

Éruption d'un odontome complexe

RÉSUMÉ



Aicha ZAGHBANI

Assistante hospitalo-universitaire
en médecine et chirurgie buccales,
Service de médecine dentaire,
Hôpital Universitaire Farhat Hached,
rue Taher Sfar,
Sousse 4000 Tunisie.

Souha BEN YOUSSEF

Professeur chef d'unité de médecine
et chirurgie buccales,
Service de médecine dentaire,
EPS Farhat Hached,
Sousse, Tunisie.

Kawthar SOUID

Assistante hospitalo-universitaire
en médecine et chirurgie buccales,
Service de médecine dentaire,
EPS Farhat Hached,
Sousse, Tunisie.

Wafa HASNI

Assistante hospitalo-universitaire
en médecine et chirurgie buccales,
Service de médecine dentaire,
EPS Farhat Hached,
Sousse, Tunisie.

Chedly BACCOUCHE

Chef de service de médecine dentaire,
EPS Farhat Hached,
Sousse, Tunisie.



Les odontomes sont généralement asymptomatiques et souvent diagnostiqués de façon fortuite lors d'un examen radiologique de routine. Leur éruption en bouche est rare. Les auteurs rapportent un cas rare d'éruption d'un odontome complexe qui a occasionné des remaniements inflammatoires douloureux et des infections récurrentes qui ont abouti à une fistulisation et une extériorisation tumorale.

Mots clés

- odontome
- néoplasie mandibulaire
- radiographie
- diagnostic
- surinfection

AOS 2010;249:81-87
DOI: 10.1051/aos/2010107
© AEOS / EDP Sciences

Introduction

> Les odontomes résultent d'anomalies de développement, ce sont des malformations dentaires habituellement classées parmi les tumeurs odontogéniques. Ils posent peu de problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Selon leurs localisations, ils sont sou-

vent responsables d'un retard d'éruption dentaire. Rarement, et surtout à l'âge adulte, ils peuvent occasionner des remaniements inflammatoires douloureux et une surinfection qui peut aboutir à une fistulisation et une extériorisation tumorale.

Observation

Une femme âgée de 32 ans, en bon état de santé général, nous a consultés pour une supuration chronique de la région molaire mandibulaire droite, évoluant depuis deux ans, traitée médicalement avec des améliorations et des rechutes successives.

L'examen clinique exobuccal a montré une tuméfaction angulaire droite recouverte par une peau saine, douloureuse, faisant corps avec l'os, et une adénopathie submandibulaire droite d'allure inflammatoire. L'examen clinique endobuccal a retrouvé une structure

minéralisée jaunâtre, exposée dans la cavité orale à l'emplacement de la dent de sagesse mandibulaire droite cliniquement absente et un aspect inflammatoire de la muqueuse environnante. À la palpation, on a noté une tuméfaction vestibulaire dure, douloureuse dont la pression a fait sourdre un écoulement purulent.

L'examen radiologique, comportant un cliché panoramique dentaire (**fig. 1**) et un cliché face basse (**fig. 2**), a montré une masse radio-opaque ronde, assez homogène, bien limitée,

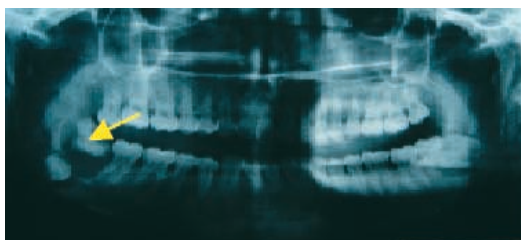


Fig. 1 L'odontome s'articule avec la dent de sagesse supérieure qui laisse son empreinte (↖) à son niveau et la rétention de la dent de la 48.



Fig. 2 Trajet discontinu du canal mandibulaire.



Fig. 3 Site opératoire montrant la cavité osseuse résiduelle.



Fig. 4 Pièce opératoire et dents extraites.



Fig. 5 Contrôle radiologique, 15^e jour postopératoire.



Fig. 6 Début de cicatrisation osseuse après 3 mois.

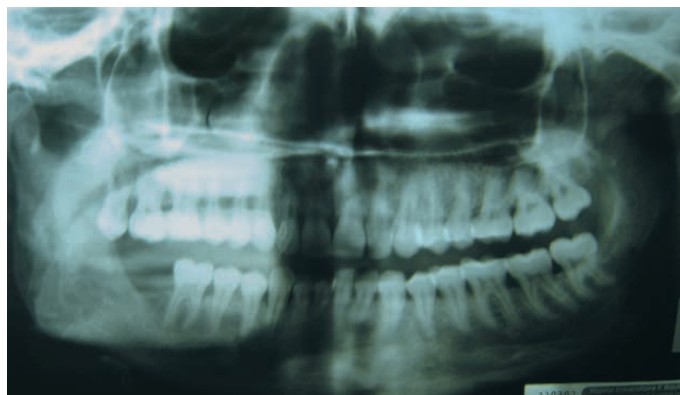


Fig. 7 Contrôle radiologique après 6 mois montrant la réossification du site.

de tonalité dentaire au même niveau occlusal que la 37, entourée d'une zone radio-claire correspondant à l'alvéolyse consécutive aux différentes poussées infectieuses. La dent de sagesse mandibulaire droite étant refoulée très bas au niveau de l'angle mandibulaire, le diagnostic d'un odontome complexe infecté faisant éruption en bouche a été posé.

Le traitement chirurgical entrepris sous anesthésie locale et par voie endobuccale a comporté l'exérèse de la tumeur, l'extraction de la 48, 47 et un curetage soigneux du tissu de granulation périlésionnel (**fig. 3**). En peropératoire, le nerf mandibulaire a été visualisé. Un régime liquide pendant 15 jours, suivi d'un

mois d'alimentation molle, a été conseillé afin d'éviter la fracture de l'angle mandibulaire fragilisé.

Les suites opératoires ont été marquées par une hypoesthésie labiomentonnaire progressivement résolutive au bout de huit mois. La pièce opératoire (**fig. 4**) a été adressée pour examen anatomopathologique. L'aspect était compatible avec celui d'un odontome complexe, tous les tissus dentaires (émail, ciment, dentine, pulpe) y sont présents mais disposés de façon anarchique avec un tissu inflammatoire très abondant. Les contrôles radiologiques successifs (**fig. 5, 6, 7**) ont montré une réossification progressive du site d'extraction.

Discussion

Les odontomes ne sont pas d'authentiques tumeurs, ce sont plutôt des anomalies de développement des organes dentaires considérées comme des hamartomes [1]. Les odontomes complexes se situent plus fréquemment dans les secteurs cuspidés mandibulaires alors que les odontomes composés trouvent leur localisation élective au niveau du secteur incisivo-canin maxillaire [2]. Ce sont des entités pathologiques classiquement asymptomatiques, elles peuvent être responsables de malocclusion, de tuméfaction, beaucoup plus rarement d'hypoesthésie labiomentonnaire. La majorité des odontomes est associée à une dent impactée [3], comme c'est le cas de notre patient chez qui l'odontome a empêché la dent de sagesse de faire son éruption. La douleur est généralement le témoin d'une surinfection quand l'odontome fait éruption en bouche. En effet quand l'odontome franchit la muqueuse orale, il se produit une infiltration microbienne de l'os à cause de l'absence du liga-

ment parodontal [4], d'autant plus qu'une grande partie de l'os est remplacée par un tissu minéralisé avasculaire. L'âge de découverte de ces hamartomes se situe surtout avant 20 ans [5] mais, du fait de leur quiescence, des découvertes tardives ne sont pas rares, c'est le cas de notre patiente. Dans notre cas, les circonstances de découverte ont été la surinfection et la suppuration qui ont abouti à une extériorisation tumorale.

Sur le plan radiologique, l'odontome complexe se présente sous la forme d'une radio-opacité de densité supérieure à celle de l'os, et supérieure ou égale à celle des dents avec des foyers de densité variable. Un halo radio-clair entoure cette masse calcifiée, le tout étant cerné par un fin liseré de condensation périphérique [3]. Dans notre observation, la radio-opacité est entourée par une large plage ostéolytique qui reflète la résorption osseuse secondaire aux surinfections répétées. L'os résorbé est remplacé par un tissu inflamma-

toire comme l'a confirmé l'examen histologique.

Pendant son évolution, un odontome complexe prend différents aspects radiologiques en fonction de son niveau de maturation. Au début, il est radio-clair, car il n'y a pas encore de formation de tissus dentaires minéralisés. Puis il passe par un stade intermédiaire, il se présente sous la forme d'une image radio-claire parsemée de multiples foyers radio-opaques. Enfin il est complètement radio-opaque, ce qui témoigne d'une calcification totale.

Dans ce cas précis, un examen tomodynamométrique aurait été utile pour cette patiente, pour mieux localiser le canal mandibulaire par rapport à la tumeur et évaluer le degré d'atteinte du bord basilaire étant donné la position très basse de la dent de sagesse empêchée d'évoluer par la tumeur, mais il n'a pas été fait, faute de moyens.

Dans notre observation, l'odontome est au stade de maturation, il pose le diagnostic différentiel avec le cémentoblastome, l'ostéome ostéoïde et les lésions fibro-osseuses tel que le fibrome cémento-ossifiant. Le cémentoblastome se présente sous forme d'une masse radio-opaque, bien limitée, appendue à l'apex d'une dent généralement vivante. Le fibrome ossifiant est constitué par une image radio-claire avec des plages de calcifications qui augmentent de taille au fur et à mesure que la tumeur devient mature. Il n'y a pas de halo radio-clair périphérique, mais l'aspect est diffus, sans limite nette avec l'os sain avoisinant [7, 8].

Le traitement comporte l'exérèse de l'odontome avec curetage soigneux du tissu périlésionnel, et ce pour éviter une dégénérescence kystique du tissu résiduel. L'association d'un odontome avec un kyste dentigène, un kératocyste et un kyste odontogénique calcifié a été

décrite [9]. Il n'y a pas de récurrence mais une surveillance radiologique s'impose jusqu'à cicatrisation de l'os.

L'éruption d'un odontome aussi bien complexe que composé est rare [4]. La douleur et la tuméfaction sont les symptômes qui accompagnent généralement cette éruption. Une fois sur l'arcade, la tumeur va occasionner des infections récurrentes [10], ce qui a été le cas de notre patiente.

L'étiopathogénie des odontomes est encore mal élucidée, ils semblent avoir le même facteur déclenchant que les dents surnuméraires puisqu'ils se ressemblent sur le plan histologique. Les odontomes composés sont des structures plus différenciées que les odontomes complexes, les dents surnuméraires le sont beaucoup plus. Histologiquement, les tissus dentaires minéralisés normaux et un tissu conjonctif pulpaire sont disposés de façon anarchique dans les odontomes complexes. Ces mêmes tissus ont une disposition plus structurée sous forme de petites dents dans les odontomes composés. Une dent surnuméraire est semblable à son homologue normal en tout point [2].

On a incriminé les antécédents de traumatisme et d'infection dans la genèse des odontomes. Un cas d'odontome composé avec antécédent de traumatisme dans la région antérieure chez un enfant de 10 ans a été rapporté [11, 12]. En outre, des malformations des dents permanentes ont été décrites après mutilations traditionnelles des dents temporaires en Afrique noire [13]. Hitchin [14] suggère une origine génétique par mutation du gène responsable du contrôle du développement dentaire, une mutation a priori postnatale, d'autant plus que les odontomes font partie du tableau de certains syndromes héréditaires (syndrome de Gardner, syndrome de Hermann).

Le mécanisme d'éruption des odontomes semble être différent de celui des dents à cause de l'absence du ligament parodontal dont les fibroblastes contractiles engendrent les mouvements d'ascension de la dent dans l'os. La séquestration de l'os par-dessus l'odontome au fur et à mesure que celui-ci augmente de taille pourrait être responsable de la migration occlusale de l'odontome [13]. Le remode-

lage osseux pourrait également jouer un rôle dans cette éruption [4]. Le temps mis par l'odontome pour faire son éruption est très variable et la date de cette éruption est imprévisible, mais elle se fait généralement à l'âge adulte. La résorption de l'os alvéolaire édenté pourrait contribuer à cette éruption relativement tardive.

Conclusion

Le traitement des odontomes complexes repose sur l'exérèse suivie d'un examen anatomopathologique systématique. Car si l'on peut se passer de cet examen pour les odontomes composés [2], il s'avère indispensable pour leurs homologues complexes. Il permet de confirmer le diagnostic et d'écartier les autres tumeurs posant le diagnostic différentiel avec cette entité pathologique. Dans ce cas précis, il nous a permis en plus d'éliminer l'association d'une lésion kystique suspectée

à la radiographie. Les récurrences sont exceptionnelles et sont généralement dues à une exérèse incomplète d'une tumeur immature, qui laisse en place des éléments améloblastiques correspondant à la maturation incomplète de la tumeur, source de récurrences ou d'enkystement ultérieur. Des contrôles radiologiques sont nécessaires jusqu'à la réossification totale du site opératoire, c'est la meilleure garantie du succès du traitement chirurgical. ■

Bibliographie

1. Asquinazi M, Monteil R. **Odontome composé en denture temporaire.** Act Odonto Stomatol 2003;222:127-9.
2. Lesclous P, Martineau C. **Dents surnuméraires et odontomes : conduite à tenir.** Réalités cliniques 1995;vol 6(3):341-349.
3. Chang JY, Wang JT, Wang YP *et al.*
4. Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. **Large erupting complex odontoma: a case report.** J Can Dent Assoc 2007;(73):2.
5. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y. **Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases.** J Formos Med Assoc 2003;102:876-882.
6. Junquera L, De Vincente JC, Roig P, Olay S, Rodriguez-Recio O. **Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: an unusual pathology.** Med Oral Patol Oral Cir Bucc 2005;10(3):248-51.

7. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J.
Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features.
Quintessence Int 2004;35(8):641-5.
8. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytes L, Gay Escoda C.
Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma.
Med Oral 2003;8(5):366-73.
9. Kaugers G, Miller M, Abbey L.
Odontomas.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;67:172-176.
10. Ferrer Ramirez M, Silvestre Donat F, Torres-Gomez FJ, Avella-Vecino F, Salazar-Fernandez C.
Recurrent infection of a complex odontoma following eruption in the mouth.
Med Oral 2001;6:269-275.
11. Samano Iturria G, Cedeno Pacheco E.
Compound odontoma with history of trauma: a report of a case.
Pract Otol 1988;9:18-20.
12. Nelson-Filho P, Silva R, Faria G, Freitas AC.
Odontoma-like malformation in a permanent maxillary central incisor subsequent to trauma to the incisor predecessor.
Dent Traumatol 2005;21:309-312.
13. Amailuk P, Gruber D.
Erupted compound odontoma: case report of 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation.
Brit Dent J 2008;204:11-14.
14. Hitchin AD.
The aetiology of the calcified composite odontomes.
Brit Dent J 1971;130(11):475-82.
15. Ragalli CC, Ferreria JL, Blasco F.
Large erupting complex odontoma.
Int J Oral Maxillofac Surg 2000;29(5):373-4.

Eruption of a complex odontoma

Aicha ZAGHBANI,
Souha BEN YOUSSEF,
Kawthar SOUID,
Wafa HASNI,
Chedly BACCOUCHE

Odontoma are usually asymptomatic and are often diagnosed during routine radiography. Their eruption is uncommon in the mouth. The authors report a rare case of an erupting complex odontoma that caused inflammation, pain and recurrent infections which lead to its fistulisation and eruption.

Keywords

- odontoma
- mandibular neoplasm
- radiography
- diagnosis
- surinfection