

PRESENTATION D'UN CAS MANDIBULAIRE



Bischof M <sup>1,2</sup>, Jaques B <sup>3</sup>, Beyer S <sup>1</sup>, Samson J <sup>2</sup>, Nedir R <sup>1,2</sup>, Lombardi T <sup>4</sup>

- <sup>1</sup> CdC Clinique Dentaire de Chauderon SA, Swiss Dental Clinics Group, Lausanne, Suisse  
<sup>2</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Ecole de Médecine Dentaire, Université de Genève  
<sup>3</sup> Division de Chirurgie Maxillo-faciale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne  
<sup>4</sup> Laboratoire d'Histopathologie Buccale, Ecole de Médecine Dentaire, Université de Genève



INTRODUCTION

L'ostéoblastome est une tumeur osseuse primitive de localisation habituellement médullaire. Il représente environ 1% de toutes les tumeurs osseuses; 10% des ostéoblastomes intéressent les os de la face, surtout la mandibule, particulièrement le ramus. Il est observé généralement chez des sujets jeunes (20-30 ans), plus fréquemment chez l'homme (2:1). Il se révèle par des douleurs persistantes d'apparition spontanée, exacerbées par la palpation, ou par une tuméfaction qui précède parfois l'apparition des douleurs.

Initialement, il se traduit par une lésion ostéolytique arrondie dans laquelle vont apparaître plus tard des calcifications d'importance variable. La limite est quelquefois soulignée par un liseré sclérotique. L'examen microscopique montre au centre de la lésion le «nidus», représenté par des travées ostéïdes entourées d'ostéoblastes volumineux, souvent disposés en petits amas dans un stroma bien vascularisé et, en périphérie, des travées ostéïdes qui fusionnent avec l'os voisin normal. D'autres lésions comme le fibrome ossifiant, la

dysplasie ostéo-fibro-cémentaire focale, le cémentoblastome et l'ostéosarcome peuvent avoir un aspect clinique et radiologique similaire. Par ailleurs, ces mêmes lésions sont souvent discutées dans le diagnostic différentiel histopathologique. L'importante cellularité et, dans certains cas, la présence de cellules avec des atypies sont probablement à l'origine de confusion avec l'ostéosarcome. Les auteurs rapportent un cas d'ostéoblastome mandibulaire chez une femme noire.

OBSERVATION CLINIQUE

Une patiente, âgée de 27 ans, consulte en juillet 1999 pour une carie perforante sur la 36, ce qui nécessite la réalisation d'un traitement endodontique. En février 2005, une lésion radioclaire bien limitée, faiblement trabéculée, de 7 mm de Ø est découverte fortuitement à l'apex de la racine mésiale de la 36. Il n'y a ni résorption radiculaire, ni déplacement dentaire

et ni érosion osseuse. Une révision endodontique est effectuée. En juin 2005, le contrôle radiographique montre que la tumeur a doublé de volume (13 mm de Ø). Une résection apicale et un prélevement de la zone centrale de la lésion sont réalisés. L'examen histopathologique montre sur l'apex de la

36 une discrète hypercémentose et plusieurs fragments d'os spongieux ou lamellaire, vivant, dépourvu de cellules inflammatoires. Les espaces médullaires sont très vascularisés avec par endroits de nombreux ostéoblastes groupés en amas. Cet aspect est caractéristique d'un ostéoblastome.



Juillet 1999



Février 2005



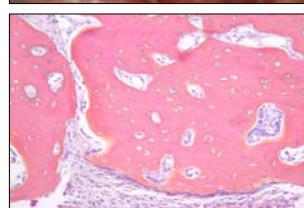
Juin 2005

TRAITEMENT ET DIAGNOSTIC DEFINITIF

En octobre 2005, l'exérèse chirurgicale totale est effectuée par la résection d'un bloc radiculo-osseux de 15x15x10 mm. L'examen histopathologique montre, au centre de la pièce d'exérèse, une zone correspondant à la

biopsie précédente qui donne un aspect de réparation osseuse (multiples travées d'os fibreux anastomosées avec des ostéocytes dans leur logette). Les espaces entre les travées sont occupés par une moelle riche en vaisseaux.

Il existe localement des liserés d'ostéoblastes mais pas d'amas, comme dans l'ostéoblastome qui constitue le reste de la tumeur. Le cément radiculaire est séparé de l'ostéoblastome par un desmodonte normal.



Résection d'un bloc radiculo-osseux de 15x15x10 mm

COMMENTAIRES

L'exérèse chirurgicale en bloc donne moins de récidence que l'énucléation-curetage.

La confrontation des données clinico-radiologiques et histopathologiques est indispensable pour

arriver au diagnostic d'ostéoblastome et ne pas le confondre en particulier avec un ostéosarcome.