



M. Bouaamri<sup>1</sup>, S. Oujdad<sup>1</sup>, W. Bijou<sup>2</sup>, S. Rimaoui<sup>3</sup>, L. Kissi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'Odontologie chirurgicale, Centre de Consultations et de Traitements Dentaires – CHU Ibn Rochd, Faculté de médecine dentaire de l'Université Hassan II, Casablanca, Maroc

<sup>2</sup>Département d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université Hassan II, Casablanca, Maroc

<sup>3</sup>Service de prothèse adjointe et maxillo-faciale, Centre de Consultations et de Traitements Dentaires – CHU Ibn Rochd, Faculté de médecine dentaire de l'Université Hassan II, Casablanca, Maroc

## Introduction

Le carcinome à cellules fusiformes (CCF) est une variante rare et agressive du carcinome épidermoïde, caractérisée par une prolifération de cellules fusiformes mimant une tumeur mésoenchymateuse tout en conservant une origine épithéliale<sup>1</sup>. Il représente moins de 3 % des carcinomes épidermoïdes de la cavité orale et des voies aérodigestives supérieures<sup>2</sup>. Les localisations au niveau du maxillaire et du sinus maxillaire sont exceptionnelles, ce qui peut retarder le diagnostic en raison d'une symptomatologie initialement peu spécifique<sup>3</sup>. Le diagnostic repose sur l'examen histopathologique complété par l'immunohistochimie. L'objectif de ce travail est de rapporter un cas de carcinome à cellules fusiformes du maxillaire, en décrivant ses aspects cliniques, radiologiques, histopathologiques ainsi que sa prise en charge thérapeutique.

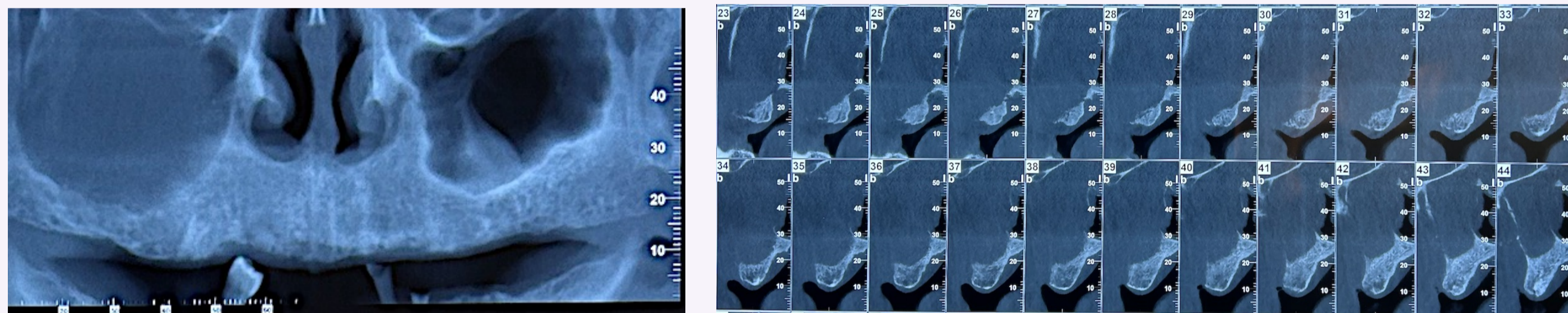
## Cas clinique

- **Observation clinique:** Homme, 67 ans, en bon état général apparent, tabagique chronique depuis plus de 35 ans
- **Motif de consultation:** Tuméfaction du sillon naso-génien droit évoluant depuis 3 mois
- **Examen clinique :** **Exo-buccal:** tuméfaction jugale droite comblant le sillon naso-génien (figure 1), sans adénopathies cervicales palpables. **Endo-buccal :** comblement du fond du vestibule droit. À la palpation, tuméfaction dure, mal limitée et indolore, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal. La muqueuse palatine et vestibulaire recouvertes de plaques blanchâtres évoquant une leucoplasie tabagique (figure 2).



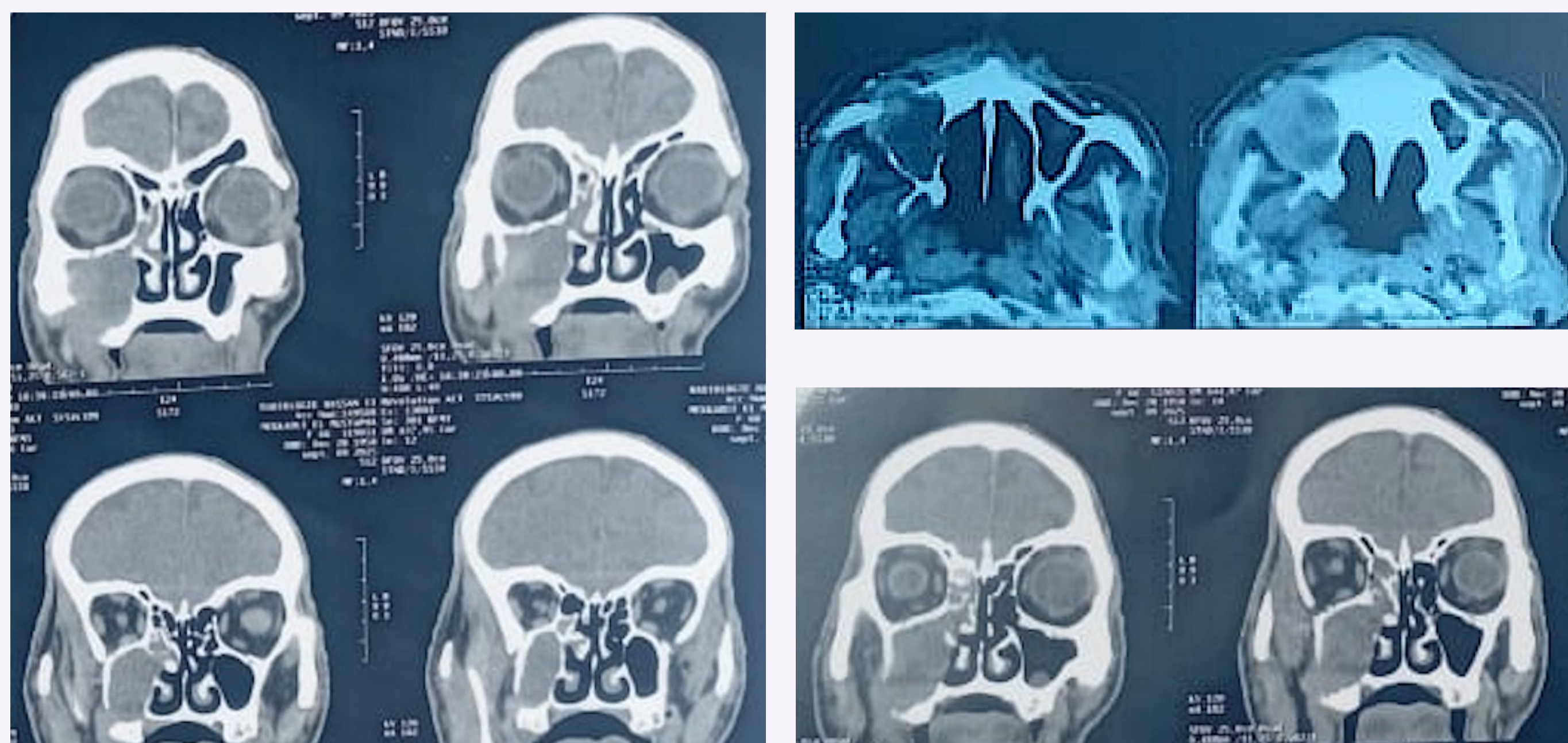
### Examens complémentaires :

- **CBCT :** comblement du sinus maxillaire droit avec une lyse osseuse extensive (figure 3 et 4)

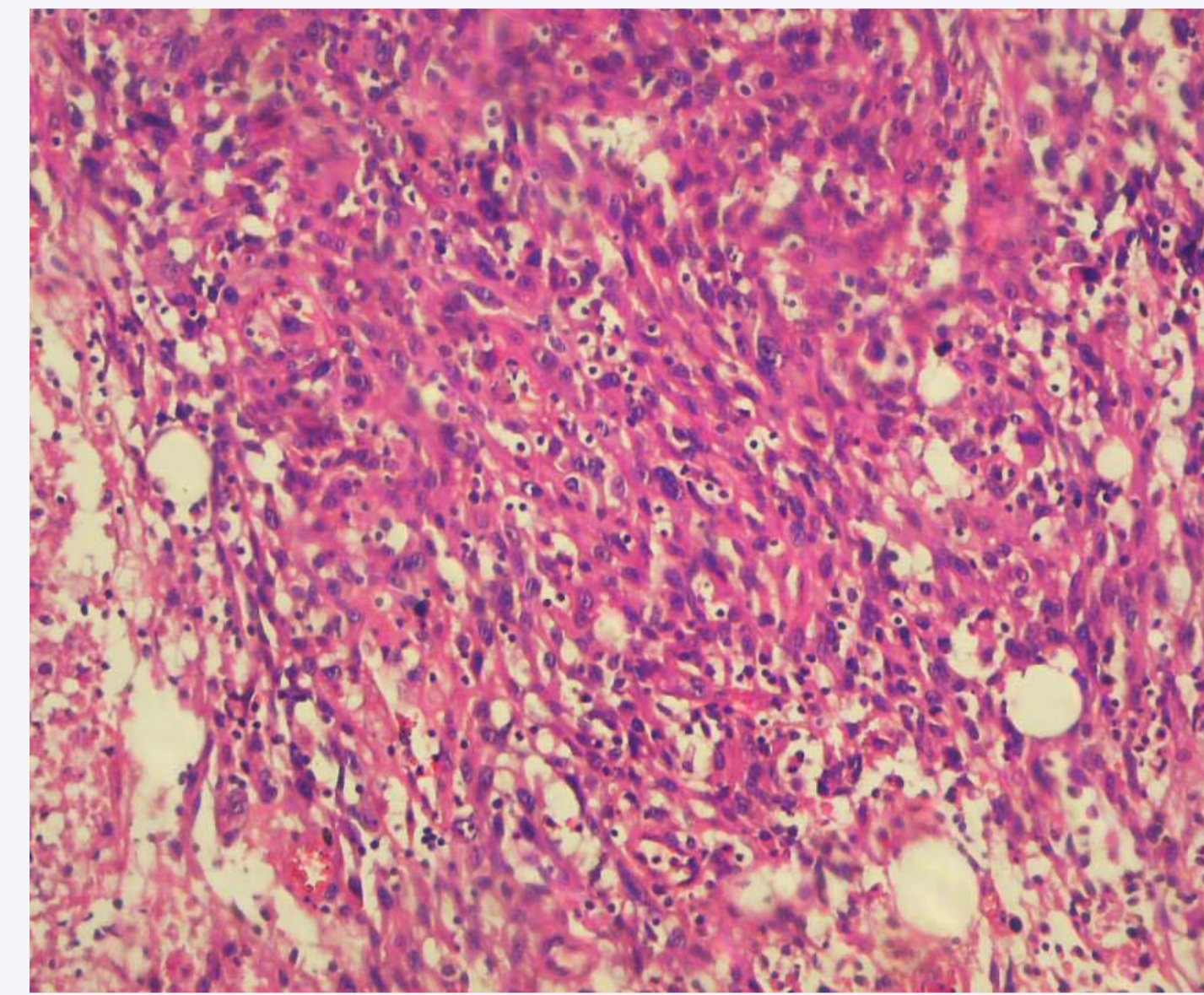


### Scanner cervico-facial :

- processus tumoral centré sur le processus palatin du maxillaire droit
- lyse osseuse extensive du sinus maxillaire
- envahissement des cellules ethmoïdales
- extension aux tissus mous jugaux
- taille approximative : **40 × 29 mm**
- aspect évocateur d'un **processus tumoral agressif du sinus maxillaire** (figure 5).

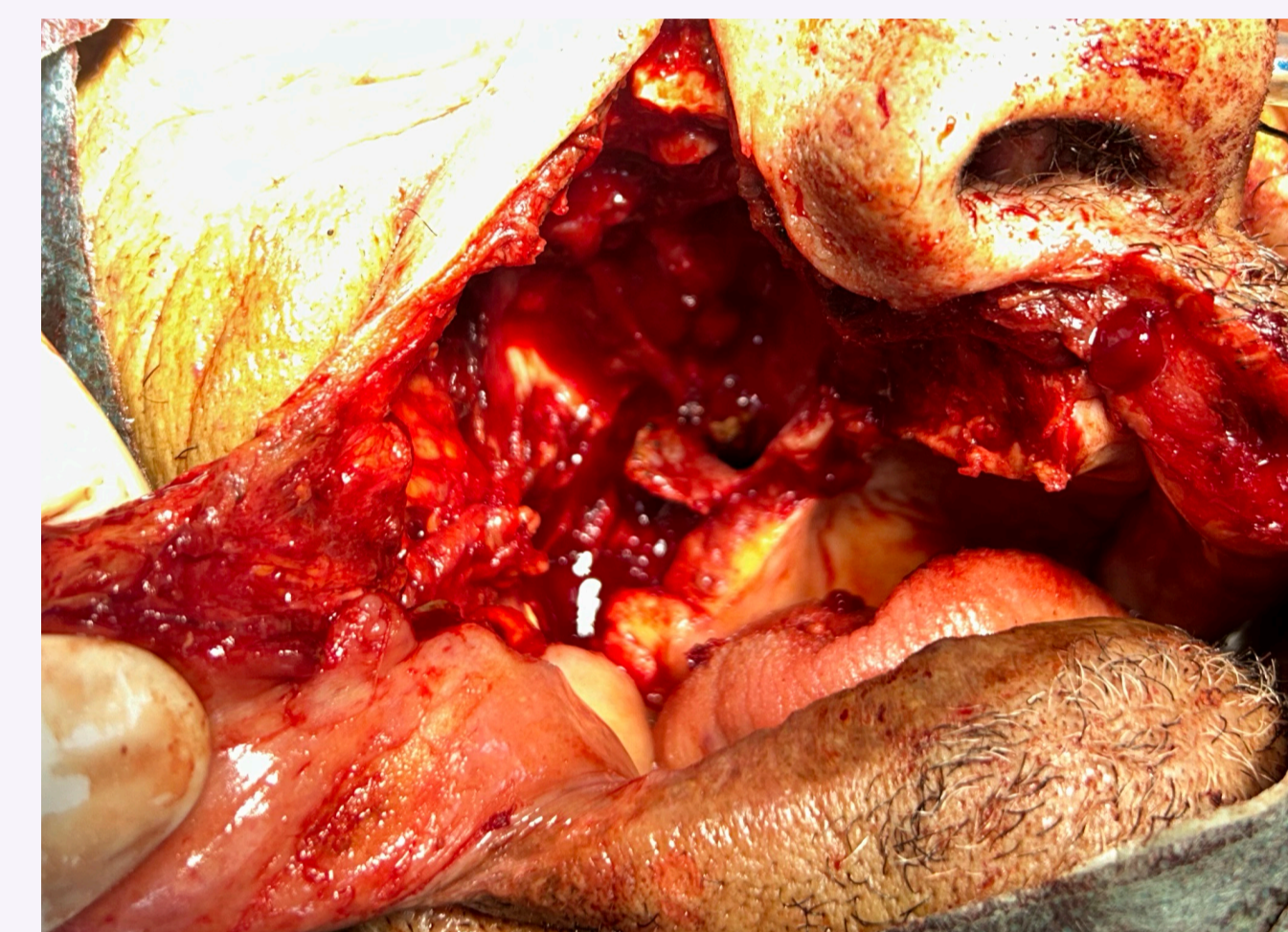
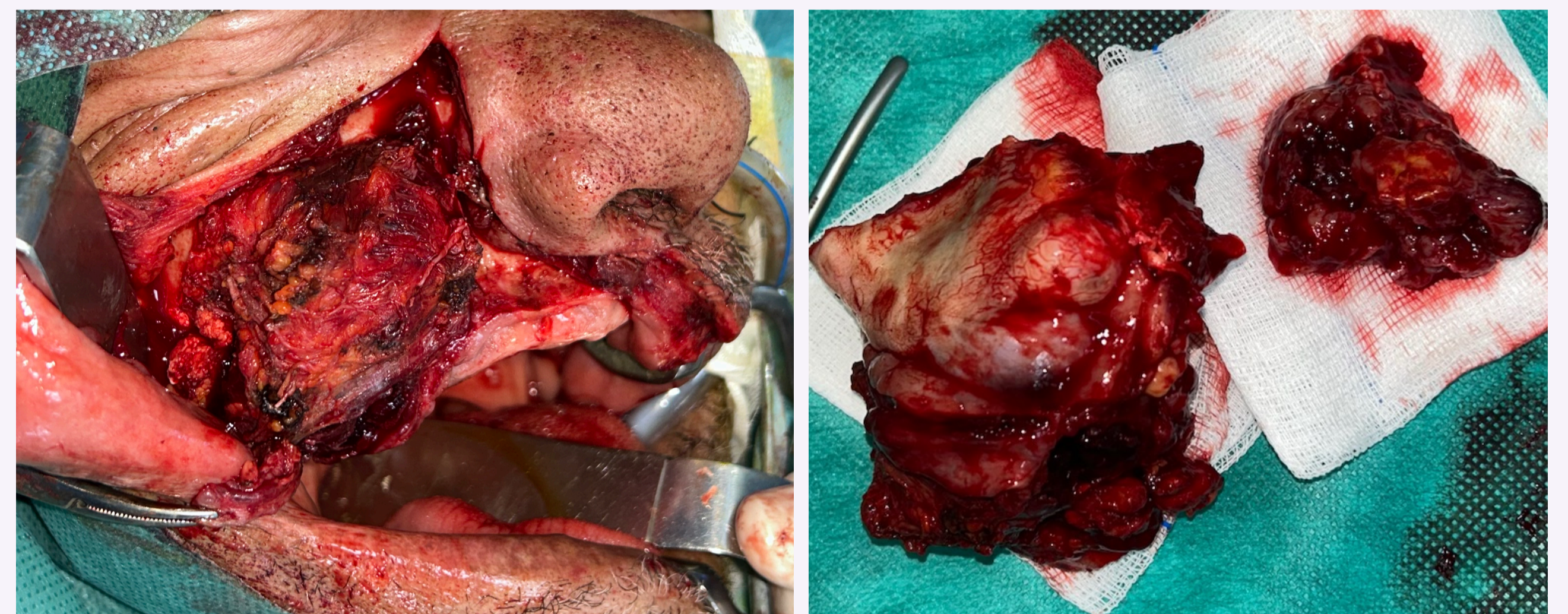


- **Biopsie diagnostique:** prolifération tumorale maligne pléomorphe avec des cellules fusiformes atypiques, index mitotique élevé, embolies vasculaires et engainement périnerveux. **Immunohistochimie:** cytokératine AE1/AE3 positive, CD45 négatif, desmine négative, CD31 et CD34 négatifs, PS100 négatif

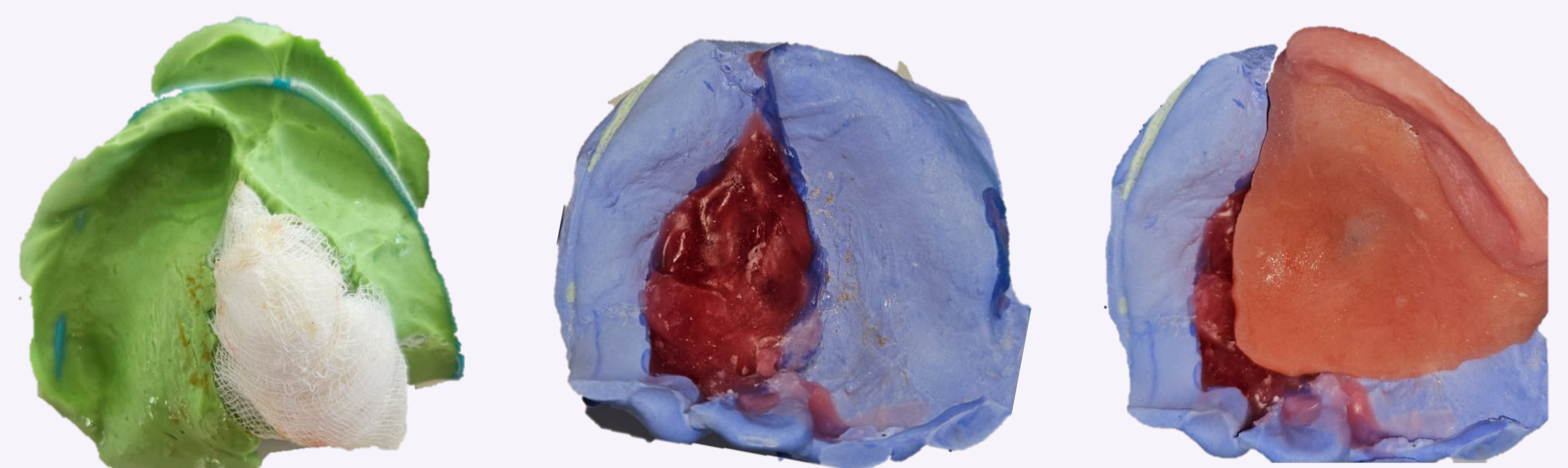


→ **Conclusion :** carcinome à cellules fusiformes

- **Chirurgie carcinologique:** Hémi-maxillectomie droite avec exérèse tumorale (figure 7). L'examen anatomopathologique a montré des marges muqueuses satisfaisantes (1–1,3 cm) mais des marges des parties molles étroites (2–4 mm) avec une marge osseuse supérieure inférieure à 1 mm.



- **Radiothérapie:** cervico-faciale adjuvante de 66 Gy sur le lit tumoral, sans incident.
- **Réhabilitation prothétique:** Une prothèse maxillo-faciale par obturateur était initialement planifiée afin de restaurer les fonctions oro-faciales.



- Évolution défavorable de la maladie en raison de la **récidive tumorale survenue pendant le traitement et décès du patient.**

## Discussion

Le CCF, également appelé carcinome sarcomatoïde, survient principalement chez les hommes âgés présentant des facteurs de risque tels que le tabagisme chronique et l'alcoolisme, comme observé chez notre patient<sup>2</sup>. Sur le plan clinique et radiologique, ces tumeurs se caractérisent par des signes peu spécifiques marquées par une croissance rapide et extension loco-régionale<sup>3</sup>, ce qui correspond aux signes d'agressivité observés sur le CBCT et le scanner de notre cas. Le diagnostic repose sur l'examen histopathologique montrant une prolifération de cellules fusiformes atypiques, confirmé par l'immunohistochimie par l'expression des cytokératines, permettant de confirmer l'origine épithéliale<sup>4</sup>. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a montré des marges chirurgicales étroites, notamment une marge osseuse supérieure inférieure à 1 mm, ce qui constitue un facteur de risque connu de récurrence locale. Les résultats immunohistochimiques retrouvés chez notre patient sont concordants avec les données de la littérature. La prise en charge repose essentiellement sur une exérèse chirurgicale carcinologique large souvent associée à une radiothérapie adjuvante<sup>5</sup>. Une réhabilitation prothétique maxillo-faciale par obturateur était initialement planifiée afin de restaurer la fonction masticatoire, la phonation, la déglutition et l'esthétique faciale. Toutefois, malgré cette prise en charge, le pronostic reste réservé en raison du risque élevé de récurrence, comme illustré dans notre observation par l'évolution défavorable de la maladie<sup>6</sup>.

## Conclusion

Toute tuméfaction sinusienne chronique d'origine non odontogène doit faire évoquer une pathologie tumorale maligne. Le médecin dentiste joue un rôle central dans le dépistage précoce et l'orientation rapide vers une prise en charge multidisciplinaire adaptée.

