

LA DYSPLASIE CEMENTO-OSSEUSE FLORIDE DES MAXILLAIRES

O.Bouanani, B.Dani, S.Benazzou, M.Boulaadas,
Service de Chirurgie Maxillo-faciale, HSR, Rabat

INTRODUCTION

Les dysplasies cémento-osseuses sont des lésions fibro-osseuses bénignes des maxillaires, développées aux dépens du ligament périodontal. Ces dysplasies cémento-osseuses se subdivisent en trois formes, selon leur extension et leur aspect radiologique : formes périapicale, floride et focale [1]. La dysplasie cémento-osseuse floride (DCOF) touche essentiellement les femmes d'âge moyen et de race noire. Son diagnostic est clinique et radiologique. Elle se caractérise par de multiples masses sclérotiques des maxillaires le plus souvent bilatérales et symétriques [2,3]. Nous rapportons deux cas de DCOF révélés par leurs complications.

OBSERVATION 1

Patiente de 55 ans de race noire, admise pour dysmorphie labio-mentonnaire associée à une tuméfaction symphyso-mandibulaire. Cette tuméfaction augmentait progressivement de volume depuis deux ans, empêchant le port de la prothèse amovible. La masse symphysaire de consistance dure mesurait 7 cm x 3 cm. La muqueuse en regard était normale et La patiente était édentée.

Le panoramique dentaire (fig. 1) retrouvait de multiples images radio-opaques occupant les quatre segments postérieurs avec une énorme masse sclérotique envahissant la symphyse. Devant ce tableau le diagnostic de DCOF était suspecté. Le dosage des phosphatases alcalines était normal.

L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale a confirmé le diagnostic.

Les suites ont été simples avec un recul de deux ans.

OBSERVATION 2

Patiente de 45 ans de race noire, qui présentait depuis trois ans une douleur permanente et lancinante de la région molaire inférieure droite associée à une fistule alvéolaire, avec issue de pus. Le foyer inflammatoire et suppuratif alvéolaire siégeait au quadrant postéro-inférieur droit, l'os était exposé et l'état bucco-dentaire était mauvais.

Le panoramique dentaire (fig. 2A) et le denta-scanner (fig. 2B) retrouvaient plusieurs images mandibulaires radio-opaques entourées d'un liséré radio-clair et un séquestre mandibulaire droit. L'examen histologique de la pièce de séquestrectomie a confirmé le diagnostic de DCOF compliquée d'une ostéite chronique.

L'évolution a été bonne, sans récurrence à 15 mois.

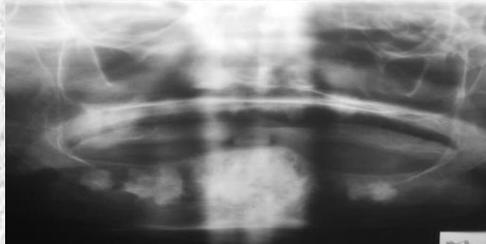


Figure 1: Radiographie panoramique. Multiples images radio-opaques sur les quatre quadrants de façon presque symétrique et une volumineuse opacité symphysaire.



Figure 2A: Radiographie panoramique dentaire. Plusieurs masses scléroseuses prémolo-molaires de la mandibule et du maxillaire droit.



Figure 2B: Tomodensitométrie en coupe sagittale et en fenêtre osseuse révélant un séquestre osseux.

CONCLUSION

La dysplasie cémento-osseuse floride est une lésion bénigne et rare, caractérisée par la présence du tissu osseux et de ciment, elle siège uniquement au niveau des maxillaires.

Elle touche les femmes noires africaines d'âge moyen ou avancé et leur descendance.

Son diagnostic est clinique et radiologique qui se caractérise par plusieurs images radio-opaques bilatérales et symétriques.

L'aspect sclérotique peut être confondu avec celui de la maladie de Paget et l'ostéomyélite chronique sclérosante diffuse.

Les formes asymptomatiques sont surveillées cliniquement et radiologiquement, tandis que la chirurgie est réservée aux formes compliquées.

DISCUSSION

La DCOF est une lésion fibro-osseuse bénigne et rare. Elle a été signalée pour la première fois par Bhaskar et Cutright [4] en 1968 sous le terme d'énostoses multiples, puis par Melrose [3] en 1975. Ces auteurs furent les premiers à décrire les critères cliniques, pathologiques et radiologiques de la lésion et à utiliser le terme de dysplasie osseuse floride. Ce n'est qu'en 1985 que Waldron [5] introduisit le terme de DCOF, caractérisé par la présence du tissu osseux et de ciment.

La DCOF siège uniquement au niveau des maxillaires. Elle n'est associée à aucune autre atteinte squelettique ou anomalie de la formule sanguine [6]. Elle touche les femmes africaines noires d'âge moyen ou avancé et leur descendance [2]. Des cas familiaux ont été retrouvés, la transmission serait autosomique dominante [7]. La DCOF est le plus souvent asymptomatique, révélée fortuitement lors d'un examen radiologique. Elle se manifeste parfois par une douleur, un exsudat purulent et une fistule muqueuse et/ou facio-cervicale (comme dans le second cas clinique). Cette infection est due à une exposition endo-buccale des masses cémento-osseuses.

Le symptôme révélateur est rarement une dysmorphie faciale (comme dans le premier cas clinique) [3,7]. Radiologiquement, la DCOF se caractérise par plusieurs images radio-opaques à contours bosselés entourées parfois d'un liséré radio-clair. Ces images sont situées au niveau des quatre quadrants buccaux, plus volontiers dans la région prémolomolaire de façon presque bilatérale et symétrique. Mais les localisations antérieures sont fréquentes [1,6,8].

L'aspect sclérotique de la DCOF peut être confondu avec celui de la maladie de Paget, de l'ostéomyélite chronique sclérosante diffuse (OCS) et du syndrome de Gardner. La maladie de Paget se caractérise par une atteinte polyostotique et une augmentation du taux de phosphatases alcalines [9]. L'OCS se manifeste cliniquement par un processus inflammatoire localisé à un segment de la mandibule et radiologiquement par une seule opacité mal délimitée qui infiltre tout le corps mandibulaire, de l'os alvéolaire au rebord basilaire, s'étendant parfois au ramus [10].

Les formes asymptomatiques sont surveillées cliniquement et radiologiquement en veillant à garder une bonne hygiène buccodentaire. Il faut éviter extractions dentaires et biopsie car le pouvoir de cicatrisation muqueuse est réduit. Une résection modelante peut être proposée pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles. Le débridement et la séquestrectomie sont associés à une antibiothérapie adaptée dans les formes inflammatoires ou infectées [7,9].

REFERENCES

- [1] White SC, Pharoah MJ. Oral radiology: principles and interpretation. 5th ed. St Louis: Mosby, 2004. p. 485-98.
- [2] Miyake M, Nagata S. Florid cement-osseous dysplasia. Report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1999;28:56-7.
- [3] Melrose RL, Abrams AM, Mills RG. Florid osseous dysplasia: a clinical pathologic study of thirty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976;41:62-62.
- [4] Bhaskar SK, Cutright DE. Multiple enostosis: report of 16 cases. J Oral Surg 1968;26:323-6.
- [5] Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J Oral Maxillofac Surg 1985;43:249-62.
- [6] Benabou J, Fergu S, Maouey JF, Goudiri B. Florid cement-osseous dysplasia: report of a case with computed tomography and 3D imaging. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:707-11.
- [7] Gonc Alves M, Pispico R, Alves Fda N, Lugo CE, Gonc Alves A. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. Braz Dent J 2005;16:247-50.
- [8] Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. London: Quintessence; 2004. p. 57-63.
- [9] Diagnostics, Trough JJ, Grogan M, Cahar B. Florid cement-osseous dysplasia: a case report. Med Oral Pathol Oral Surg 2007;13:268-90.
- [10] Singer S, Mupparapu M, Rinaggio J. Florid cement-osseous dysplasia and chronic diffuse osteomyelitis. Report of a simultaneous presentation and review of the literature. JADA 2005; 136:327-31.