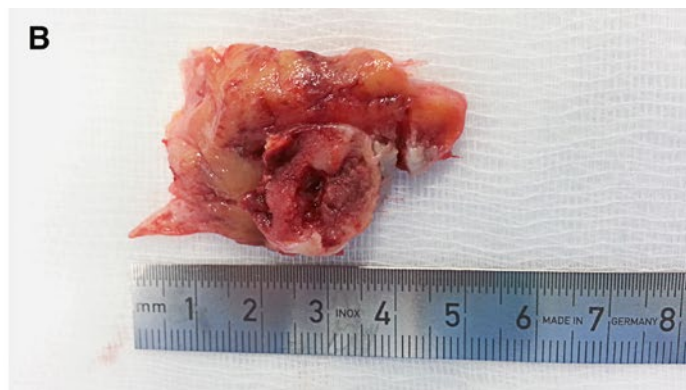
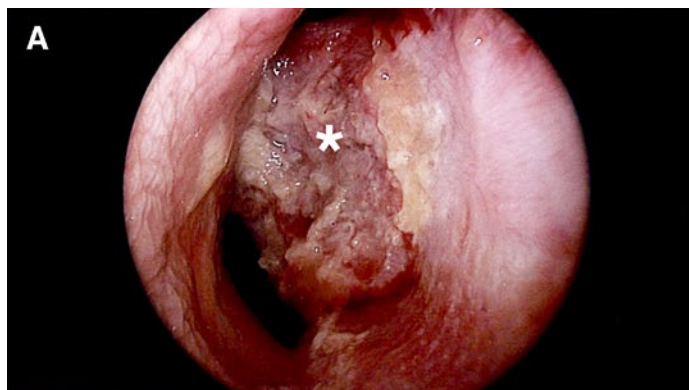


Figure 1: A) Examen clinique de la cavité nasale droite. Visualisation de la tumeur (*) émanant du septum avec obstruction partielle de l'ouverture piriforme. B) Pièce réséquée en intra-opératoire.

tumor» [GCT]), si bien qu'en raison de la taille, de l'extension possible de la tumeur dans le sinus maxillaire et de la possibilité de métastases à distance, une tomographie par émission de positons avec tomodensitométrie (TEP/TDM) (fig. 2) ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique avec tomodensitométrie (IRM/TDM) des sinus paranasaux et du cou ont été demandées.

Après un examen immunohistochimique, dont les résultats n'ont été disponibles qu'après environ deux semaines, le diagnostic de GCRG a pu être posé. Une GCT a largement pu être exclue.

La TEP/TDM et l'IRM/TDM des sinus paranasaux ont révélé une tumeur à contours polycycliques (8,3 × 12,1 mm) partant du péri-chondre de la limite inférieure rostrale du cartilage septal du nez à droite, à la jonction avec le vomer, et de la lame perpendiculaire. De plus, des calcifications intra-lésionnelles en forme de coque ont été observées. Aucun autre résultat pathologique n'a été constaté, et notamment aucun indice de métastases à distance.

Traitement et évolution

L'indication d'une résection endoscopique de la tumeur par voie endonasale sous anesthésie générale, en incluant la zone concernée au niveau du septum, a été posée. Aucun tissu tumoral n'a été détecté dans les marges d'exérèse en intra-opératoire.

L'évolution postopératoire s'est déroulée normalement, la gêne respiratoire nasale s'est nettement améliorée après l'intervention chirurgicale et le patient présentait peu de troubles. Même cinq ans après l'opération, les contrôles cliniques réguliers n'ont pas révélé de récurrence.

Discussion

En considérant plus en détail la gêne respiratoire nasale, il est possible de la subdiviser sommairement en temporaire et permanente, ainsi qu'en unilatérale et bilatérale.

En présence d'une gêne respiratoire nasale temporaire au sens d'une genèse inflammatoire de la muqueuse – par exemple dans le cadre d'une allergie ou d'une infection – qui est le plus souvent bilatérale, il convient de réaliser, en plus de l'anamnèse et de l'examen clinique, des analyses de laboratoire spéciales avec/sans examens d'imagerie afin de définir la cause.

En présence d'une gêne respiratoire nasale permanente, qui peut être bilatérale mais aussi, comme dans notre cas, unilatérale, la recherche de la cause doit être intensifiée. Outre les causes anatomiques fonctionnelles, telles qu'une déviation de la partie externe du nez, une déviation du septum et/ou une hyperplasie des cornets nasaux, des corps étrangers, des polypes

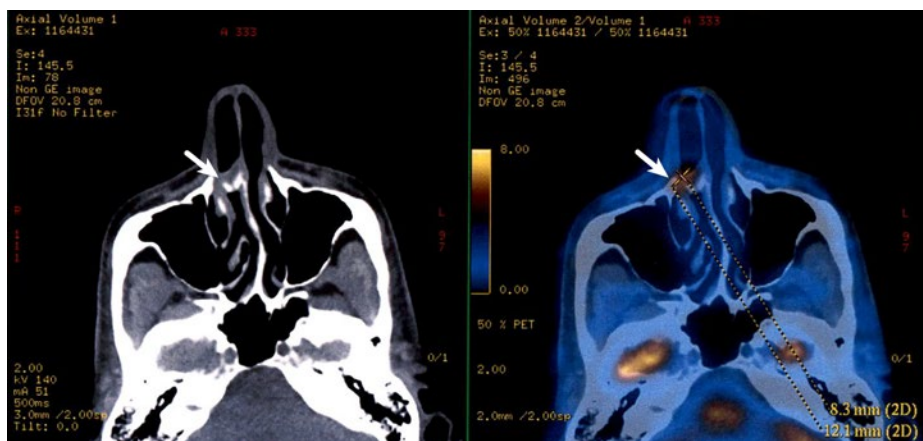


Figure 2: Tomographie par émission de positons/tomodensitométrie (TEP/TDM) ciblée au 301 MBq ^{18}F -fluorodésoxyglucose (^{18}F -FDG), **A)** TDM et **B)** TEP, coupes axiales. Visualisation d'une masse partiellement calcifiée, moyennement active sur le plan métabolique, dans la cavité nasale droite à hauteur du méat nasal moyen, à la jonction entre la partie cartilagineuse et la partie osseuse du septum nasal droit. La flèche (→) pointe vers la tumeur.

nasaux ou encore des tumeurs malignes et bénignes peuvent également être en cause.

Dans notre cas, un GCRG a pu être mis en évidence au niveau du septum de la cavité nasale droite chez un patient âgé de 55 ans, une tumeur extrêmement rare qui n'a été décrite que de manière isolée dans la littérature [1]. En fonction de sa localisation, cette tumeur est subdivisée en centrale ou périphérique [2]. Au niveau central, elle touche principalement la mandibule ou le maxillaire ou d'autres os centraux de la face. La variante périphérique, qui se développe plutôt dans les parties molles, est encore plus rare. Jaffe a décrit les premiers cas de GCRG dans les années 1950, en partant du principe qu'ils étaient très probablement dus à une hémorragie intra-osseuse d'origine traumatique [3]. L'étiologie n'est cependant pas encore élucidée à ce jour.

Pour la variante centrale du GCRG, le pic de fréquence se situe entre la première et la deuxième décennie de vie, et pour le GCRG périphérique, entre la deuxième à quatrième et la cinquième à sixième décennie de vie. Les GCRG périphériques touchent de préférence le sexe féminin [4–7].

Cependant, sur le plan histopathologique, le GCRG central et le GCRG périphérique ne se distinguent guère. On observe les fibroblastes fusiformes caractéristiques, avec des zones hémorragiques et des cellules géantes multinucléées ressemblant à des ostéoclastes dans le stroma [8–10].

Dans le cadre du diagnostic différentiel, d'autres diagnostics peuvent être envisagés, comme un papillome inversé, un granulome pyogénique, un hémangiome, un plasmocytome extramédullaire, un hémangiopéricytome, un glomangiopéricytome naso-sinusal, des fibromes ou encore des lymphomes. Il est tout aussi important de penser à une

GCT dans le diagnostic différentiel, car elle ressemble beaucoup à un GCRG, tant sur le plan histologique que clinique.

Dans notre cas également, une GCT a été envisagée lors de la première biopsie. Toutefois, contrairement au GCRG, les GCT sont associées à un risque élevé de récurrence, de dégénérescence et même de métastases en raison de leur forte activité mitotique. Le GCRG présente une faible activité mitotique et a tendance à être associé au développement de kystes et de formations osseuses réactives, qui s'observent fréquemment dans la mandibule et le maxillaire [11]. Dans le cas des GCT, le pronostic est nettement moins bon; la plupart du temps, une radiothérapie est nécessaire en plus de la résection chirurgicale [12].

Un autre diagnostic différentiel à mentionner est la «tumeur brune» dans le cadre d'une hyperparathyroïdie. Étant donné que la «tumeur brune» est difficile à distinguer du GCRG tant sur le plan clinique, radiologique qu'histologique, il est conseillé et instructif de procéder en outre à des analyses de laboratoire avec détermination du calcium dans le sérum et l'urine, ainsi que de la parathormone et du phosphate, afin de faire la distinction entre l'hyperparathyroïdie et le GCRG [13].

La résection chirurgicale complète à la fois des GCRG centraux et périphériques – comme dans notre cas de GCRG périphérique de la cavité nasale – reste le traitement préférentiel de choix, car il s'agit de la forme de traitement la plus efficace et la plus prometteuse [14–16]. Si elle s'avérait impossible ou associée à une morbidité accrue ou en cas de récurrence, des alternatives telles que la radiothérapie ou la pharmacothérapie (avec ou sans intervention chirurgicale) avec des substances comme la calcitonine, l'interféron- α et le dénosumab seraient possibles au cas par cas, selon la litté-

Le cas particulier

ture actuelle [17–20]. D'autres approches thérapeutiques, telles que l'injection intra-lésionnelle de corticoïdes, ont également été discutées et utilisées en première intention au cours des dernières années, mais seuls des succès partiels ont pu être obtenus [21, 22].

Ishinaga et al. [23] ont tenté de traiter le GCRG en préopératoire par des corticoïdes systémiques (30 mg de prednisolone). En raison d'une nette progression clinique et radiologique de la tumeur, une résection chirurgicale a finalement dû être effectuée. Seo et al. [24] ont également tenté de traiter la tumeur d'un enfant par calcitonine, radiothérapie, injection intra-lésionnelle de corticoïdes et administration d'interféron- α , malheureusement en vain, de sorte qu'il a fallu recourir ici aussi à une intervention chirurgicale. John et al. [25] ont décrit avoir évité une récurrence par une résection en bloc primaire d'une tumeur des sinus paranasaux.

Conclusion

En résumé, il ressort également du cas présenté ici d'un GCRG périphérique dans la cavité nasale (partant du septum) et de la littérature qu'en plus d'investigations diagnostiques approfondies, une résection chirurgicale complète de la tumeur, en réalité bénigne mais aussi parfois agressive, est nécessaire pour obtenir un bon résultat postopératoire. Cela permet aussi de minimiser le taux de récurrence.

À cet égard, il ne semble pas y avoir de différence entre les cas de GCRG centraux et périphériques d'après la littérature. La chirurgie est le traitement de choix.

Correspondance

Shahab Alireza Rahimi Azar
Klinik für Hals-, Nasen- und Gesichtschirurgie
Kantonsspital Luzern
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern 16
Shahab[at]rahimiazar.com

Informed Consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Remerciements

Les auteurs remercient le Prof. Dr méd. Thomas Hany et le Prof. Dr méd. Bernhard Schuknecht, Institut de radiologie médicale, Zurich, pour les clichés radiologiques mis à disposition.

Disclosure Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Pasamontes Pingarrón JA, González Gala L, Scola Pliego E. Giant cell granuloma of nasal septum. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2021;72(3):203–4.
- Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. *Virchows Arch*. 2018;472(3):311–3.

L'essentiel pour la pratique

- Initialement, les patientes et patients se présentent en principe chez leur médecin de famille en raison d'une gêne respiratoire nasale. Il faut donc toujours garder à l'esprit qu'une gêne respiratoire nasale chronique n'est pas forcément d'origine fonctionnelle. En particulier en cas de gêne respiratoire nasale unilatérale, il convient de prescrire un bilan ORL précoce afin de pouvoir détecter et traiter à temps certaines pathologies.
- Dans le cadre du diagnostic différentiel, la «tumeur brune» associée à l'hyperparathyroïdie est difficile à distinguer d'un granulome à cellules géantes (GCRG), tant sur le plan clinique, radiologique qu'histologique. Par conséquent, le dosage du calcium, du phosphate et de la parathormone est essentiel.
- Le traitement de premier choix d'un GCRG périphérique est la résection chirurgicale complète. Des contrôles de suivi réguliers doivent être effectués en raison du taux élevé de récurrences.

3 Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jawbones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1953;6(1):159–75.

4 Jamil OA, Lechpammer M, Prasad S, Litvack Z, Dunn IF. Giant cell reparative granuloma of the sphenoid: Case report and review of the literature. *Surg Neurol Int*. 2012;3:140.

5 Ramesh V. Central giant cell granuloma – An update. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2020;24(3):413–5.

6 Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, Palaiologou AA, Maney P. Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;118(4):475–82.

7 Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol*. 2017;21(4):258–63.

8 Bornstein MM, Claude A, Meier T, Tinguely M. Peripheral giant-cell granuloma in peri-implant tissues. *Swiss Dent J*. 2018;128(12):980–81.

9 Torabian N, Razavi SM, Shokrolahi ZA. Comparative immunohistochemical evaluation of CD68 and TRAP protein expression in central and peripheral giant cell granulomas of the jaws. *J Oral Pathol Med*. 2011;40(4):334–7.

10 Boşca AB, Şovrea AS, Miclăuş V, Ruxanda F, Mihu CM, Melincovici CS, et al. Diagnostic and therapeutic approaches in oral cavity granulomas based on new data concerning their origin and pathogenesis. *Rom J Morphol Embryol*. 2018;59(3):679–90.

11 Nagar SR, Bansal S, Jashnani K, Sinha A, Desai RS. A Comparative Analysis of p63 Expression in Giant Cell Tumor (GCT), Central Giant Cell Granuloma (CGCG) and Peripheral Giant Cell Granuloma (PGCG). *Head Neck Pathol*. 2020;14(3):733–41.

12 Chen W, Yan Z, Tirumala V. Malignant giant cell tumor of bone or soft tissue treated by surgery with or without radiotherapy. *J Orthop Res*. 2020;38(10):2139–48.

13 Raue F, Haag Ch, Frank-Raue K. Hyperparathyroidism-jaw tumor syndrome. A hereditary form of primary hyperparathyroidism with parathyroid carcinoma. *Dtsch Med Wochenschr*. 2007;132(27):1459–62.

14 Tchernev G, Kandathil LJ, Oliveira N. Giant cell epulis. *Wien Med Wochenschr*. 2023;173(11–12):249–250. Epub 2021 Nov 4.

15 McArthur D, Palacios E, Nguyen J. Maxillary Giant Cell Granuloma: A Long-Term Follow-Up. *Ear Nose Throat J*. 2019;98(6):E70–E72.

16 Theologie-Lygidakis N, Telona P, Michail-Strantzia C, Iatrou I. Treatment of central giant-cell granulomas of the jaws in children: conservative or radical surgical approach? *J Craniomaxillofac Surg*. 2011;39(8):639–44.

17 Zhang Q, He Z, Wang G, Jiang H. Radiotherapy for recurrent central Giant cell granuloma: a case report. *Radiat Oncol*. 2019;14(1):130.

18 Schreuder WH, van den Berg H, Westermann AM, Peacock ZS, de Lange J. Pharmacological and surgical therapy for the central giant cell granuloma: a long-term retrospective cohort study. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(2):232–43.

19 Bredell M, Rordorf T, Kroiss S, Rucker M, Zweifel DF, Rostetter C. Denosumab as a treatment alternative for central Giant cell granuloma: a long-term retrospective cohort study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018;76(4):775–84.

20 Tabrizi R, Fardisi S, Zamiri B, Amanpour S, Karagah T. Can calcitonin nasal spray reduce the risk of recurrence of central giant cell granuloma of the jaws? A double-blind clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(6):756–9.

21 Suárez-Roa MDL, Reveiz L, Ruiz-Godoy Rivera LM, Asbun-Bojalil J, Dávila-Serapio JE, et al. Interventions for central giant cell granuloma (CGCG) of the jaws. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD007404.

22 Dolanmaz D, Esen A, Mihmanli A, Işık K. Management of central giant cell granuloma of the jaws with intralesional steroid injection and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg*. 2016;20(2):203–9.

23 Ishinaga H, Otsu K, Mouri G, Takeuchi K. Aggressive giant cell reparative granuloma of the nasal cavity. *Case Rep Otolaryngol*. 2013;2013:690194.

24 Seo ST, Kwon KR, Rha KS, Kim SH, Kim YM. Pediatric aggressive giant cell granuloma of nasal cavity. *Int J Surg Case Rep*. 2015;16:67–70.

25 John M, Gaurav A, Prabhu AJ, Sunithi M, Kurien M. Peripheral giant cell reparative granuloma of the sino-orbital region—a giant lesion: a rare case report. *Otorhinolaryngol Clin Int J*. 2015;6(3):109–13.



Shahab Alireza Rahimi Azar,
médecin diplômé
Klinik für Hals-, Nasen- und
Gesichtschirurgie, Kantonsspital Luzern,
Luzern