

Fibromes cémento-ossifiants multiples des maxillaires: présentation d'un cas exceptionnel

Georges C. Stergiou, Roger A. Zwahlen, Klaus W. Grätz
Département de chirurgie maxillo-faciale,
Hôpital universitaire de Zurich

Adresse pour la correspondance:
D^r méd. dent. Georges C. Stergiou
Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Universitäts-Spital Zürich
Rämistrasse 100, CH-8091 Zurich
Tél. 044 255 11 11, fax 044 255 41 79
E-mail: georges.stergiou@usz.ch

Traduction française de Jacques Rossier

Les lésions fibro-osseuses, dont le fibrome cémento-ossifiant fait partie, continuent à poser aujourd'hui encore des problèmes diagnostiques et thérapeutiques en raison de la variabilité de leur présentation clinique, radiologique et histologique (ADLER et coll. 2001; HARDT 2000; JAFFÉ 1953; JUNDT & PREIN 1999; MAKEK 1987; SU et coll. 1997a; SU et coll. 1997b; WALDRON 1993). Dans la plupart des cas, ces lésions sont solitaires. Les fibromes cémento-ossifiants multiples des maxillaires sont extrêmement rares (HAUSER et coll. 1989; TAKEDA & FUJIOKA 1987).

A cet égard, il faut rappeler que la classification des lésions fibro-osseuses des maxillaires n'est pas unanime (WALDRON 1993). Dans la classification de 1992 de l'OMS, les fibromes cémento-ossifiants sont inclus dans le groupe des néoplasies ostéogéniques.

Bien que des fibromes cémento-ossifiants solitaires de grande taille aient été décrits dans la littérature (VUOLO et coll. 1986), la survenue de fibromes cémento-ossifiants multiples dans différentes localisations des maxillaires est rarissime.

Le cas d'une jeune femme de 36 ans avec de multiples fibromes cémento-ossifiants localisés dans trois quadrants maxillaires (maxillaire supérieur gauche et maxillaire inférieur des deux côtés) est présenté, illustrant l'approche diagnostique et thérapeutique de cette entité pathologique d'une extrême rareté.

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 237)

Introduction

Les tumeurs odontogènes formant des tissus durs font l'objet de discussions controversées dans la littérature (EVERSOLE et coll. 1985; HAUSER et coll. 1989; JUNDT & PREIN 1999; WALDRON 1985). Leur classification histologique n'est pas homogène du point de vue de la répartition du tissu d'origine dans la tumeur, d'une part, et de la radicalité du traitement chirurgical, d'autre part. Dans le cadre des tumeurs odontogènes, les lésions fibro-osseuses

constituent un groupe hétérogène. Sur le plan histologique, ces tumeurs qui remplacent la structure osseuse normale se caractérisent toutes par la présence de tissu conjonctif contenant des fibroblastes et du collagène (JAFFÉ 1953; LICHTENSTEIN & JAFFÉ 1942; MAKEK 1987; PINDBORG & KRAMER 1971; WALDRON 1985; WALDRON 1993). Ces lésions posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques tant aux pathologues qu'aux cliniciens, car il n'existe pas de stratégies thérapeutiques standardisées dans ce domaine.

On distingue fondamentalement les lésions fibro-osseuses odontogènes – qui se situent exclusivement dans l'os maxillaire – des lésions fibro-osseuses non odontogènes, qui peuvent se manifester dans l'ensemble du squelette (PREIN et coll. 1985; ROSENBERG et coll. 1999; SLOOTWEG 1996).

Selon la classification de l'OMS des tumeurs odontogènes et des lésions apparentées, datant de 1992 (KRAMER et coll. 1992), le fibrome ossifiant et le fibrome cimentant sont considérés comme des entités distinctes et sont inclus, sous la dénomination de fibromes cémento-ossifiants, dans les tumeurs bénignes avec néoformation osseuse (JUNDT & PREIN 1999; KRAMER et coll. 1992), alors que la dysplasie fibreuse, comme son nom l'indique, est considérée comme une lésion non néoplasique (KRAMER et coll. 1992, LICHTENSTEIN 1938; LICHTENSTEIN & JAFFÉ 1942; THOMA 1956; SCARANO et coll. 2002).

Présentation de cas

Anamnèse et status

Cette patiente de 36 ans, consultant de sa propre initiative, a été examinée pour la première fois début mars 2003 à la Polyclinique de chirurgie maxillo-faciale du Centre de Médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie buccale de l'Hôpital universitaire de Zurich. Motif principal de la consultation: des douleurs dentaires croissantes au niveau du maxillaire inférieur gauche avec tuméfaction concomitante de la région mandibulaire gauche. Les douleurs se manifestaient surtout lors de la mastication d'aliments durs, mais sans douleurs à la déglutition. Pas de signes d'inflammation tels qu'une rougeur cutanée ou une augmentation de la température. L'anamnèse a permis d'exclure un traumatisme préalable. Pas d'indices de tumeurs osseuses ou d'anomalies du squelette dans l'anamnèse familiale.

Status extra-oral

Pas d'anomalies sensorimotrices des nerfs crâniens V et VII. Au niveau du maxillaire inférieur gauche, on constatait une tuméfaction ferme, légèrement douloureuse à la pression, dont l'étendue maximale était de 2,5 × 4 cm à la palpation. En regard de la lésion, la peau était mobile et sans particularité. Une deuxième zone tuméfiée et dure comme du bois a été observée au niveau de la région vestibulaire des 45/44, mesurant 2 × 3 cm et recouverte également d'une peau mobile et sans particularité. Les ganglions lymphatiques des niveaux I à IV étaient sans particularité.

Status intra-oral

Ouverture normale rectiligne de la bouche, sans déviation, avec une distance inter-incisive maximale de 48 de 48 mm. Les muqueuses étaient sans particularités, les vestibules buccaux étaient libres. Le plancher buccal ne présentait pas d'induration. La langue était de consistance molle, avec une mobilité normale. L'inspection de l'oropharynx a permis de constater une innervation symétrique du voile du palais, avec une luette centrée. Le reste de la dentition était soigné; sur les arcades restantes, les 18, 27, 28, 37, 46 et 48 étaient absentes. A part les 12, 22 et 44, dévitalisées par des traitements de racines, toutes les dents étaient vivantes, avec des réactions positives au test à la neige carbonique et ne présentaient pas de mobilité augmentée.

Status radiologique

L'orthopantomogramme (fig. 1) a mis en évidence dans la région 36–38 une lésion bien délimitée, inhomogène, avec une partie centrale comportant des zones calcifiées et des foyers d'ostéolyse

dans la partie antérieure. Une deuxième lésion nodulaire bien délimitée, inhomogène, a également été visualisée dans la région 44–46. La région 22–25 présentait une troisième structure nodulaire inhomogène faisant protrusion au niveau du sinus maxillaire gauche, avec des zones de densité comparable au tissu osseux. Cette troisième lésion n'a été mise en évidence qu'à l'examen radiologique ultérieur.

La tomographie numérique (axiale et coronaire, coupes de 1 mm) (fig. 2) a mis en évidence dans les trois quadrants décrits des lésions nodulaires avec amincissement de la corticale adjacente. A l'intérieur de ces lésions, la mesure de la densité a montré des zones de densité équivalente à l'os ainsi que des zones de tissus mous, avec une accumulation marquée du produit de contraste. Dans un premier temps, les biopsies de ces tumeurs solides entièrement délimitées par du tissu osseux ont montré à l'histologie un stroma richement cellulaire, comprenant des structures nodulaires ostéo-cémentaires bien différenciées, sans signes histologiques de malignité (fig. 3).

Traitement

Les trois fibromes cémento-ossifiants ont été curetés et débridés à la fraise par voie intraorale sous narcose avec intubation. Dans le maxillaire inférieur, les nerfs alvéolaires inférieurs ont été respectés des deux côtés, alors que l'ouverture du sinus maxillaire a pu être évitée. Les dents 22, 23, 24, 25, 36, 38, 44 et 45 ont été enlevées au cours de la même intervention. Après curetage, les bords de résection ont été rafraîchis par des instruments rotatifs. Les lacunes osseuses consécutives à cette intervention ont alors été comblées par un mélange de spongieuse prélevée au niveau de la crête iliaque et de matériau allogène de substitution osseuse (Tutoplast®, Neutromedics, Cham, Suisse) dans une proportion de 1:1. Après mobilisation et entaillage du périoste, la plaie a été suturée sans tension. Antibiothérapie postopératoire par Augmentin® comprimés (GlaxoSmithKline) de 1 g (1-0-1) pendant 7 jours (fig. 4). Les suites postopératoires ont été simples. La patiente a été contrôlée cliniquement et radiologiquement tous les deux mois pendant 6 mois à la Polyclinique de chirurgie maxillo-faciale de l'Université de Zurich.

A l'exception de la région 36, qui a présenté lors des contrôles radiologiques un halo clair circulaire et qui a motivé sur le plan clinique l'ablation d'un séquestre osseux, la consolidation des comblements osseux a été confirmée à la radiologie jusqu'au 5^e mois après l'intervention. Après curetage local et nouveau traitement antibiotique par Augmentin® comprimés (GlaxoSmithKline) de 1 g (1-0-1) pendant 10 jours, la guérison de la plaie s'est poursuivie sans complication. Une hypoesthésie initiale du nerf alvéolaire inférieur gauche, avec préservation de la discrimination entre piquûre et toucher, a rétrogradé ultérieurement.

Six mois après l'intervention, il a été possible de procéder à la pose d'implants de type vis pleine en titane dans le maxillaire supérieur et inférieur en ayant recours à des gabarits de forage. Dans le maxillaire supérieur, trois implants de type Brånemark (MK IV TiUnite®, 4 mm de diamètre) ont été posés dans les régions 22–25 et au niveau du maxillaire inférieur, 3 implants (Brånemark MK IV TiUnite®, 4 mm de diamètre) dans les régions 44–47. Dans la région postérieure gauche du maxillaire inférieur, le mélange de comblement transplanté initialement a été enlevé; à la réouverture, le greffon était bordé d'une capsule fibreuse. L'ensemble de la cavité a été curetée soigneusement à la cuillère tranchante et les bords ont été rafraîchis à la fraise à os. La cavité a été comblée par de l'os spongieux autologue prélevé dans la région du menton. Après cicatrisation sans complication de la

plaie et consolidation de la greffe d'os spongieux autologue, deux implants Brånemark (MK IV TiUnite®, 4 mm de diamètre) ont été posés quatre mois plus tard dans le maxillaire inférieur gauche (fig. 5).

Discussion

Du point de vue du diagnostic différentiel et du traitement, les fibromes cémento-ossifiants multiples posent les mêmes problèmes que l'ensemble des lésions fibro-osseuses des maxillaires. La prise en charge des tumeurs et lésions de ce type est rendue plus difficile par l'absence d'une classification unifiée, reconnue de manière générale, et par l'existence de différents concepts thérapeutiques (SLOOTWEG 1996).

Le tableau clinique est variable, et va de la découverte radiologique fortuite d'une lésion asymptomatique jusqu'à des lésions posant des problèmes esthétiques et fonctionnels.

Pour simplifier la classification, Waldron (WALDRON 1985; WALDRON 1993) a proposé de considérer les fibromes ossifiants et cémentants comme des entités semblables. Argument invoqué: ces lésions sont généralement issues du tissu parodontal, qui peut former aussi bien de l'os que du cément. Du point de vue de l'étiologie des lésions fibro-osseuses, outre les traumatismes et les troubles endocriniens (JACKSON et coll. 1999), l'existence d'un facteur moléculaire génétiquement déterminé a été récemment invoquée. Il s'agirait d'une mutation génétique entraînant une modification de la protéine Gs- α (SHENKER et coll. 1995). Selon Eversole et coll. (EVERSOLE et coll. 1985; WALDRON 1985; WALDRON 1993), la plupart des fibromes cémento-ossifiants se localisent dans la partie postérieure de la mandibule. Le cas clinique présenté ici comporte des lésions bilatérales du maxillaire inférieur associées à une lésion de même type dans le maxillaire supérieur; il s'agit donc effectivement, selon les connaissances des auteurs de ce travail, d'un cas absolument exceptionnel. La croissance constante de ces lésions avec remaniement fibreux simultané de l'os entraîne des déformations et une asymétrie subséquente des maxillaires.

Les fibromes cémento-ossifiants se manifestent de préférence au cours de la deuxième et troisième décennie. Du point de vue répartition selon les sexes, les estimations varient entre une in-

cidence plus élevée chez l'homme dans un rapport de 5:1 (WENIG et coll. 1984) à 1,5:1 (EVERSOLE et coll. 1985), en contradiction avec l'évaluation de Waldron (WALDRON 1985; WALDRON 1993), qui rapporte une prédisposition augmentée chez la femme. Du point de vue du diagnostic différentiel, le fibrome cémento-ossifiant doit être distingué de la dysplasie fibreuse (KRAMER et coll. 1992), qui est considérée comme une malformation selon la classification de 1992 de l'OMS. L'ostéosarcome fibroblastique fait également partie du diagnostic différentiel du fibrome cémento-ossifiant (KUTTENBERGER et coll. 2003).

Le traitement du fibrome cémento-ossifiant est basé sur l'exérèse de la lésion, avec curetage de la cavité de résection (WALDRON 1985; WALDRON 1993). Les structures incluses dans la lésion doivent être également excisées (WALDRON 1985; WALDRON 1993). En cas de croissance agressive ou d'érosions étendues des structures avoisinantes, une résection en bloc doit être envisagée en tant que mesure définitive (REAUME et al 1985). La radiothérapie des tumeurs de ce type est contre-indiquée, du fait que la transformation en ostéosarcome est possible (WALDRON 1993). Après exérèse totale de la lésion, le pronostic peut être considéré comme bon. Dans une étude prospective de 38 mois avec 22 patients, Eversole a rapporté un taux de récurrence de 28% après curetage de la lésion (EVERSOLE et coll. 1985). De manière générale, les publications relatives à ces lésions déconseillent l'option attentiste, car des cas d'évolution vers des formes agressives ont été rapportés (JOHNSON et coll. 1991; MARCO et coll. 1985; REAUME et coll. 1985; VUOLO et coll. 1986; WALDRON 1993). Toutefois, en raison de l'hypothèse d'une atteinte génétique-moléculaire, l'exigence souvent formulée par le passé d'une intervention radicale doit être remise en question (KUTTENBERGER et coll. 2003). Dès lors, la plupart des auteurs préconisent l'exérèse chirurgicale à visée conservatrice. La résection «en bloc» ne doit être envisagée que pour les formes récidivantes ou les tumeurs de taille relativement grande (WALDRON 1985).

L'exérèse conservatrice préservant la continuité des structures anatomiques, postulée par Kuttenger et coll. (KUTTENBERGER et coll. 2003), a été appliquée dans le cas présent. En raison d'une tendance connue à la récurrence, des contrôles à intervalles réguliers sont nécessaires.