Ostéochondromatose synoviale temporo-mandibulaire : prise en charge de deux cas

K. El Khatib[a/b], P. Duhamel[a], M. Brachet[a], S. Fossat[a], A. Lakhel[a], O. Giraud[a], É. Bey[a]

a Service de chirurgie plastique et stomatologie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Service de chirurgie plastique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, avenue des FAR, Hay Riad BP 1018 – 10100 Rabat – Maroc.

Article reçu le 7 août 2012, accepté le 3 octobre 2012.

Résumé

L'ostéochondromatose synoviale temporo-mandibulaire, contrairement aux autres localisations articulaires anatomiques, est une pathologie rare et bénigne due à la production de nodules cartilagineux par la synoviale. C'est une pathologie qui touche plus fréquemment la femme dans la quarantaine et les formes bilatérales sont rares. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques et sont ceux du syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur d'où le retard diagnostique. La radiologie conventionnelle ne retrouve souvent pas de corps étrangers, c'est alors la tomodensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique qui permettent de poser le diagnostic. Le traitement est chirurgical par arthrotomie permettant une exploration intra-articulaire, une ablation des corps étrangers voire si besoin une synovialectomie. L'évolution est très favorable avec un très faible taux de récidive. Nous présentons deux cas suivis dans notre service, le premier diagnostiqué à la suite d'une tuméfaction de la région temporo-mandibulaire et le deuxième de découverte fortuite sans aucune manifestation clinique. Cette pathologie devra être évoquée, par le médecin d'unité, devant tout dysfonctionnement chronique temporo-mandibulaire et il devra adresser le patient, dans un service spécialisé, pour complément de bilan.

Mots-clés : Articulation temporo-mandibulaire. Ostéochondromatose synoviale.

Abstract
Temporomandibular synovial osteochondromatosis: managing two cases.

Synovial osteochondromatosis of the temporo-mandibular joint (TMJ) is a benign uncommon metaplastic arthropathy, less than 100 cases reported in literature affect the TMJ. Diagnoses often are delayed due to the non-specific symptoms. Magnetic resonance imaging and CT-scanner are effective for diagnoses by founding intra-articular loose calcified bodies, bony changes, defining disease extension, and are helpful in postoperative follow-up. Definitive diagnosis requires arthroscopic or open examination and histopathological analysis. Recurrences are infrequent after arthrotomy, removal of loose bodies and complete synovectomy. We report the clinical and radiologic findings and the management of two cases. These cases illustrate that temporomandibular joint disorders should also be included in the differential diagnoses in patients who present with chronical TMJ disorders.

Keywords: Synovial osteochondromatosis. Temporo-mandibular joint.

Introduction

L'Ostéochondromatose synoviale temporo-mandibulaire (OCSTM) est une pathologie rare et bénigne due à la production de nodules cartilagineux par la synoviale. Il s'agit d'une métaplasie du tissu synovial qui produit des nodules cartilagineux ou chondromes faisant saillie à la face interne de la synoviale, se pédiculisent et enfin s'en détachent pour évoluer dans l'articulation. Ces chondromes peuvent secondairement s'ossifier, on parle alors d'ostéochondromes. C'est une pathologie qui touche plus fréquemment la femme dans la quarantaine et les formes bilatérales sont rares.

Nous présentons deux cas suivis dans notre service, le premier diagnostiqué à la suite d'une tuméfaction de

K. EL KHATIB, médecin commandant, professeur assistant stagiaire (Maroc). P. DUHAMEL, médecin colonel. M. BRACHET, médecin lieutenant-colonel. S. FOSSAT, médecin colonel. A. LAKHEL, médecin colonel. O. GIRAUD, médecin colonel. É. BEY, médecin colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : K. EL KHATIB, Service de chirurgie plastique et stomatologie. HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : kelkhatib@gmail.com

la région temporo-mandibulaire et le deuxième de découverte fortuite sans aucune manifestation clinique.

Cas cliniques

Le premier patient, âgé de 31 ans, a consulté pour une tuméfaction de la région prétragienne droite, peu douloureuse, apparue deux ans auparavant, accompagnée de troubles fonctionnels à type de pesanteur et de subluxation de la mâchoire à l'ouverture buccale. L'examen clinique objectivait une légère voussure en regard de l'articulation temporo-mandibulaire droite, peu douloureuse à la palpation. Le reste de l'examen locorégional était normal. L'orthopantomogramme montrait des contours condyliens normaux, un interligne articulaire élargi et des remaniements osseux. La Tomodensitométrie (TDM) confirmait la présence d'un important ostéophyte de la tête condylienne (fig. 1) et

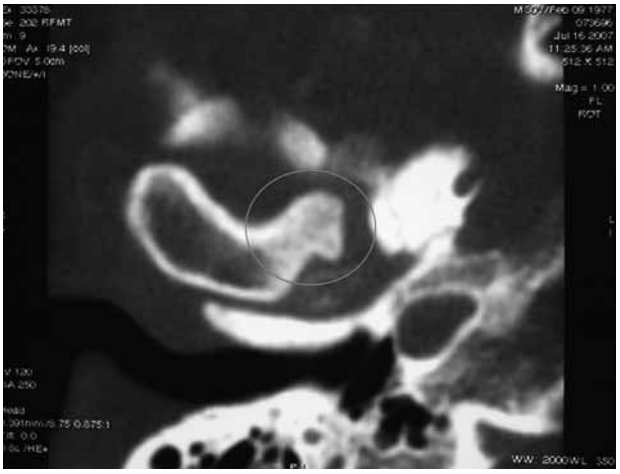


Figure 1. TDM en coupe axiale montrant un important ostéophyte de la tête condylienne droite (cercle).

l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait de multiples corps étrangers intra-articulaires (fig. 2). Une indication chirurgicale d'arthrotomie classique par voie de Ginestet a été posée. De nombreuses calcifications blanc-nacrées ont été retrouvées au niveau des différents compartiments articulaires (fig. 3). L'intervention a consisté en une ablation des corps étrangers, un lavage articulaire et une biopsie de la synoviale. L'examen histologique a posé le diagnostic en confirmant la nature cartilagineuse des corps étrangers, une densité cellulaire très modérée avec une absence de cellules atypiques, de mitose ou de nécrose, ainsi qu'une minéralisation sectorielle sans réelle métaplasie osseuse. La synoviale était constituée d'une matrice fibreuse dense non spécifique (fig. 4). Les suites opératoires étaient simples, marquées par un œdème de la région parotidienne. Le patient a quitté l'hôpital au deuxième jour avec un dispositif aspiratif. Nous avons noté une amélioration clinique dès la première consultation au cinquième jour.

La deuxième patiente, âgée de 68 ans, consultait pour des otalgies gauches depuis deux ans sans particularité à l'examen ORL, adressée pour syndrome



Figure 2. IRM en coupe sagittale confirmant la localisation intra-articulaire de multiples corps étrangers (cercle).



Figure 3. Vue opératoire des ostéochondromes intra-articulaires extraits.

algodysfonctionnel de l'appareil manducateur gauche. À l'examen clinique, on retrouve des craquements et une subluxation de l'Articulation temporo mandibulaire

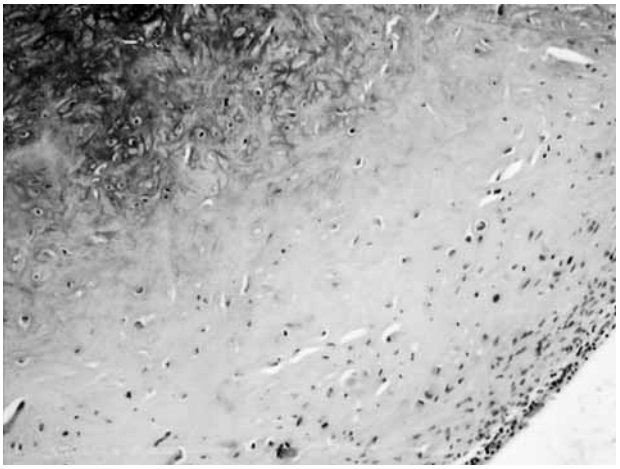


Figure 4. Coupe histologique (HPS x 10) montrant la nature cartilagineuse des corps étrangers libres, avec une densité cellulaire très modérée, une absence de cellules atypiques, de mitose ou de nécrose.

(ATM) gauche, une absence de masse palpable, une ouverture buccale normale. L'orthopantomogramme trouve un remaniement hypertrophique du condyle mandibulaire gauche (fig. 5) ; le scanner montre un pincement articulaire global, une dysplasie du condyle mandibulaire gauche avec des structures géodiques et une ostéocondensation sous-chondrale ainsi qu'une ostéophytose de la cavité glénoïde et du condyle gauche. Dans le cadre d'un bilan général, une scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation importante du condyle mandibulaire gauche avec un petit foyer du condyle controlatéral, elle a retrouvé d'autres anomalies non spécifiques évocatrices de lésions dégénératives, sans arguments scintigraphiques de dysplasie osseuse (fig. 6).



Figure 5. Orthopantomogramme faisant suspecter un remaniement hypertrophique du condyle mandibulaire gauche (cercle).

Discussion

Décrite pour la première fois par Axhausen en 1933 (1), l'ostéochondromatose synoviale localisée au niveau de l'ATM est de fréquence faible contrairement à celles du genou, de la hanche ou du coude. Son étiopathogénie reste incertaine de nos jours entre l'hypothèse d'une pathologie synoviale primitive par métaplasie des fibrocytes synoviaux et celle d'une pathologie secondaire à un traumatisme ou à une pathologie inflammatoire

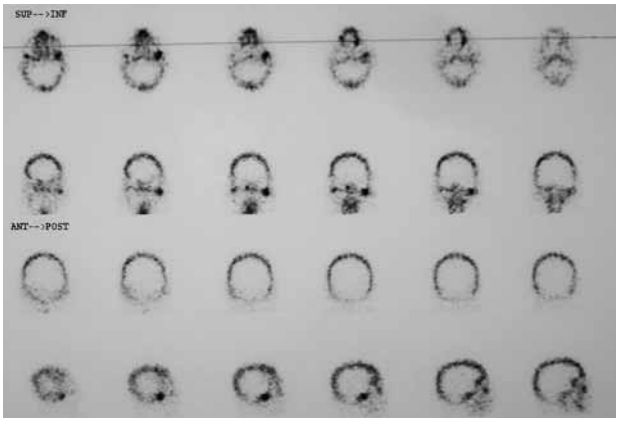


Figure 6. Scintigraphie osseuse montrant une hyperfixation importante du condyle mandibulaire gauche avec un petit foyer du condyle controlatéral.

arthrosique. Elle se manifeste par la production de corps étrangers cartilagineux au niveau de la synoviale. On note une nette prédominance féminine (76 %) avec un âge moyen de 44 ans (2). Son évolution est lente et sa symptomatologie clinique est banale ce qui explique le retard diagnostique estimé à 3,5 ans (3). Cliniquement les signes sont similaires à ceux d'un dysfonctionnement de l'appareil manducateur avec des douleurs, un claquement ou un craquement, une déviation et une limitation de l'ouverture buccale, ainsi que des problèmes d'occlusion, jusqu'à ce qu'apparaissent une tuméfaction dure, fixée, préauriculaire ou une fièvre qui permettent de redresser le diagnostic (4). Le bilan radiologique standard à type d'orthopantomogramme passe souvent à côté du diagnostic, il décèle parfois un élargissement de l'interligne articulaire, un remaniement des surfaces articulaires de l'ATM, des signes d'arthrose mais ne retrouve les corps cartilagineux que dans 50 % des cas lorsqu'ils sont calcifiés et radio-opaques. Le médecin d'unité devra donc évoquer ce diagnostic devant un dysfonctionnement chronique de l'ATM, rebelle aux traitements habituels et adresser le patient pour complément de bilan vers un centre spécialisé. Le scanner et l'IRM restent les examens de choix (5), ils permettent de poser le diagnostic en situant précisément la localisation de ces corps étrangers, montrent un épanchement synovial important et peuvent diagnostiquer une migration des ostéochondromes au niveau de la base du crâne et de la fosse infra temporale. L'étage articulaire supérieur disco-temporal est le plus atteint et les formes bilatérales restent rares (6). Parfois l'OCSTM peut être d'emblée agressive et entraîner une extension locorégionale des chondromes au niveau du muscle ptérygoïdien latéral, de l'éminence temporale, de la parotide, du conduit auditif ou de la base crâne (7). L'histologie confirme le diagnostic en montrant une métaplasie synoviale, avec production de chondromes libérés dans l'articulation, plus ou moins calcifiés.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec le chondrosarcome synovial, il faut rechercher des signes radiologiques et histologiques de malignité comme la présence de cellules fusiformes, l'existence de remaniements myxoïdes et de foyers de nécrose ainsi que l'extension extra-capsulaire des nodules cartilagineux.

En pratique, le diagnostic différentiel se pose pour toutes les affections pouvant libérer des fragments ostéo-cartilagineux dans l'ATM à savoir l'arthrose, les traumatismes, l'ostéochondrite disséquante, la nécrose aseptique épiphysaire, les arthropathies nerveuses. Dans toutes ces pathologies, les fragments libérés dans l'articulation font l'objet d'une réaction inflammatoire macrophagique résorptive et, dans la synoviale, il n'y a pas de transition progressive entre le cartilage et le tissu synovial. En outre, les débris articulaires conservent une structure organoïde et ne renferment pas ou peu d'atypies nucléaires. Cette opposition est particulièrement nette entre un corps étranger de chondromatose et un corps étranger d'ostéochondrite disséquente, problème surtout rencontré par les chirurgiens orthopédistes au niveau des articulations des membres. Cependant, dans cette seconde affection, la surface articulaire est creusée d'une niche correspondant au séquestre détaché alors que dans la chondromatose, les surfaces articulaires restent longtemps respectées (8).

Le traitement est chirurgical soit par arthrotomie classique avec une exploration des deux compartiments articulaires disco-temporal et condylo-discal, une ablation complète des nodules, plus ou moins une synovialectomie et une meniscectomie partielles, avec un bon lavage articulaire ; soit par arthroscopie qui ne visualise et ne permet d'extraire que les petits corps cartilagineux millimétriques de l'étage articulaire supérieur. L'évolution est favorable avec 85 % de guérison avec un recul de 3 ans (3), la dégénérescence en chondrosarcome n'a jamais été décrite pour les ATM contrairement aux autres articulations périphériques.

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Axhausen G. Pathologie and therapie des Kaiefergelenkes. Fortschr Zahneilk 1933;9:171-86.
2. Holmlund AB, Eriksson L, Reinholt FP. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: clinical, surgical and histological aspects. Int J Oral Maxillofac Surg 2003;32:143-7.
3. Nimeskern N, Gleizal A, Geha H, Béziat JL. Ostéochondromatose synoviale de l'articulation temporomandibulaire. Rev Stomatol chir Maxillofac 2006;107:483-5.
4. Phelan E, Griffin J, Timon C. Temporomandibular joint osteochondromatosis: an unusual cause of preauricular swelling. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2011 Jan;120(1):63-5.
5. Varol A, Sencimen M, Gulses A, Altug HA, Dumlu A, Kurt B. Diagnostic importance of MRI and CT scans for synovial osteochondromatosis of the temporomandibular joint. Cranio. 2011 Oct;29(4):313-7.
6. Guijarro-Martínez R, Puche Torres M, Marqués Mateo M, Solís García I, Miragall Alba L, Iglesias Gimilio ME, et al. Bilateral synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. J Craniomaxillofac Surg. 2011 Jun;39(4):261-5.
7. Xu WH, Ma XC, Guo CB, Yi B, Bao SD. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with middle cranial fossa extension. Int J Oral Maxillofac Surg 2007;36:652-5.
8. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis. A histopathological study of thirty cases. J Bone Joint Surg 1977;59A:792-801.