

## Présence d'une large masse dans le maxillaire supérieur : Tableau clinique et diagnostic différentiel

Cagri Delilbasi, DDS, PhD; Metin Sencimen, DDS, PhD; Kemal Murat Okcu, DDS, PhD

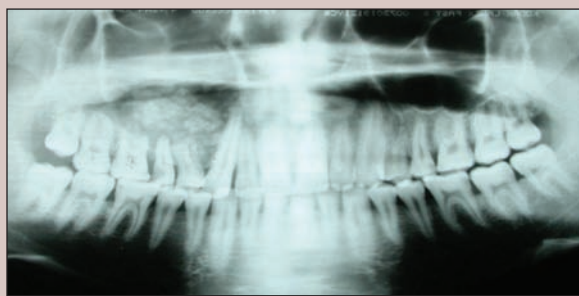
Un jeune homme de 21 ans a été dirigé vers notre clinique pour une tuméfaction et une douleur au maxillaire supérieur droit. La tuméfaction est apparue 8 mois auparavant et a continué de progresser. L'examen clinique montrait une asymétrie faciale, due à une tuméfaction ferme et recouverte de peau normale, côté droit, région buccale (ill. 1). Le patient ne présentait aucune sensibilité buccale, ni antécédents d'épistaxis, d'obstruction nasale, de maux de tête ou de troubles de la vue. L'examen intra-buccal a révélé la présence d'une masse palpable dans la région molaire supérieure droite, ayant détruit l'os et réduit la profondeur du repli muqueux buccal. Les prémolaires et la première molaire présentaient aussi de grosses lésions carieuses.

Le panorex montrait une grosse lésion radioclaire contenant une structure radiopaque dans le sinus

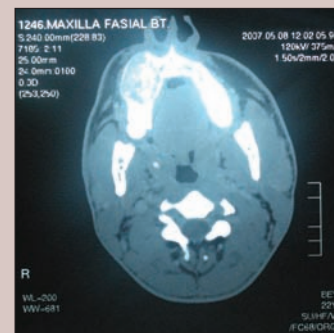
maxillaire droit. La lésion s'étendait de la canine à la première molaire et avait causé une déviation de la racine de la canine (ill. 2a). Les coupes axiales d'une tomodynamométrie montraient une large masse uniloculaire bien définie, contenant une substance radiopaque et s'étendant de la crête alvéolaire jusque dans le sinus maxillaire. La lésion avait causé la destruction de l'os alvéolaire, sans atteinte des tissus mous adjacents. Les parois des cavités orbitaire et nasale étaient intactes et aucune atteinte des sinus sphénoïdal et frontal et du complexe ostéoméatal n'a été notée (ill. 2b). Les analyses sanguines n'ont fourni aucun renseignement pertinent. Une biopsie simple a été pratiquée et un examen histopathologique d'un échantillon de tissu a été fait. Après établissement d'un diagnostic provisoire, la lésion a été retirée sous anesthésie générale.



Ill. 1 : Vue de face du patient présentant une asymétrie faciale.



Ill. 2a : Panorex de la lésion.



Ill. 2b : Coupe axiale d'une tomodynamométrie de la lésion.

Quel est votre diagnostic provisoire?

Réponse à la page 272

## Réponse au Défi diagnostique (p. 269)

### Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel incluait les troubles suivants : kyste odontogène calcifiant (kyste de Gorlin), tumeur odontogène de type adénomatoïde, tumeur odontogène épithéliale calcifiante (tumeur de Pindborg), myxome, ostéoblastome, cémentoblastome, ostéosarcome, maladie de Paget et fibrome cémento-ossifiant.

#### *Kyste odontogène calcifiant (kyste de Gorlin)*

Le kyste odontogène calcifiant a généralement l'aspect d'une radioclarité uniloculaire bien définie, qui peut parfois être pluriloculaire. Dans le tiers des cas environ, des structures radiopaques sont présentes à l'intérieur de la lésion. Ce type de tumeur se manifeste notamment dans la région des incisives et des canines, inférieures ou supérieures. La plupart des cas s'observent chez des patients dans la vingtaine ou la trentaine.

#### *Tumeur odontogène de type adénomatoïde*

Les tumeurs odontogènes adénomatoïdes se manifestent essentiellement avant l'âge de 30 ans et touchent davantage les femmes que les hommes. Elles siègent dans la portion antérieure des mâchoires, principalement au maxillaire supérieur. Comme ces tumeurs sont habituellement asymptomatiques, elles sont souvent découvertes durant les examens radiographiques de routine. Elles ont l'aspect de lésions radioclares uniloculaires circonscrites qui peuvent toucher une dent n'ayant pas fait éruption (habituellement une canine). La zone radioclaire peut aussi contenir de fins dépôts calcifiés.

#### *Tumeur odontogène épithéliale calcifiante (tumeur de Pindborg)*

Ce rare type de tumeur s'observe principalement chez des patients âgés de 30 à 50 ans, autant hommes que femmes, et la plupart se manifestent dans la région postérieure du maxillaire inférieur sous forme de tuméfactions indolores d'évolution lente. À la radiographie, la tumeur a l'aspect d'une zone radioclaire uniloculaire ou pluriloculaire pouvant contenir des structures calcifiées. Ce type de tumeur est fréquemment associé à une dent incluse (souvent une troisième molaire).

#### *Myxome*

Le myxome de la mâchoire se présente essentiellement chez de jeunes adultes âgés de 25 à 30 ans, hommes ou femmes, et siège habituellement dans la

région postérieure du maxillaire inférieur. Les petites lésions peuvent être asymptomatiques et sont souvent diagnostiquées durant un examen radiographique de routine. Les lésions plus grosses peuvent causer une distension indolore. La radiographie montre une radioclarité uniloculaire ou pluriloculaire qui peut causer le déplacement ou la résorption des dents adjacentes. La zone radioclaire peut aussi contenir de minces travées osseuses résiduelles qui lui donnent l'aspect de « bulles de savon ».

#### *Ostéoblastome*

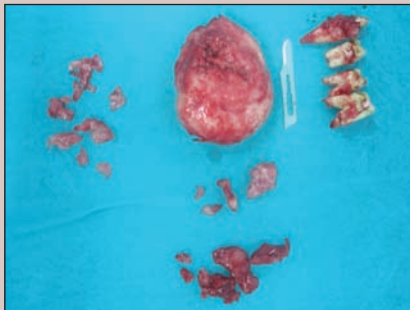
L'ostéoblastome est une tumeur rare des os longs qui peut aussi toucher les mâchoires. Cette tumeur se manifeste principalement dans la région postérieure du maxillaire inférieur, chez des hommes ou des personnes de moins de 30 ans. Comme le diamètre de la tumeur peut atteindre 10 cm, la douleur en est souvent le symptôme révélateur. À la radiographie, la tumeur peut avoir l'aspect d'une lésion radioclaire bien ou mal définie, généralement parsemée de plaques de minéralisation.

#### *Cémentoblastome*

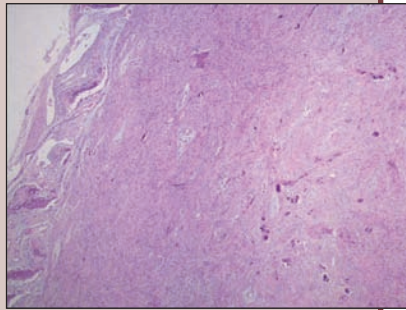
Le cémentoblastome se présente habituellement dans la région des molaires ou des prémolaires, principalement chez des personnes de l'un ou l'autre sexe âgées de moins de 30 ans. La douleur et la tuméfaction en sont des symptômes fréquents. À la radiographie, la tumeur est une masse radiopaque soudée à une ou plusieurs racines dentaires et entourée d'une mince bordure radioclaire.

#### *Ostéosarcome*

L'ostéosarcome est une tumeur maligne des cellules mésenchymateuses qui peut produire des tissus ostéoïdes ou des os immatures. Ce type de tumeur s'observe un peu plus souvent chez les hommes âgés de 30 à 40 ans. Les lésions peuvent se manifester autant dans le maxillaire inférieur que supérieur, mais s'observent souvent dans la partie inférieure du maxillaire supérieur (crête alvéolaire, plancher du sinus, palais). Tuméfaction, douleur, mobilité dentaire, paresthésie et obstruction nasale sont des symptômes souvent associés à ce type de tumeur, dont l'aspect radiologique varie d'une sclérose dense à une radioclarité mixte ou complète. Sa bordure périphérique est mal définie et la résorption radiculaire est fréquente. L'élargissement symétrique de l'espace du ligament alvéolo-dentaire autour des dents est un important changement radiologique précoce.



III. 3 : Aspect clinique de la lésion excisée et des dents extraites.



III. 4 : Aspect histopathologique du spécimen, caractéristique d'un fibrome cémento-ossifiant. Coloration à l'hématoxyline-éosine  $\times 40$ .

### Maladie de Paget

Cette maladie est due à une résorption anormale et à des dépôts osseux et elle survient principalement chez des adultes d'âge moyen. Chez près de 17 % des patients, il y a atteinte des mâchoires, le maxillaire supérieur (en particulier le tiers moyen) étant plus souvent touché que le maxillaire inférieur. L'obstruction nasale, la tuméfaction des cornets, l'oblitération des sinus et la déviation du septum sont des symptômes possibles. La radiographie montre une diminution de la radiopacité de l'os et une altération de l'architecture trabéculaire. La maladie de Paget peut ressembler à une dysplasie cémento-osseuse. Toute expansion des mâchoires doit donc être évaluée avec soin, sans écarter la maladie de Paget.

### Fibrome cémento-ossifiant

Ce néoplasme peu répandu se présente habituellement dans la région prémolaire ou molaire du maxillaire inférieur, principalement chez des patients âgés de 20 à 40 ans, surtout des femmes. Une tuméfaction indolore constitue le signe le plus courant. À la radiographie, le fibrome cémento-ossifiant a la forme d'une lésion radioclaire contenant une substance calcifiée. Ses bords sont bien définis et il y a souvent déviation radulaire.

Dans le cas décrit précédemment, l'absence d'évolution rapide, de paresthésie, ainsi que de saignement nasal et d'obstruction nasale permet d'écarter une tumeur maligne. À l'exception de l'ostéosarcome, toutes les lésions incluses dans le diagnostic différentiel requièrent un traitement essentiellement conservateur et offrent un bon pronostic. Bien qu'il soit impossible de distinguer des lésions similaires à la radiographie, la biopsie par aspiration à l'aiguille et la biopsie d'incision sont utiles pour établir un diagnostic provisoire.

### Traitement

En raison de l'érosion de l'os alvéolaire buccal, il a été facile de pratiquer une biopsie d'incision et d'établir un diagnostic provisoire de fibrome cémento-ossifiant. La canine, les première et deuxième prémolaires et la première molaire ont été extraites et une exérèse complète de la lésion a été pratiquée sous anesthésie générale. Les tissus excisés mesuraient  $7 \times 5 \times 4$  cm, ce qui est considéré comme une large masse (III. 3). L'examen histopathologique a révélé une lésion néoplasique bien définie, qui contenait des cellules fibroblastiques fusiformes et des structures irrégulières

d'allure osseuse ou cémentaire. Une ostéoformation réactionnelle a été observée autour de la lésion (III. 4). Le diagnostic final a corroboré les résultats de la biopsie. L'examen de suivi réalisé 2 ans plus tard n'a révélé rien d'anormal. Cependant, malgré l'excision complète de la lésion, on peut s'attendre à une récurrence de ce type de lésion. ♦

### LES AUTEURS



Le Dr **Delilbasi** est professeur agrégé au Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université Yeditepe, Istanbul, Turquie.



Le Dr **Sencimen** est professeur adjoint au Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Académie médicale militaire Gulhane, Centre des sciences dentaires, Ankara, Turquie.



Le Dr **Okcu** est professeur adjoint au Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Académie médicale militaire Gulhane, Centre des sciences dentaires, Ankara, Turquie.

Écrire au : Dr Cagri Delilbasi, Université Yeditepe, Faculté de médecine dentaire, Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Bağdat Caddesi No: 238, 34728 Istanbul-Turkey. Courriel : [cdelilbasi@yahoo.com](mailto:cdelilbasi@yahoo.com)

### Lectures additionnelles

- Ertug E, Meral G, Saysel M. Cemento-ossifying fibroma: a case report. *Quintessence Int* 2004; 35(10):808-10.
- Khandelwal N, Sodhi KS, Suri S, Radotra B. Cemento-ossifying fibroma of the maxilla. *J Otolaryngol* 2004; 33(2):122-4.
- Sood V. A cemento-ossifying fibroma in the maxilla. *Dent Update* 2004; 31(10):590-3.