



# Une tumeur gingivale noirâtre

## A blackish gingival tumor

NI LENGANE<sup>1\*</sup>, I SAVADOGO<sup>2</sup>, WMN KABRE<sup>3</sup>, F TRAORE<sup>4</sup>, AS OUEDRAOGO<sup>5</sup>, M SEREME<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Service ORL et chirurgie cervicofaciale. CHU régional de Ouahigouya, BP 16, Ouahigouya, Burkina Faso

<sup>2</sup> Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques; CHU Régional de Ouahigouya, BP 36, Ouahigouya, Burkina Faso

<sup>3</sup> Service d'anatomopathologie; CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso

<sup>4</sup> Service de dermatologie-vénéréologie; CHU Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

<sup>5</sup> Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Bogodogo, Burkina Faso

<sup>6</sup> Service d'ORL et de Chirurgie Cervicofaciale, CHU de Bogodogo, Burkina Faso

Reçu : 21 Octobre 2020; Accepté : 4 Janvier 2021; Publié en ligne 30 Avril 2021

### OBSERVATION

Un patient de 55 ans a été reçu pour une tuméfaction cervicale droite évoluant depuis 2 mois. Le patient n'avait pas d'antécédents pathologiques particuliers. L'examen clinique à l'admission notait des adénopathies cervicales droites fixées. L'examen de la cavité buccale retrouvait une lésion noirâtre de la gencive intermaxillaire droite (figure 1).



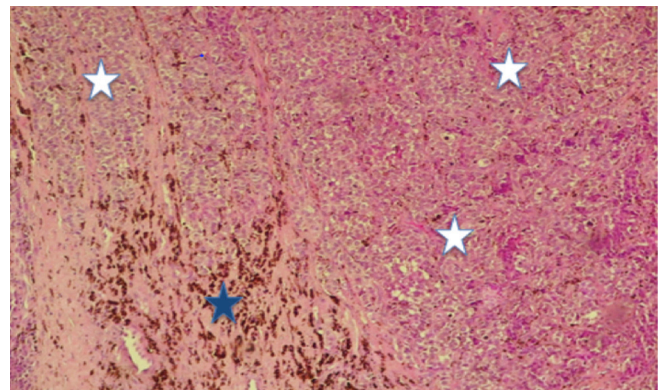
**Figure 1** : (a) : adénopathies cervicales droites; (b) : lésion gingivale noirâtre

Quel est votre diagnostic ?

### RÉPONSE

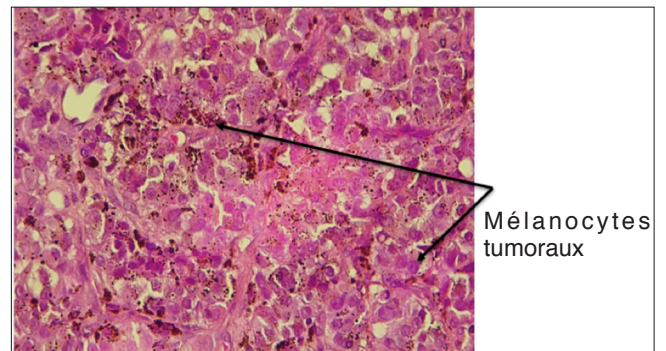
L'examen anatomopathologique d'une biopsie de la lésion gingivale a objectivé une prolifération cellulaire maligne d'architecture massive ou lobulaire, constituée de mélanocytes atypiques (figures 2 et 3). Le diagnostic de mélanome muqueux de la cavité buccale a été retenu.

L'évolution a été marquée par le décès du patient une semaine après le diagnostic.



**Figure 2** : au faible grossissement, plages de mélanocytes tumoraux avec production de pigment mélanique (coloration hémateïne-éosine).

(: ☆) : plages de mélanocyte, (★) : zone de production de pigment mélanique noirâtre



**Figure 3** : Au fort grossissement, prolifération maligne de mélanocytes tumoraux munis de noyaux atypiques, arrondis ou allongés avec présence de pigment mélanique dans le cytoplasme (coloration hémateïne-éosine)

### DISCUSSION

Les mélanomes des voies aérodigestives supérieures sont des tumeurs rares et agressives. Ils représentent environ 1% des cancers de la tête et du cou et moins de 2% de l'ensemble des mélanomes. C'est une pathologie du sujet âgé entre 40 et 70 ans, sans

Auteur correspondant : Nogognan Ignace LENGANE  
 Adresse : Service ORL et chirurgie cervicofaciale. CHU régional de Ouahigouya  
 Email : ignace210@yahoo.fr



prédominance de sexe. Le siège le plus fréquent des mélanomes des voies aérodigestives supérieures est le palais dur, suivi de la gencive [1, 2, 3, 4, 5].

Les facteurs étiologiques des mélanomes cutanés sont bien établis. Cependant ces facteurs ne sont pas impliqués (exposition solaire), ou ne sont pas assez étudiés (histoire familiale, facteurs génétiques) dans les mélanomes de la muqueuse orale [6]. La pathogenèse des mélanomes muqueux demeure inconnue. La fonction des mélanocytes muqueux est non élucidée, mais en situations pathologiques, ils sont capables de produire une quantité substantielle de mélanine. La tumeur peut survenir de novo ou sur des lésions mélaniques précancéreuses [3, 6].

Des études récentes ont mis en évidence une association entre certaines mutations oncogènes des gènes NRAS, CKIT, BRAF et la survenue des mélanomes. La caractérisation de ces gènes a permis le développement de thérapies moléculaires dans les mélanomes cutanés métastatiques [4].

Le mélanome muqueux demeure un challenge pour plusieurs raisons. En effet, le diagnostic clinique n'est habituellement pas confirmé avant que la maladie ne soit symptomatique. En outre, les aspects habituels de la classification clinique des mélanomes cutanés ne sont pas applicables et le diagnostic histologique peut être difficile en raison de sa rareté et de ses aspects variables [7]. Les facteurs histologiques prédictifs standards d'un mauvais pronostic du mélanome cutané, n'ont pas démontré une influence sur le devenir des patients atteints de mélanome muqueux. Le mélanome muqueux tend à métastaser ou à envahir localement les tissus plus facilement que les autres tumeurs de la région orale [3]. La classification TNM des carcinomes de la tête et du cou, dans laquelle les mélanomes muqueux sont classés comme leurs homologues squameux basés sur le site d'origine notamment pour la cavité nasale et les sinus, semble avoir une bonne valeur pronostique [5].

Cliniquement, le mélanome muqueux peut se présenter comme une macule, un nodule ou une large lésion exophytique. Les lésions ont des pigmentations marron, violettes ou noires et des bords irréguliers. Elles sont de croissance lente et sont asymptomatiques ou peuvent apparaître comme des tumeurs augmentant rapidement de volume avec des ulcérations [3, 5, 8].

Sur le plan histologique, les mélanomes muqueux présentent des cellules fusiformes, épithélioïdes et des plasmocytes sans maturation. Les noyaux sont volumineux hyperchromiques avec des nucléoles proéminents. Ces mélanomes ont une activité mitotique élevée et des caractéristiques d'invasion de la sous-muqueuse avec une destruction des tissus avoisinants [3].

La chirurgie en marge saine est la première option thérapeutique [9]. Elle peut être difficile en raison de la proximité des structures vitales. Une radiothérapie en première intention peut être proposée en cas de mélanome non résecable ou pour les patients inopérables. Plus de 25% des patients atteints d'un mélanome de la cavité buccale ont des métastases ganglionnaires. Un curage systématique est justifié ce d'autant que le taux de récurrence ganglionnaire est élevé, environ 40%. La chimiothérapie adjuvante pourrait améliorer la survie [3, 5]. En dépit des progrès des classifications cliniques, des modalités de reconstruction et des thérapies adjuvantes, les mélanomes muqueux de la tête et du cou ont un mauvais pronostic et un faible taux de survie, avec les métastases à distance comme principal facteur clinique. La survie à 5 ans est de 15% et la médiane de survie est d'environ 25 mois [1, 3, 10].

### Considérations éthiques:

**Déclaration d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

### REFERENCES:

1. Patel PB, Wright JM, Kang DR, Cheng YSL. Longitudinal clinico-pathological data of the progression of oral mucosal melanoma—report of two cases and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018; 126(1): e21 – e30.
2. Thierauf J, Gluck AM, Plinkert P, Veit JA, Hoffmann TK, Korber A et al. Mucosal melanoma of the cranio-facial region: Surgical challenges and therapeutic options. *Auris Nasus Larynx.* 2019; 46: 252 – 9.
3. Francisco ALN, Furlan MV, Peresi PM, Nishimoto LN, Lourenço SV, Pinto CAL et al. Head and neck mucosal melanoma: clinicopathological analysis of 51 cases treated in a single cancer centre and review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2015; 45(2) : 135 – 40.
4. Maldonado-Mendoza J, Ramirez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Irigoyen-Camacho ME, Ruiz-Godoy L, Ruiz-Garcia E et al. Clinicopathological characterization of primary oral and sinonasal melanoma in a referral centre in Mexico City: 2000–2012. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2015; 44(4): 427 – 32.
5. Troussier I, Baglin AC, Marcy PY, Even C, Moya-Plana A, Krengli M et al. Mélanomes muqueux de la tête et du cou: état actuel des pratiques et controverses. *Bull Cancer.* 2015; 102 : 559 – 67.
6. Cohen Y, Goldenberg-Cohen N, Akrish S, Shani T, Amariglio N, Dratviman-Storobinsky O et al. BRAF and GNAQ mutations in melanocytic tumors of the oral cavity. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012; 114(6): 778 – 84.
7. Magliocca KR, Rand MK, Su LD, Helman JI. Melanoma-in-situ of the oral cavity. *Oral Oncology EXTRA.* 2006; 42: 46 – 8.
8. Malonoski H, Reddy R, Cohen D, Bhattacharyya b, Islam MN, Bowers TL. Oral Melanomas: A Case Series of a Deadly Neoplasm. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 77(9): 1832 – 6.
9. Moya-Plana A, Auperin A, Obongo R, Baglin A, Ferrand FR, Baujat B et al. Oncologic outcomes, prognostic factor analysis and therapeutic algorithm evaluation of head and neck mucosal melanomas in France. *Eur J Cancer.* 2019; 123: 1-10.
10. Haitami S, Yahya IS, Kinani L, Badr L. Mélanomes de la cavité buccale: présentation de 3 cas. *Med Buccale Chir Buccale.* 2011; 17: 271-7.