

Introduction

Le plasmocytome solitaire osseux (PSO) est une tumeur osseuse primitive rare caractérisée par la prolifération monoclonale de cellules plasmocytaires malignes localisées à un segment osseux, sans signe d'envahissement systémique. Les localisations pétreuses sont rares et peuvent avoir une présentation trompeuse. [1-4]

Observations

Obs 1: D. L. âgé de 45 ans, ayant consulté pour une hypoacousie gauche évoluant depuis plus de trois ans, associée à une douleur rétroauriculaire homolatérale, vertiges rotatoires, des acouphènes et une diminution de la sensibilité de l'hémiface gauche. A l'otoscopie un tympan intact avec la mise en évidence d'une masse rétrotympanique, surdité de transmission gauche avec un déficit de 50 dB, le tympanogramme montrait une courbe plate, avec un reflexe stapédien négatif. La TDM et l'IRM (**Fig 1, 2**) du rocher en faveur d'un volumineux processus ostéolytique pétro-clival gauche mesurant (75 x40 x 33 mm), avec extension à l'oreille moyenne, engainement vasculaire notamment la carotide interne gauche qui demeure perméable, envahissement du golf de la jugulaire, comblement de l'angle ponto-cérébelleux gauche avec extension au conduit auditif interne et engainement du nerf trijumeau. Par voie rétroauriculaire, de multiples biopsies de la masse au niveau de la caisse tympanique ont été prises, l'histologie a conclu à un plasmocytome. Le bilan d'extension était négatif. Le patient a été orienté au service d'hématologie pour prise en charge, Il bénéficie d'une radiothérapie ciblée, avec une bonne évolution sur le plan clinique et radiologique.

Obs 2: B. K. âgé de 64 ans, sans antécédents, ayant consulté pour une tuméfaction rétroauriculaire droite de découverte fortuite, à l'examen la palpation de la région mastoïdienne droite était douloureuse, molle et dépressible, avec une hypoesthésie de l'hémiface droite. A l'imagerie IRM (**Fig 3, 4**), un volumineux processus ostéolytique du rocher droit, avec extension à l'oreille moyenne, à la voûte crânienne, au condyle occipital et le foramen jugulaire, comprimant le sinus sigmoïde. Une biopsie de la masse par voie retro-auriculaire trans-mastoïdienne a été réalisée, l'histologie a conclu à un plasmocytome solitaire de la base du crâne, après une prise en charge spécialisée en hématologie et les cures de radiothérapie curative, l'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique.

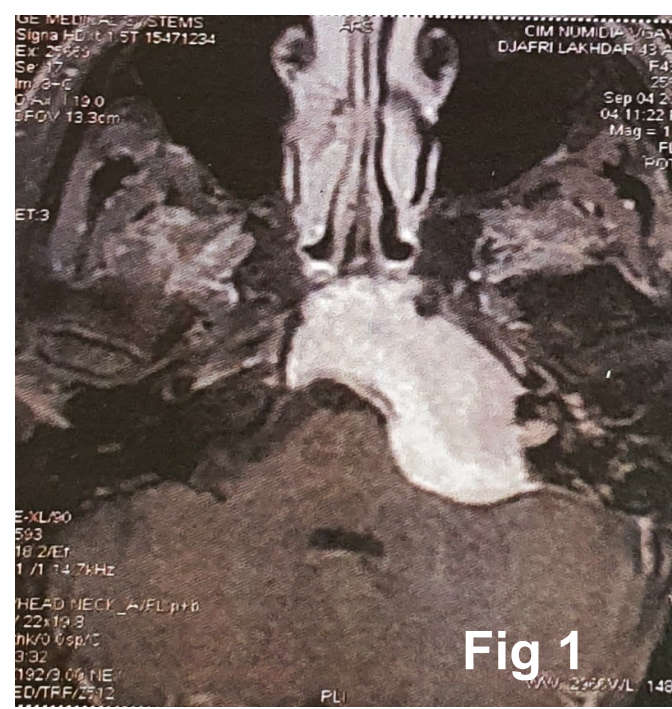


Fig 1

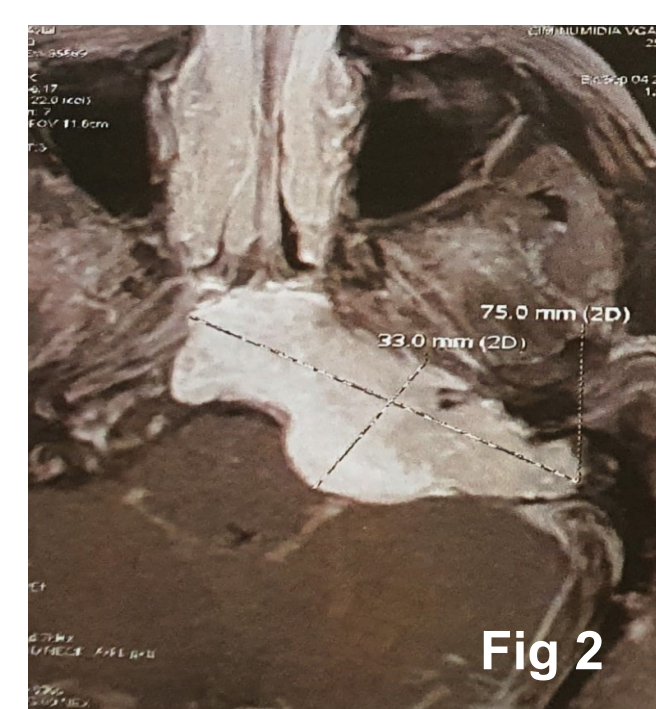


Fig 2

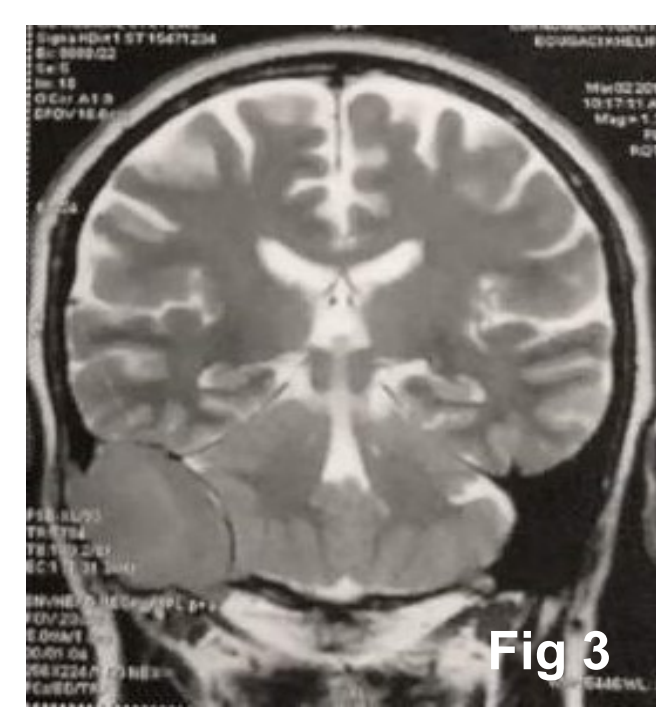


Fig 3

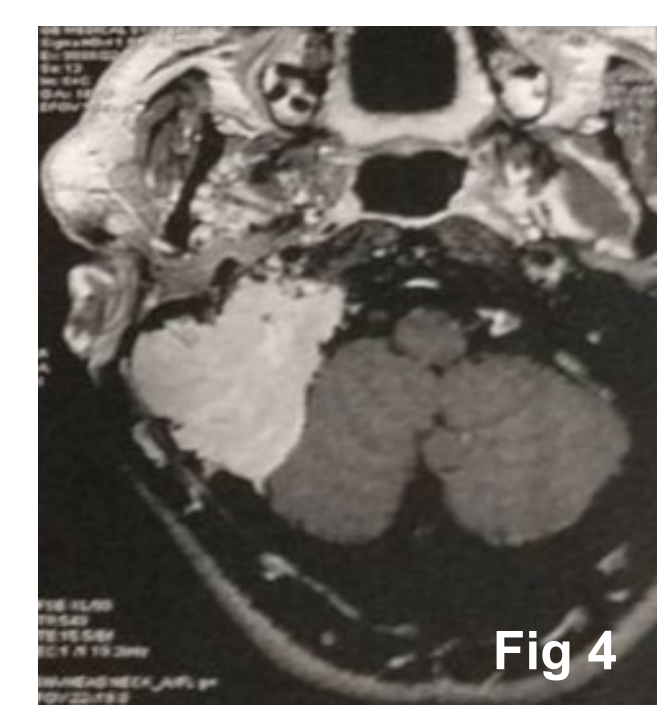


Fig 4

Discussion

Les hémopathies plasmocytaires, représentent 1 à 2 % de l'ensemble des néoplasies [2, 5-7]. Deux formes cliniques sont identifiées: le plasmocytome osseux ou intra médullaire, et le plasmocytome extra médullaire. Les formes osseuses sont les plus fréquentes [2-5]. Le diagnostic est retenu devant: - une preuve histologique - négativité des radiographies du squelette - absence de signes d'envahissement de la moelle osseuse [5]. Le PSO touche préférentiellement les hommes entre 50 et 60 ans [2, 4, 5]. Dans notre série, l'âge moyen de nos patients est de 54 ans. Le PSO affecte souvent le squelette axial, surtout le rachis et le crâne. [2, 5]. Le diagnostic repose sur l'examen physique, la numération sanguine, la biopsie, l'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP), la recherche de protéinurie de Bence Jones, et des radiographies du squelette [4, 5]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est très performante pour l'évaluation de l'envahissement locorégional. Elle montre des lésions osseuses en iso-signal T1, et en hypersignal T2, se réhaussant après injection de produit de contraste [4-6]. La radiothérapie (RT) à des doses modérées comprises entre 40 et 50 Gy, avec marges de sécurité d'au moins 2 centimètres constitue le traitement de référence des PSO [1-7].

La chirurgie peut être indiquée à visée diagnostique [1-3, 5]. L'évolution peut se faire vers la récurrence locale, l'envahissement ganglionnaire et la transformation myélomateuse [5]. Les principaux facteurs prédictifs de récurrence sont la taille tumorale et la dose de la radiothérapie délivrée [1-3, 5]. Pour la transformation myélomateuse, on retrouve l'âge > 63 ans, la persistance d'une gammopathie monoclonale après radiothérapie, la variété intra-médullaire, la localisation vertébrale, la dose de radiothérapie et la taille tumorale > 5 cm [1, 2, 4-7].

Conclusion

Le plasmocytome solitaire du rocher est une entité rare, il pose un problème de diagnostic même pour des professionnels expérimentés, nécessitant méfiance dans la conduite diagnostique, vue que la présentation clinique peut souvent induire en erreur.

La prise en charge est bien codifiée, malgré le risque de récurrence ou de complications, voire de transformation.

Références

- [1] J. Lagarde, et All. Plasmocytome du rocher révélé par une paralysie faciale périphérique douloureuse. *Revue Neurologique*, Volume 167, Issues 6–7, 2011, Pages 526-529, ISSN 0035-3787.
- [2] Masmoudi K, et All. Le plasmocytome solitaire osseux: à propos de 3 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J*. 2016 Dec 6;25:219. French. doi: 10.11604/pamj.2016.25.219.10933. PMID: 28292172; PMCID: PMC5326196.
- [3] Kochbati L, Ben Romdhane NK, Mrad K, Nasr C, Ben Salah DE, Ben Romdhane K, Maalej M. Plasmocytome solitaire osseux : aspects thérapeutiques et évolutifs. *Cancer Radiother*. 2004;8(2):70–4.
- [4] Bencheikh R, Benhammou A, Rabeh G, Benbouzid M-A, Boulaich M, Essakali L, Kzadri M. Plasmocytome solitaire osseux de la mandibule. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007;108(2):135–8.
- [5] Ben Ammar CN, Ghorbel I, Kochbati L, Gargouri W, Touati S, Maalej M. Plasmocytome solitaire extramédullaire de la tête et du cou : à propos de cinq cas. *Cancer Radiother*. 2010;14(8):755–8.
- [6] Kilciksiz Sevil, Karakoyun-Celik Omur, Agaoglu Fulya Yaman, Haydaroglu Ayfer. A Review for Solitary Plasmacytoma of Bone and Extramedullary Plasmacytoma. *Scientific World Journal*. 2012;2012:895765.
- [7] Lieboss Robert H, Ha Chul S, Cox James D, Weber Donna. Solitary Bone Plasmacytoma: outcome and prognostic factors following radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;41(5):1063–7.