le cémentoblastome : à propos de 2 cas

RÉSUMÉ

Le cémentoblastome, seule véritable tumeur cémentaire, est un néoplasme rare, d'origine mésenchymateuse, caractérisé par la formation d'un tissu cémentaire proliférant au contact d'une racine dentaire, avec d'authentiques cémentoblastes fonctionnels.

Il s'agit d'une tumeur bénigne du sujet jeune, d'évolution lente, non récidivante après énucléation. Une voussure est fréquemment révélatrice, de même qu'une douleur modérée.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec l'ostéoblastome.

Le traitement doit être radical avec extraction de la ou des dents associées.

Ce travail illustré par deux cas colligés au service de Médecine et Chirurgie Buccales de la Clinique Dentaire de Monastir présente les particularités épidémiologiques, radio-cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette tumeur rare.

M. H. HAMDI

Service de médecine
et chirurgie buccales,
Clinique hospitalo-universitaire
de médecine dentaire,
Monastir 5000 Tunisie.

W. HASNI

Service de médecine
et chirurgie buccales,
Clinique hospitalo-universitaire
de médecine dentaire,
Monastir 5000 Tunisie.

M. BEN KHELIFA

Service de médecine
et chirurgie buccales,
Clinique hospitalo-universitaire
de médecine dentaire,
Monastir 5000 Tunisie.

T. BEN ALAYA

Service de radiologie,
Clinique hospitalo-universitaire
de médecine dentaire,
Monastir 5000 Tunisie.

MOTS CLÉS

cémentoblastome

fusion dent-tumeur

imagerie

traitement radical

introduction

La pathologie cémentaire renferme un contingent odontogénique regroupant les tumeurs qui prennent naissance à partir de l'organe dentaire, et un contingent non odontogénique qui rassemble les lésions se développant indépendamment mais, pourtant, à proximité des dents[1, 3, 12]. Le cémentoblastome bénin, ou cémentome vrai, est une tumeur cémentaire odontogénique de nature mésenchymateuse pure prenant naissance à partir de la prolifération d'authentiques cémentoblastes fonctionnels[2, 15, 35, 42].

Il est considéré actuellement comme la seule vraie tumeur cémentaire.

Malgré une symptomatologie assez pauvre, la clinique demeure le point de départ indispensable pour une pré-orientation diagnostique.

La place de l'imagerie est incontestable

car le diagnostic d'une telle lésion repose essentiellement sur son aspect radiologique.

Les cas infracliniques ne sont pas rares et les radiographies standard permettent souvent une découverte fortuite de ce type de lésions jusque là silencieuses.

Tous les renseignements cliniques et ceux fournis par l'imagerie standard ou la tomodensitométrie sont indispensables aux fins de l'incontournable diagnostic anatomopathologique.

Ce travail, présente deux cas cliniques de cémentoblastome, traités dans le Service de Médecine et Chirurgie Buccales de la Clinique de Médecine Dentaire de Monastir. La confrontation de ces deux observations avec les données de la littérature a permis de faire le point sur les aspects épidémiologique, radio- clinique, histologique et thérapeutique de cette tumeur.

premier cas

Un patient âgé de 18 ans a consulté pour une tuméfaction du secteur prémolo-molaire mandibulaire droit, avec la notion d'une douleur légère exacerbée par la mastication.

■ examen clinique

L'examen exobuccal a révélé une légère tuméfaction recouverte d'une peau normale (**fig 1**).

L'examen endobuccal a retrouvé une tuméfaction siégeant en regard de 45,

46 ; bombant le fond du vestibule et faisant corps avec l'os. La palpation était douloureuse avec une consistance dure de la lésion. La muqueuse de recouvrement était normale (**fig 2**). La percussion axiale de la 46, voire sa simple mobilisation, générait une douleur.

Les deux dents présentaient une légère mobilité en bloc. Le test de vitalité était positif (avec réponse très modérée de la 46). Il n'y avait aucun signe de surinfection.

fig. 1 Vue exo buccale : tuméfaction mandibulaire droite.

fig. 2 Vue endobuccale : tuméfaction du fond du vestibule.

■ examen radiologique

La radiographie panoramique (**fig 3**) a révélé une image radio-opaque très bien limitée, arrondie, de 2 cm de diamètre, cernée par un épais halo périphérique radioclaire. L'os environnant paraît plus dense, réactionnel.

L'opacité était appendue aux racines de la 46 qui présentait une résorption radiculaire importante. La 45, légèrement refoulée par la masse, semble y adhérer avec une alvéolyse distale.

Le diagnostic de cémentoblastome a été évoqué devant la tonalité mixte de l'opacité (type cémentaire, intermédiaire entre densité osseuse et dentaire) mais surtout son aspect radiaires dit en « rayons de roue » (très caractéristique du cémentoblastome).

La lésion a refoulé le canal mandibulaire.

Ces constatations ont été confirmées par un cliché rétro-alvéolaire (**fig 4**).

Un mordu occlusal mandibulaire (**fig. 5**) ; a permis d'objectiver l'aspect

fig. 3 Radiographie panoramique. Image mixte arrondie appendue aux racines de la 46.

fig. 4 Rétro alvéolaire centrée sur la lésion.

fig. 5 Mordu occlusal, déformation de la table vestibulaire avec aspect radiaire de la lésion.

radiaire de la lésion et de mettre en évidence la déformation de la table vestibulaire ainsi que la netteté des limites à ce niveau.

■ diagnostic

Le diagnostic évoqué était celui d'un cémentoblastome.

Le diagnostic différentiel s'est posé surtout avec l'ostéoblastome, le fibrome cémento-ossifiant, la tumeur de Pindborg et beaucoup moins avec la dysplasie cémentaire périapicale.

C'est surtout l'intime fusion de la lésion avec la racine dentaire qui a permis d'orienter le diagnostic.

■ traitement

La tumeur a été énuclée en totalité sous anesthésie locale : la masse calcifiée et les dents (45 et 46) ont été délogées en bloc en une seule pièce.

Un curetage appuyé de la cavité résiduelle a permis d'éliminer la coque fibreuse non minéralisée qui cernait la tumeur (**fig. 6 à 10**).

fig. 6 Incision.

fig. 7 Décollement et mise à nu de la lésion.

fig. 8 Délogement de la lésion et des dents en bloc.

fig. 9 Vue de la cavité après curetage appuyé.

fig. 10 Sutures.

■ aspect macroscopique

Un nodule de consistance dure, fusionnant aux racines des deux dents et ayant un aspect granulaire à la coupe.

Les **figures 11 et 12** illustrent l'aspect macroscopique de la pièce opératoire ainsi que sa radiographie où l'aspect radiaire caractéristique du cémentoblastome est bien mis en évidence.

■ histologie

L'examen histologique a conclu à une tumeur bénigne faite de travées cémentaires anastomosées et prenant en périphérie un aspect radiaire. La minéralisation de ces travées était hétérogène : elle s'atténue du centre vers la périphérie.

Au contact de ces travées, il existe des cémentoblastes variant en nombre et en

fig. 11 Pièce opératoire : masse calcifiée indissociable des dents avec capsule fibreuse. **fig. 12** Radiographie de la pièce opératoire : aspect radiaire caractéristique.

fig. 13 et 14 Coupes histologiques de la pièce opératoire en faible et fort grossissement.

aspect du centre à la périphérie de la lésion (peu nombreux, de petite taille et peu actifs au centre, très nombreux, parfois en amas, avec cytoplasme abondant, éosinophile, et un noyau fortement nucléolé en périphérie).

Dans les zones claires, il n'y a ni atypie, ni mitose. La tumeur englobe des îlots de tissu conjonctif assez cellulaire, riche en vaisseaux et comportant focalement

des amas de cellules géantes multinucléées d'aspect ostéoclastique (**fig. 13, 14**).

■ évolution

L'évolution a été favorable, avec cicatrisation osseuse en quelques mois (**fig. 15**).

fig. 15 Radiographie de contrôle 4 mois après.

deuxième cas

Une patiente âgée de 49 ans, a été adressée par son dentiste pour extraction de la 38 présentant une lésion périapicale lui évoquant un odontome.

L'interrogatoire a révélé la notion de douleurs intermittentes de l'hémi-mandibule gauche, avec une légère paresthésie labio-mentonnière homolatérale.

examen clinique

L'examen exobuccal, était normal avec absence de tuméfaction.

L'examen endobuccal n'a rien trouvé en dehors d'une légère malposition de la 38, vivante (**fig. 16**).

examen radiologique

La radiographie panoramique (**fig. 17**) a montré une image radio-opaque de 2 cm de grand axe, de tonalité cémentaire, bien limitée, entourée d'un fin liseré radioclaire et appendue aux racines, légèrement résorbées, de la 38. A proximité du canal, les limites de la lésion deviennent floues, très mal définies, avec effacement du liseré radioclaire. Un examen tomodensitométrie a trouvé son indication.

Des coupes axiales (**fig. 18**) ont confirmé la présence d'une formation hyperdense de 2 cm de grand axe, bien circonscrite, entourée d'un liseré hypodense (véritable plan de clivage) et adhérente aux racines de la 38. Il n'y avait aucun signe de déformation ou de rupture cor-

fig. 16 Version linguale de la 38.

fig. 17 Panoramique : image radio-opaque fusionnée aux racines de la 38 et à proximité du canal mandibulaire.

fig. 18 Coupe axiale. Absence de déformation des corticales. Le canal mandibulaire est refoulé lingualemment.

ticale. Le canal mandibulaire était refoulé en lingual par la masse tumorale.

■ diagnostic

Le diagnostic évoqué était celui d'un cémentoblastome.

Le diagnostic différentiel a été posé avec l'hypercémentose sévère et la dysplasie cémentaire périapicale.

■ traitement

Le traitement a consisté en une résection exérèse de la lésion (**figures 19 à 23**). La réalisation d'un volet vestibulaire large a permis de déloger la masse tumorale et la dent en bloc ; la cavité a été soigneusement curetée tout en veillant à ne pas atteindre le canal mandibulaire.

fig. 19 Réalisation d'un volet osseux vestibulaire.

fig. 20 Délogement de la masse tumorale appendue à la dent en un seul bloc.

fig. 21 Curetage de la cavité.

fig. 22

fig. 23

fig. 22 et 23 Pièce opératoire après exérèse et sa radiographie.

■ histologie

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de **cémentoblastome** : la masse faisant corps avec les racines de la dent, était formée par des travées d'os métaplasique qui prend, par places, un aspect cémentaire. Entre ces travées, il existe un tissu

conjonctif fibreux, dense, peu cellulaire (fig. 24, 25).

■ évolution

L'évolution a été favorable, avec cicatrisation osseuse en quelques mois et disparition totale des douleurs et de l'hypoesthésie (fig. 26).

fig. 24 Coupe histologique du tissu lésionnel à faible grossissement.

fig. 25 Coupe histologique du même tissu à plus fort grossissement.

fig. 26 Radiographie de contrôle à 6 mois.

discussion

Le cémentoblastome est un néoplasme vrai assez rare représentant 1 à 6,2 % de toutes les tumeurs odontogéniques. Il naît au contact d'une racine dentaire, souvent permanente mais aussi temporaire^[32], à partir de la prolifération de cémentoblastes^[8, 36].

Le premier cas présente un tableau radioclinique «typique», notamment en ce qui concerne l'âge de découverte, la localisation, la symptomatologie et l'aspect radiologique^[36, 8, 2, 31].

■ clinique

L'âge moyen de découverte est compris entre 20 et 35 ans. Cette découverte relativement tardive peut être expliquée par la lenteur d'évolution du processus et sa pauvre symptomatologie amenant les malades à consulter tardivement, au stade de déformation ou suite à une symptomatologie douloureuse par phénomène de compression nerveuse^[8].

Au maxillaire, le développement de la lésion au niveau des structures aériques explique sa découverte encore plus tardive, souvent à un stade déjà volumineux vu les possibilités d'extension sans manifestation apparente^[31].

La localisation préférentielle est le secteur prémolo-molaire mandibulaire^[8, 42]. Nos deux cas le confirment.

La symptomatologie d'appel se résume souvent à une déformation osseuse et/ou une douleur^[35]. Dans le premier cas, la tuméfaction et la douleur à la mastication ont motivé la consultation. Dans le second, c'était la douleur et la paresthésie labio-mentonnaire. La présence de ce signe de compression nerveuse, malgré la taille relativement petite de la lésion, pourrait s'expliquer par la proximité avec le canal mandibulaire dans cette région de la mandibule^[8].

Il a été rapporté dans littérature que «la tumeur étant ancrée à la dent, le mouvement de l'ensemble, sous l'effet des forces masticatoires ou toute autre pression, exacerbe la douleur et entretient l'inflammation»^[28, 42]. Le premier cas illustre bien ce phénomène.

La vitalité pulpaire était conservée dans les deux cas, ce qui coïncide avec les données de la littérature^[8, 13, 18].

D'autres signes dentaires ont été notés : mobilité en bloc de deux dents adjacentes (1^{er} cas) et malposition dentaire (2^e cas).

■ radiologie

L'aspect radiologique du cémentoblastome étant très évocateur^[20, 9, 33], l'imagerie s'avère indispensable pour établir le diagnostic.

Au stade radioclaire du début, la lésion passe souvent inaperçue car, autant elle est jeune, autant la clinique est muette. La découverte se fait plutôt à un stade avancé qui est alors radio-opaque ou mixte^[11]. Les deux cas le confirment.

La tonalité est cémentaire, soit homogène (2^e cas) ; soit avec un dessin radiaire plus caractéristique (1^{er} cas).

Dans les deux cas, la lésion a des limites nettes, bien précises, et se démarque de l'os adjacent par un halo radioclaire périphérique qui représente un tissu lésionnel jeune non minéralisé^[36, 8].

Par ailleurs, une surinfection peut rendre les limites floues et très irrégulières. Dans ce cas, une confrontation radioclinique s'impose afin d'éviter un diagnostic par excès en suspectant une tumeur maligne.

La forme arrondie commune a été retrouvée dans les deux cas ; cependant, une forme irrégulière a été décrite dans la littérature, mais reste rare^[8].

Le cémentoblastome présente un potentiel de croissance lent et stable, et peut atteindre une taille considérable. Mais il est généralement découvert à un stade beaucoup moins avancé que le fibrome cémento-ossifiant ou la dysplasie fibreuse^[5, 21, 24, 26].

La prédominance est pour les tailles moyennes, variant de 1 à 3 cm (premier et deuxième cas).

La fusion intime avec une ou plusieurs racines dentaires est un élément capital permettant d'orienter le diagnostic et d'éliminer d'autres entités tumorales d'aspect radiologique et/ou histologique semblable[8, 13, 25, 31].

Cette fusion a été retrouvée dans nos deux cas avec une résorption radiculaire des racines en question.

Cependant des cas sans association avec élément dentaire ont été rapportés. Deux hypothèses pourraient l'expliquer : il s'agit soit d'une lésion résiduelle laissée en place après extraction dentaire, laquelle a eu lieu avant calcification complète de la tumeur (qui continue à évoluer pour son propre compte), soit d'une prolifération de reliquats histologiques d'une dent avortée, comme c'est le cas pour les autres tumeurs odontogéniques[43].

Il a été montré que les calcifications au sein de la tumeur prennent naissance à partir de l'apex et convergent vers la périphérie, la tumeur augmente alors progressivement de volume jusqu'à fusionner parfois avec les racines adjacentes[9, 20].

La radiographie panoramique était très évocatrice dans les deux cas. Ce qui a permis d'éliminer une dysplasie cémentaire périapicale, une dysplasie cémento-osseuse focale, une ostéite sclérosante focale ou encore une hypercémentose[10, 23, 29, 30, 41].

Le mordru a mis en évidence les signes d'expansion et de déformation corticale (premier cas) signalant ainsi la présence d'un processus tumoral vrai[9].

Dans le deuxième cas, la tomodensitométrie a trouvé son indication en raison de la proximité de la lésion avec le canal mandibulaire.

■ histologie

L'imagerie constitue un maillon indispensable, mais ne permet pas à elle seule de poser le diagnostic. Le recours à l'examen anatomopathologique reste le moyen le plus fiable pour avancer un diagnostic précis. Cependant la confusion est assez fréquente, surtout quand certains aspects histologiques font défaut. Le diagnostic différentiel peut se poser alors avec un ostéoblastome ou un ostéome ostéoïde[19, 34, 38, 40]. Ceci va même au-delà des lésions bénignes et un ostéosarcome peut être évoqué à tort[6, 4, 31].

Les critères histologiques majeurs caractérisant un cémentoblastome sont :

- la présence de plages de tissu pseudo-cémentaire traversées par des lignes d'apposition basophiles ayant l'allure d'un ciment cellulaire secondaire ;
- la présence d'éléments cellulaires vasculaires et fibrillaires au sein de cette matrice calcifiée ;
- la présence de cémentoblastes entourant les travées de ciment en activité, voire de cémentoclastes ;
- la soudure histologique à une racine dentaire souvent résorbée.

Enfin, l'examen anatomopathologique seul, même laborieux, n'apporte pas d'arguments diagnostiques formels. La triade clinique – imagerie – histologie reste le moyen le plus sûr pour aboutir au bon diagnostic et éviter des conséquences thérapeutiques parfois désastreuses (résection délabrante...).

■ évolution et conduite thérapeutique

Un traitement radical est souvent indiqué avec :

- extraction de la ou les dents fusionnées à la tumeur. Dans le premier cas, la fusion de la 45 et de la 46 à la masse calcifiée n'a pas permis de discuter un traitement conservateur. En effet, les trois éléments ont été débloqués en masse en un seul temps. Il en est de

- même pour la 38 dans le deuxième cas ;
- énucléation de la lésion (premier cas) ou résection – exérèse (deuxième cas). Si la capsule fibreuse persiste, elle constitue un véritable plan de clivage facilitant davantage l'énucléation[8] ;
- curetage soigneux de la cavité résiduelle[7, 36, 14].

L'évolution étant favorable pour les 2 cas, une surveillance clinique et radiologique a été maintenue. Il n'y a pas eu de récurrence.

conclusion

L'apport de l'imagerie, qu'elle soit standard ou tomodensitométrie, est indéniable. En effet, les clichés radiologiques restent la piste la plus élémentaire qu'on doit emprunter après la récolte des données anamnestiques et cliniques pour aboutir à un diagnostic précis avant l'inévitable conclusion anatomo-pathologique.

La décision thérapeutique doit être bien réfléchie, ou mieux radicale, pour éviter la récurrence décrite dans la littérature comme assez fréquente[7, 8, 15, 27].

Nous soulignons enfin le rôle de l'odontostomatologiste dans le dépistage précoce de ce type de lésion. Il devrait être capable de déceler et d'examiner toute déformation des maxillaires, même si elle ne constitue pas le motif de la consultation et de détecter les images radiologiques suspectes. Ceci permettrait une prise en charge précoce et éviterait d'éventuelles complications[1, 2, 16, 17, 22, 39].

bibliographie

1. Abdelsayed RA, Eversole LR, Singh BS, Scarbrough FE.
Gigantiform cementoma: Clinicopathologic presentation of three cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;91:438-444.
2. About A, Adnet JJ, Ducrot G, Lefèvre B.
Localisation particulière d'un cémentoblastome bénin mandibulaire : observation d'un cas.
Med Buccal Chir Bucc 1995; 1:43-46.
3. Arijji Y, Arijji E, Higuchi Y, Kubo S, Nakayama E, Kanda S.
Florid cemento-osseous dysplasia: Radiographic study with special emphasis on computed tomography.

- Oral Surg Oral Med
Oral Pathol 1994;78:
391-396.
4. Arzate H, Jimenez-Garcia LF, Alvarez-Pérez MA, Landa A, Bar-Kana I, Pitaru S.
Immunolocalization of a human cementoblastoma-conditioned medium-derived protein.
J Dent Res 2002;81: 541-546.
 5. Ben Alaya T, Sioud S, Ben Khélifa M, Hamdi MH.
Fibrome cémento-ossifiant du sinus maxillaire : à propos d'un cas.
Actual Odontostomatol 2005;230:1-18.
 6. Bianchi SD, Boccardi A.
Radiological aspects of osteosarcoma of the jaws.
Dentomaxillofac Radiol 1999;28:42-47.
 7. Biggs JT, Bennati FW.
Surgically treating a benign cementoblastoma while retaining the involved tooth.
J Am Dent Assoc 1995;126: 1288-1290.
 8. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM, Corio RL.
Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicoradiopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93:311-320.
 9. Cavezian R, Pasquet G, Bel G, Baller G.
Imagerie dento-maxillaire (2^e éd.).
Paris : Masson, 2001.
 10. Eversole LR, Stone CE, Strub D.
Focal sclerosing osteomyelitis/focal periapical osteopetrosis: Radiographic patterns.
Oral surg 1984;58:456-460.
 11. Fantasia JE, Damm DD.
Mandibular radiopacities cementoblastoma.
Gen Dent 2002;50: 202-204.
 12. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Fleuridas G, Le Charpentier Y.
Tumeurs et pseudotumeurs non odontogéniques bénignes des maxillaires.
Éditions Techniques - Encycl Med Chir (Paris, France), Stomatologie, Odontologie, 22-062-H-10, 1995, 11 p.
 13. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y.
Tumeurs odontogéniques.
Éditions Techniques - Encycl Med Chir (Paris, France), Stomatologie, Odontologie, 22-062-F-10, 1995, 10 p.
 14. Favre-Dauvergne E, Guilbert F.
Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires.
Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Stomatologie, Odontologie, 22-062-K-10, 1996, 9 p.
 15. Fujita S, Takahashi H, Okabe H, Watanabe C, Sonobe H.
A case of benign cemento-blastoma.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:64-68.
 16. Gariba-Silva R, Sousa-Neto MD, Carvalho JR, Saquy PC, Pécora JD.
Periapical cemental dysplasia: case report.
Braz Dent J 1999;10:1-60.
 17. Gass M, Schlepp O, Boukari A.
La radiographie panoramique systématique en pathologie bucco-dentaire : résultat d'enquête épidémiologique.
Med Bucc Chir Bucc 1996; 2:52.
 18. Goerig AC, Fay JT, King E.
Endodontic treatment of a cementoblastoma: report of a case.
Oral Surg 1984;58:133-136.
 19. Gordon SC, McIntosh RB, Wesley RO.
A review of osteoblastoma and case report of metachronous osteoblastoma and unicystic ameloblastoma.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;91:570-575.
 20. Guilbert F, Chomette G, Le Charpentier, Auriol M.
Les tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires.
Rev Stomatol Chir Maxillofac 1993;94:197-265.
 21. Hall EH, Naylor GD, Mohr RW, Warnock GR.
Early aggressive cemento-ossifying fibroma: A diagnostic and treatment dilemma.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;63:132-136.
 22. Hwang EH, Kim HW, Kim KD, Lee SR.
Multiple cemento-ossifying fibroma: report of 18-year follow-up.
Dentomaxillofac Radiol 2001;30:230-234.
 23. Larroque G, Cantaloube D, Ndiaye R, Sans H.
Les aspects radiologiques du cémentome géant des maxillaires (Pindborg).
Actual Odontostomatol 1990;169:95-100.

24. Libersa P, Dumousseau T, Farre-Oustelandt I, Jacobowicz G, Lecomte-Houcke M.
Fibrome cémentifiant du maxillaire.
Actual Odontostomatol 1999;207:275-280.
25. Martin-Duverneuil N, Choufa A, Guilbert F, Favre-Dauvergne E, Roisin-Chausson M.
Pathologie tumorale. In : Martin-Duverneuil N, Chiras J, eds. Imagerie maxillo-faciale.
Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 1997:85-169.
26. Maksoud C, Laujac MH, Princ G, Choubaya C, Piral T.
Fibrome cémento-ossifiant ou dysplasia fibreuse ? A propos d'un cas.
Actual Odontostomatol 2000;211:287-292.
27. McDonald-Jankowski DS, Wu PC.
Cementoblastoma in Hong Kong Chinese: A report of four cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;73: 760-764.
28. McDonald-Jankowski DS.
Fibro-osseous lesions of the face and jaws.
Clin Radiol 2004;59:11-25.
29. Monahan R.
Periapical and localized radiopacities.
Dent Clin North Am 1994; 38:113-136.
30. Napier Souza I, Meonteiro Lima Junior S, Garcia Santos Pimenta FJ, Rodrigues Antunes Souza AC, Santiago gomez R.
Atypical hypercementosis versus cementoblastoma.
Dentomaxillofac Radiol 2004;33:267-270.
31. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y, Nagasaka H, Kawamura H, Ooya K.
Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth: Report of case with review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97:53-58.
32. Papageorge MB, Cataldo E, Nghiem FTM.
Cementoblastoma involving multiple deciduous teeth.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;63:602-605.
33. Pasler FA.
Atlas de médecine dentaire : Radiologie.
Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 1994.
34. Philipsen HP, Reichart PA.
Calcifying epithelial odontogenic tumor: biological profile based on 181 cases from the literature.
Oral Oncol 2000;36:17-26.
35. Piette E, Hustin G.
Tumeurs d'origine dentaire. In : Piette E, Goldberg M, eds. La dent normale et pathologique (1^{re} édition).
Bruxelles : De Boeck Université, 2001:323-371.
36. Pynn BR, Sands TD, Bradley G.
Benign cementoblastoma: A case report.
J Can Dent Assoc 2001;67: 260-262.
37. Reyckler H.
Pathologie des maxillaires. In : Piette E, Reyckler H, eds. Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale.
Bruxelles : De Boeck Université, 1991:1332-1436.
38. Samson J, Kuffer R, Bernard JP, Fiore-Donno G.
Ostéoblastome des maxillaires : deux observations et revue de la littérature.
Rev Stomatol Chir Maxillofac 1985;86:285-293.
39. Savane S, Pajoni D, Doyon D.
Dysplasie cémentaire périapicale.
Inf Dent 1995;23:1735-1737.
40. Slootweg PJ.
Cementoblastoma and osteoblastoma: A comparison of histological features.
J Oral Pathol Med 1992; 21:285-289.
41. Summerlin DJ, Tomich CE.
Focal cemento-osseous dysplasia: A clinic pathologic study of 221 cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;78:611-620.
42. Ulmanky M, Hjorting-Hansen E, Praetorius F, Fazul Haque M.
Benign cementoblastoma: A review and five new cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:48-55.
43. Vanderwal I, Baart JA, Lekkas C.
Residual cementoblastoma of the mandible.
J Oral Pathol Med 1991; 20:300-302.
44. Veillon F, Moulin G, Bourjat P.
Imagerie actuelle et perspectives dans la pathologie tumorale maxillo-mandibulaire.
Med Bucc Chir Bucc 1996; 2:47.

SUMMARY

Cementoblastoma: about two cases

MH. HAMDI, W. HASNI, M. BEN KHELIFA, T. BEN ALAYA

The cementoblastoma, the only true cemental tumor, is a rare neoplasm of odontogenic ectomesenchyme origin, characterized by proliferating cementum-like tissue occurring in juxtaposition of tooth roots with authentic functional and active cementoblasts.

The lesion is frequently associated with swelling and/or mild pain.

The treatment must be radical and consists in extraction of the involved tooth along with extirpation of the tumor.

This work is illustrated by two clinical cases brought together in the Service of Oral Medicine and Oral surgery of the Academic Dental Clinic of Dentistry of Monastir.

keywords: cementoblastoma, fusion tooth-tumor, radiology, radical treatment.