

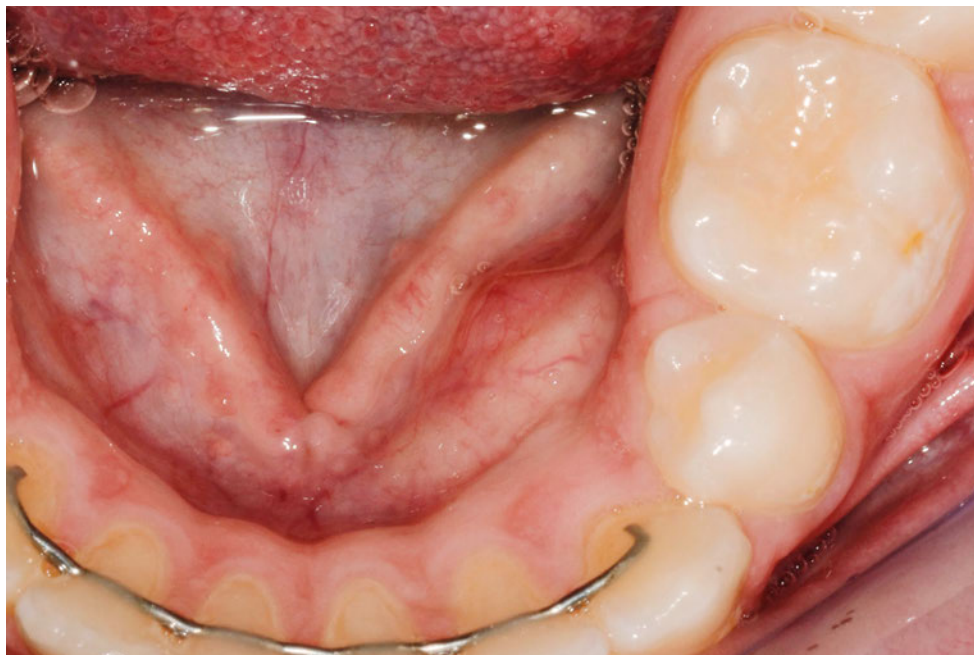
RENZO BASSETTI
PATRICK TOMASETTI
MANUEL CRAMERI
JOHANNES KUTTENBERGER

Clinique de chirurgie buccale et
maxillo-faciale/chirurgie orale,
Hôpital cantonal de Lucerne

CORRESPONDANCE

Dr. med. dent. Renzo Bassetti
Klinik für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie, Oralchirurgie
Luzerner Kantonsspital, Luzern
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern 16
Tél. +41 41 205 45 77
Fax +41 41 205 45 75
E-mail: renzo.bassetti@luks.ch

Traduction: Jacques Rossier
et Thomas Vauthier



Tumeur odontogène bénigne du maxillaire inférieur

Présentation d'un cas clinique

MOTS-CLÉS

Tumeur odontogène, classification de l'OMS,
tumeurs des maxillaires, odontome, odontome
complexe, odontome composé

Image en haut: Situation clinique avec présence d'une
protubérance osseuse indolore sur le processus alvéo-
laire du maxillaire inférieur gauche dans la région des
32-34 linguales.

RÉSUMÉ

Les odontomes font partie des tumeurs épithé-
liales odontogènes avec ectomésoenchyme odo-
togène, avec ou sans formation de tissus durs.
Avec les améloblastomes et les tumeurs odo-
togènes kératokystiques, ils font partie des tumeurs
odontogènes les plus fréquentes. Leur croissance
est autolimitative et, la plupart du temps, ils sont

découverts fortuitement lors de la réalisation
d'une radiographie. Il n'est pas rare que les odo-
ntomes fassent obstacle à des éruptions dentaires.
L'objectif de cette présentation d'un cas clinique
est d'exposer les étapes de l'ablation chirurgicale
d'un odontome situé dans la région linguale
canine/prémolaire du maxillaire inférieur.

Introduction

Par définition, les tumeurs odontogènes peuvent survenir à n'importe quelle période de la vie à partir de tissus épithéliaux, ectomésenchymateux et/ou mésenchymateux participant à la dentogenèse. En conséquence, les tumeurs odontogènes apparaissent exclusivement dans les os et les tissus mous de la région maxillo-faciale (PHILIPSEN ET COLL. 2005).

C'est en 1839 qu'une tumeur odontogène a été décrite pour la première fois dans le cadre d'une présentation de cas publiée dans l'*American Journal of Dental Science* (AJDS) (RODRIGUEZ 1839). Selon la classification de l'OMS (2005) des tumeurs de la tête et du cou, les odontomes font partie des tumeurs bénignes de l'appareil odontogène et appartiennent à la catégorie des tumeurs odontogènes épithéliales avec ectomésenchyme odontogène, avec ou sans formation de tissus durs (PHILIPSEN ET COLL. 2005). Avec les améloblastomes (14,02–48,6%) et les tumeurs odontogènes kératocystiques (TOKK) (12,15–38,9%), l'odontome fait partie des tumeurs odontogènes les plus fréquentes, avec une proportion de 4,7–56,7% (SEKERCI ET COLL. 2015).

Du point de vue clinique et histopathologique, l'odontome est une malformation tissulaire d'aspect tumoral (hamartome) et peut être divisé en deux sous-groupes: le type complexe («complexe») et le type composé («compound»). Ces deux types peuvent être distingués par le fait que l'odontome composé, contrairement à la forme complexe, est constitué de toutes les structures tissulaires participant à la formation des dents; ces différentes structures tissulaires peuvent s'associer les unes aux autres pour former un nombre variable de structures analogues aux dents, appelées «odontoides» (PHILIPSEN ET COLL. 2005). Les odontomes complexes semblent plus fréquents que les odontomes composites (BOFFANO ET COLL. 2012). La répartition entre les sexes est sensiblement égale, et l'âge moyen des patients est compris entre 20 et 30 ans dans la plupart des études (BOFFANO ET COLL. 2012). Pour ce qui est de la localisation, les odontomes présentent une incidence comparable dans le maxillaire supérieur et inférieur. Les odontomes complexes sont plus fréquents dans la région postérieure du maxillaire inférieur, alors que les odontomes composés sont plus fréquents dans la partie antérieure du maxillaire supérieur (BOFFANO ET COLL. 2012).

L'objectif de cette présentation de cas clinique est d'exposer les étapes de l'ablation d'un odontome composé dans la zone comprise entre la canine et la prémolaire du maxillaire inférieur.

Présentation d'un cas clinique

Anamnèse

Un patient de 16 ans a été adressé par son médecin-dentiste privé à la Clinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale/chirurgie orale de Hôpital cantonal de Lucerne pour investigation et traitement d'une protubérance osseuse à croissance lente mais continue dans la région linguale des 32–34. L'anamnèse était sans particularité, le patient était en bon état de santé général et il ne présentait aucune plainte subjective. Un traitement orthodontique s'était achevé un an plus tôt et un contrôle radiologique de routine avait révélé fortuitement la présence d'une altération radio-opaque dans la région radiculaire des dents 33 et 34.

Examen initial

Clinique

L'examen extraoral montrait une sensibilité normale de la lèvre inférieure. Au niveau intraoral, palpation d'une protubérance osseuse indolore d'environ 2×2,5 cm au niveau du processus alvéolaire du maxillaire inférieur gauche, dans la région linguale

des 32–34 (fig. 1). Les dents 31–36 réagissaient normalement au test à la neige carbonique.

Radiologique

L'orthopantomogramme (OPT) réalisé quatre ans auparavant avait été mis à disposition et ne montrait encore aucune altération de la région 32–34 (fig. 2). Un an plus tard, l'OPT montrait déjà une structure radio-opaque dans la région 33–34 (fig. 3). Sur l'OPT actuel et la tomographie volumique numérique (TVN), les régions 32–34 linguales montraient de multiples radio-opacités arrondies, de différentes tailles, entourées d'une zone radiotransparente. Les contours de la zone radiotransparente étaient très bien délimités par rapport à l'os alvéolaire adjacent (fig. 4, 5). Un diagnostic en imagerie tridimensionnelle (TVN) se justifiait pour trois raisons:

1. faciliter les explications au patient;
2. détermination optimale de la position de la tumeur par rapport aux structures anatomiques voisines comme les dents adjacentes et les nerfs;
3. détermination préopératoire du nombre de structures analogues à des dents (odontome composé), afin de pouvoir contrôler pendant l'intervention chirurgicale que tous les fragments tumoraux durs soient extraits.

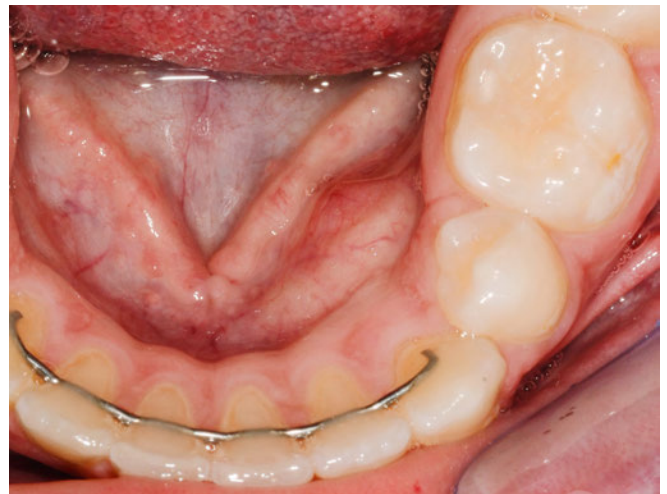


Fig. 1 Situation clinique avec présence d'une protubérance osseuse indolore sur le processus alvéolaire du maxillaire inférieur gauche dans la région des 32–34 linguales.



Fig. 2 L'orthopantomogramme (OPT) réalisé quatre ans auparavant ne montre aucun signe d'altération de la région 32–34.



Fig. 3 Un an plus tard, l'OPT présente déjà une structure radio-opaque dans la région 33-34 (OPT réalisé un an après l'OPT de la fig.2).



Fig. 4 OPT actuel avec structure radio-opaque clairement identifiable dans la région 32-34



Fig. 5 TVN, coupe sagittale: la lésion arrondie d'une dimension totale de 15×10×12 mm contient plusieurs formations semblables à des dents. Ces formations se situent en position linguale par rapport aux dents permanentes 32-35. Dans la zone linguale, la corticale est amincie.

Traitement

A la demande du patient, l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale, avec intubation trachéale. Après l'induction de l'anesthésie générale et l'installation et la désinfection habituelle du patient, une anesthésie terminale (Ultracaine® D-S forte avec

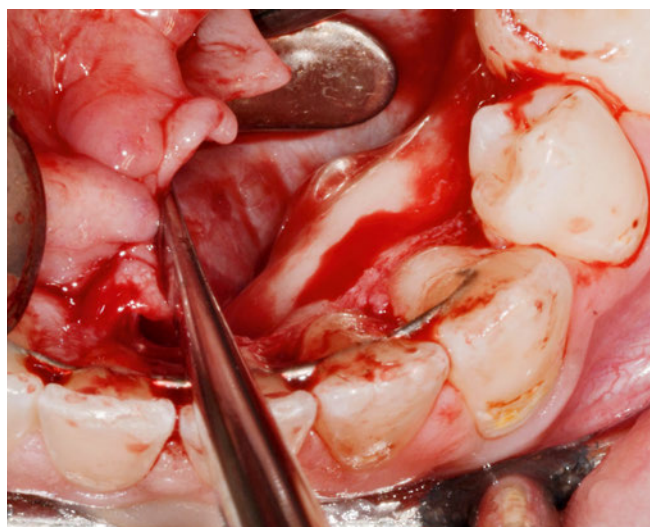


Fig. 6 Visualisation de la *compacta* linguale protubérante du maxillaire inférieur après avoir récliné soigneusement le volet muco-périosté.

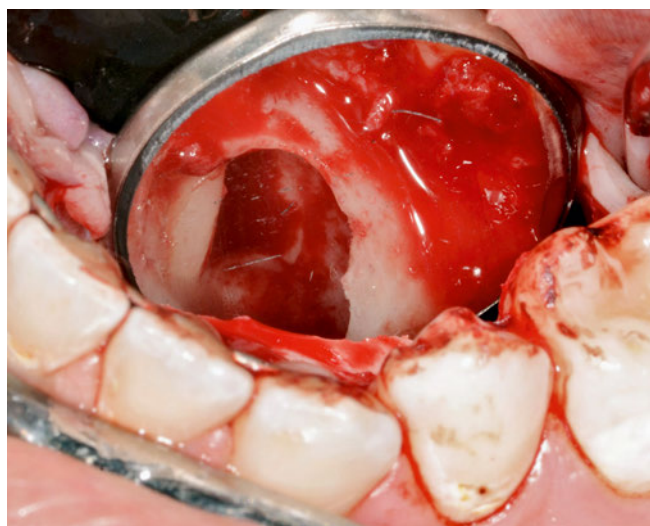


Fig. 7 Situation après ablation de l'ensemble de la capsule conjonctive; la racine de la dent 33 est exposée et clairement visible.

adrénaline 1:100 000, Sanofi-Aventis SA, Suisse) linguale et vestibulaire des régions 41 à 36 a été pratiquée. L'incision intrasulculaire de la région 41 à 36 linguale a été suivie de l'exposition sous-périostée de la tumeur (fig. 6). Après ostéotomie de la corticale linguale au-dessus de la tumeur, la capsule conjonctive a été incisée, et toutes les composantes tumorales dures ont pu être extraites. Puis l'ensemble de la capsule conjonctive a été soigneusement éliminé (fig. 7). Le défaut osseux qui s'étendait jusqu'aux racines des dents 33 et 34 a été rincé abondamment au sérum physiologique, puis comblé avec un tampon de collagène (TissuFleece® E 7×3 cm, Baxter Healthcare SA, Suisse). Après le repositionnement du volet muco-périosté, la fermeture primaire a été réalisée à l'aide de points de matelassier interdentaires verticaux (Prolene 5-0, Ethicon®, Johnson & Johnson GmbH, Norderstedt). Après l'intervention chirurgicale, un rinçage à la chlorhexidine à 0,1% (*formula hospitalis*, Centre de pharmacie hospitalière, Hôpital cantonal de Lucerne) a été prescrit pendant dix jours à raison de 3× par jour.

Lors du retrait des points de suture sept jours après l'intervention, le patient était asymptotique et la cicatrisation était en bonne voie, sans signe d'irritation. Les dents 31-36 ont réagi



Fig. 8 Situation clinique sept mois après l'ablation chirurgicale de l'odontome

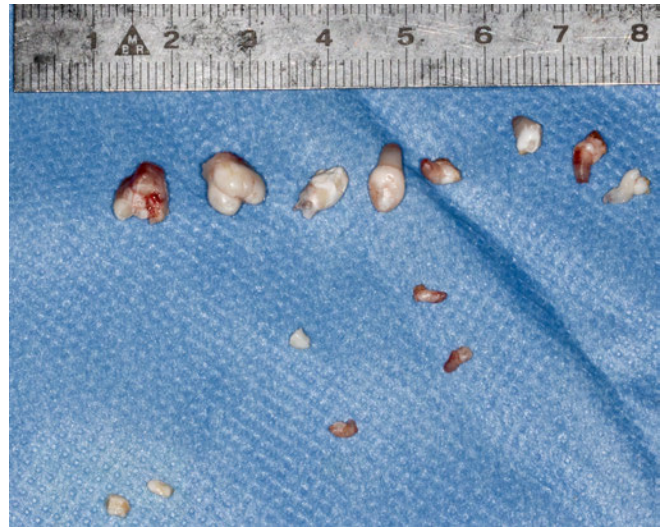


Fig. 10 Au total 14 structures de tailles diverses constituées de tissus durs ont pu être extraites; la plupart étaient similaires à des dents.

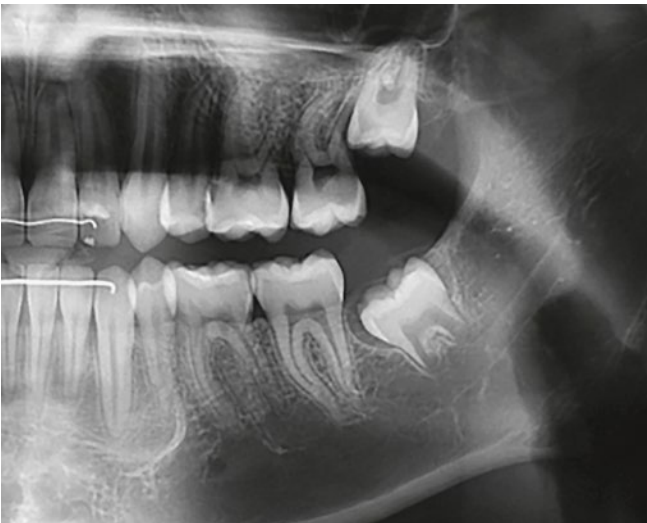


Fig. 9 L'OPT réalisé sept mois après l'intervention montre une ossification avancée de la zone alvéolaire de la région 32-34. Une surface osseuse légèrement hyperminéralisée est présente entre les racines des dents 34 et 36 (correspondant à l'ancien bord distal de l'odontome extrait).

normalement au test à la neige carbonique. Lors de la consultation de contrôle sept mois après l'intervention, le statut clinique ne présentait aucune irritation, et sur le plan radiologique (OPT), on constatait une ossification déjà bien avancée, voire même complète de la zone osseuse alvéolaire dans la région 32-34 (fig. 8, 9). Les dents 31-36 ont réagi normalement au test à la neige carbonique.

Diagnostic

Sur la base de l'image clinique macroscopique du tissu réséqué (fig. 10) et de l'examen histologique d'une coupe mince obtenue par polissage d'un fragment tumoral dur («odontoïde»), le diagnostic d'odontome composé («compound») a été confirmé.

Discussion

L'odontome complexe ainsi que l'odontome composé sont des entités pathologiques bénignes et indolores, à croissance lente et autolimitative. A l'examen histologique, ces deux formes d'odontomes sont constituées de tous les tissus dentaires durs –

émail, dentine et ciment – ainsi que de tissu pulpaire, ces différents tissus étant mêlés de façon anarchique dans l'odontome complexe, alors que dans l'odontome composé, ils s'organisent à la manière d'une dent naturelle, déjà clairement reconnaissable à l'examen macroscopique, sans agrandissement (odontoïde ou denticule). Ces deux types de lésions sont entourés d'une fine capsule conjonctive (MORGAN 2011; PHILIPSEN ET COLL. 2005; REICHART & JUNDT 2008).

Sur le plan radiologique, l'odontome complexe peut se présenter à différents stades: initialement, une radio-opacité est à peine visible (odontome de consistance molle). La minéralisation croissante entraîne une augmentation correspondante des calcifications, avec diminution constante de la radiotransparence. Les odontomes complexes matures apparaissent sous forme de radio-opacités rondes ou ovoïdes dont les bords sont bien délimités (REICHART & JUNDT 2008). L'odontome composé est constitué radiologiquement d'un certain nombre de radio-opacités de différentes tailles, qui ressemblent à de petites structures dentaires (REICHART & JUNDT 2008).

L'étiologie des odontomes est incertaine. Il existe plusieurs hypothèses: traumatisme local pendant la période des dents de lait, infection, antécédents familiaux, anomalie héréditaire (syndrome de Hermann, syndrome de Gardner) (BOFFANO ET COLL. 2010), hyperactivité odontoblastique ou mutation génétique spontanée (BOFFANO ET COLL. 2012; HAMMOUDEH ET COLL. 2009).

Dans 10-44,4% des cas, l'odontome complexe est lié à l'absence d'éruption d'une ou de plusieurs dents; dans le cas de l'odontome composé, cette proportion s'élève même à 40-56% (REICHART & JUNDT 2008). Ces deux types de tumeurs perforent rarement la muqueuse buccale (VLCEK ET COLL. 2012). Il existe cependant des présentations de cas cliniques rapportant des éruptions d'odontomes dans la cavité buccale. Dans de tels cas, la douleur et la tuméfaction provoquées par l'infection secondaire constituent les symptômes les plus fréquents (ERDOGAN ET COLL. 2014; SERRA-SERRA ET COLL. 2009).

En cas de suspicion radiologique d'odontome complexe ou composé au stade précoce et en raison de la faible radio-opacité d'une telle lésion, le diagnostic différentiel doit comprendre la possibilité d'une tumeur odontogène kératocystique (TOKK) (ZÜRCHER ET COLL. 2014). La TOKK fait partie des tumeurs ondo-



Fig. 11 L'OPT montre une structure radiotransparente arrondie, avec au centre une zone radio-opaque (fibro-odontome améloblastique), dans la région coronaire de la dent de sagesse 28 ectopique en direction craniale.

togènes les plus fréquentes, avec une incidence de 12,15–38,9% (SEKERCI ET COLL. 2015); elle se caractérise par un comportement localement destructeur et un taux de récurrence élevé. Il est donc essentiel de la différencier clairement des odontomes. Au stade précoce, l'odontome peut aussi ressembler à un kyste radiculaire latéral ou à un kyste parodontal latéral (ZÜRCHER ET COLL. 2014). La différenciation radiologique entre un odontome complexe en cours de développement et un fibro-odontome améloblastique (FOA) peut également se révéler difficile (PHILIPSEN ET COLL. 2005). Le FOA est une tumeur bénigne généralement asymptomatique et relativement rare, avec une incidence de 0,3–3,7% (REICHART & JUNDT 2008) (fig. 11). Le FOA présente les mêmes caractéristiques histopathologiques que le fibrome améloblastique, avec la différence qu'il contient également de la dentine et de l'émail (PHILIPSEN ET COLL. 2005). Comme l'odontome, le FOA est souvent associé à des dents impactées (REICHART & JUNDT 2008).

Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale complète de la tumeur, y compris la capsule conjonctive, avec examen histopathologique ultérieur afin de confirmer le diagnostic

(LATROU ET COLL. 2010). Cette procédure permet de prévenir les problèmes subséquents éventuels comme l'éruption de l'odontome, le déplacement de dents voisines ou les résorptions radiculaires de dents adjacentes. Suite à l'ablation de la tumeur, le pronostic concernant l'éruption spontanée d'une dent incluse ou impactée est excellent (HISATOMI ET COLL. 2002). La décision de procéder à un cerclage pour le repositionnement définitif de la dent après l'ablation de l'obstacle à l'éruption dépend de la localisation et de l'âge du patient (ASHKENAZI ET COLL. 2007; NAGARAJ ET COLL. 2009). Dans le cas présent, la cavité osseuse a été comblée avec un tampon de collagène. Il a été renoncé au comblement par de l'os autologue afin de limiter la taille de l'accès lingual à la cavité. Le prélèvement osseux autologue ayant pu être évité, la morbidité a été maintenue à un niveau minimal (NKENKE & NEUKAM 2014; NKENKE ET COLL. 2001). L'intervention n'a eu aucune incidence sur la vitalité des dents adjacentes.

Conclusion

Les odontomes sont des néoplasies bénignes à croissance lente. Leur croissance est cependant autolimitative. Au même titre que les améloblastomes et les tumeurs odontogènes kératocystiques, ils font partie des tumeurs odontogènes les plus fréquentes, et en raison de l'absence de symptômes cliniques, leur découverte est généralement fortuite, sur un orthopantomogramme ou une radiographie dentaire unitaire. En pratique quotidienne, il existe donc une certaine probabilité de devoir poser un diagnostic radiologique de suspicion d'odontome. Une attention particulière sera accordée aux cas où l'éruption de dents de lait ou de dents définitives se fait attendre longtemps. Aucune récurrence n'a été rapportée après ablation complète.