

Observation clinique

Ostéome périphérique sur le procès alvéolaire maxillaire

Monia Omezzine^{1,*}, Lamia Oualha², Habib Khochtal¹

¹ Service de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

² Service de Stomatologie CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

(Reçu le 20 mai 2011, accepté le 16 juin 2011)

Mots clés :
néoplasie osseuse /
ostéome périphérique /
maxillaire

Résumé – Les ostéomes sont des néoplasies bénignes, caractérisés par une prolifération de tissu osseux spongieux et/ou compact. Ils peuvent être solitaires ou multiples. Les ostéomes solitaires périphériques intéressent rarement les maxillaires, excepté le sinus. Seulement neuf cas d'ostéome du procès alvéolaire maxillaire ont été rapportés dans la littérature. Ils se manifestent comme une tuméfaction asymptomatique, ferme, sessile ou pédiculée. L'imagerie oriente le diagnostic en montrant une image radio-opaque bien circonscrite.

Nous rapportons le cas d'un ostéome volumineux pédiculé du procès alvéolaire maxillaire.

Key words:
bony neoplasm /
peripheral osteoma /
maxillary

Abstract – Peripheral osteoma of maxillary alveolar process. Osteomas are benign neoplasms characterized by proliferation of cancellous and/or compact bone. Peripheral osteomas of the oral cavity are unusual and the maxilla is rarely affected except in sinuses. They manifest as asymptomatic, tumor of bony hard consistency that may be sessile or pedunculated. Appearance in imagery consists of a well-circumscribed radioopaque mass that is microscopically composed of cancellous or trabecular bone. In the literature, only nine cases of maxillary osteoma involved the alveolar process.

We report a case of large osteoma, pedicled on the left side of the palatal alveolar process of the maxilla, which fills the shape of the palatal vault.

Les ostéomes constituent des néoplasies bénignes relativement rares, caractérisées par une prolifération de tissu osseux spongieux et/ou compact [1, 2]. Ils sont de trois types : périphériques, centraux ou extra-squelettiques [3, 4]. Les ostéomes périphériques, qui sont beaucoup plus fréquents que les ostéomes centraux (ratio 14/1) [4], se développent à partir du périoste. Les ostéomes maxillaires périphériques sont rares [3-8], surtout les ostéomes du procès alvéolaire maxillaire (9 cas dans la littérature) [3]. Cliniquement, les ostéomes périphériques sont asymptomatiques et surtout caractérisés par l'apparition progressive d'une tuméfaction isolée [3]. L'imagerie montre souvent une lésion radio-opaque qui est bien limitée [6-8]. Le CT-scan reste le meilleur moyen d'exploration des ostéomes [6-8].

Histologiquement, le diagnostic d'ostéome est simple [8]. L'évolution est généralement simple avec une absence de récurrence après exérèse chirurgicale [7].

Le but de cet article est de présenter le cas d'un volumineux ostéome du procès alvéolaire maxillaire.

Observation

Une patiente de 17 ans s'est présentée avec une tumeur palatine, évoluant depuis 3 ans, responsable d'une gêne lors de l'alimentation et de troubles de la phonation. Cette tumeur est constituée par une masse pédiculée, implantée en regard des 25 et 26 (dont la vitalité est normale), mesurant 30 × 50 mm, recouverte par une fibromuqueuse, blanchâtre. Cette tumeur indolore, de consistance ferme, comble totalement la voûte palatine (Fig. 1). Une radiographie en incidence de Blondeau a montré l'absence de comblement sinusien. Le CT-scan a montré une masse osseuse, pédiculée, fixée sur le versant palatin du rebord alvéolaire, avec liseré de condensation périphérique (Figs. 2 et 3). Un examen orienté a permis d'éliminer un syndrome de Gardner.

Pour l'exérèse de la tumeur, on a réalisé une ostéotomie du pédicule au ras de l'os alvéolaire ; le pédicule mesurait 10 mm de diamètre (Fig. 4). Les suites ont été simples et il n'y a pas eu de récurrence (contrôles annuels avec un recul de 4 ans).

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic : ostéome cortico-spongieux recouvert par une muqueuse malpighienne d'aspect normal.

* Correspondance : omezzinemonia@hotmail.com



Fig. 1. Tumeur comblant complètement la voûte palatine avec un pédicule d'implantation dans la région molaire postérieure gauche, recouverte par une fibromuqueuse d'aspect normal.

Fig. 1. Tumor filling all the vault of the palate, with implantation on the alveolar process in the molar region, covered in normal fibromucous membrane.

Discussion

L'ostéome est une tumeur bénigne à croissance lente, de localisation ubiquitaire : il peut être périphériques, central ou extra-squelettique [3,4]. Dans la région cervico-faciale, les ostéomes périphériques s'observent le plus souvent dans le sinus frontal, puis dans le sinus ethmoïdal et le sinus maxillaire. D'autres localisations ont été rapportées : le conduit auditif externe, l'orbite, l'os temporal, l'apophyse ptérygoïde et plus rarement les maxillaires [3,7,8], avec une prédominance pour la localisation mandibulaire [8,9].

Dans la littérature, seulement neuf cas d'ostéome du processus alvéolaire maxillaire ont été rapportés [10] (Tab. I). Cette néoplasie est l'apanage de l'adulte jeune mais elle peut se voir à n'importe quel âge. La localisation maxillo-faciale s'observe plus lors de la troisième décennie de vie [2,9]. Il n'existe pas de prédilection pour un sexe [8]. Cliniquement, il s'agit le plus souvent d'une masse asymétrique plus ou moins pédiculée. Le CT-scan reste le meilleur moyen d'exploration des ostéomes pour préciser leur densité et leur localisation [4-6,8].

L'étiopathogénie des ostéomes reste inconnue ; néanmoins plusieurs théories ont été avancées : traumatique, infectieuse, embryologique, métaphasique [2,8].

L'ostéome périphérique doit être différencié des exostoses maxillaires dont la localisation alvéolaire est fréquente [8,10]. En effet, contrairement aux exostoses, l'ostéome représente une véritable néoplasie [8]. Le diagnostic différentiel se pose également avec l'ostéoblastome, l'ostéome ostéoïde... qui ont une croissance plus rapide et une symptomatologie plus bruyante car il y a souvent des douleurs associées [8]. L'ostéome est une tumeur constituée par un os compact mature (ostéome d'ivoire), par un os spongieux (ostéome spongieux) ou encore par de l'os cortico-spongieux [2,10]. Les ostéomes corticaux constituent le plus souvent une tumeur sessile, avec une structure osseuse dense comportant de rares canaux de Havers. Les ostéomes spongieux ou cortico-spongieux sont le plus pédiculés avec des travées de moelle osseuse, des éléments fibro-graisseux,



Fig. 2 et 3. Coupes axiale (Fig. 2) et coronale (Fig. 3) de CT-scan, en fenêtre osseuse : tumeur osseuse avec un pédicule d'implantation sur le versant palatine du processus alvéolaire supérieur gauche, de densité osseuse avec un liseré de condensation périphérique.

Fig. 2 et 3. Axial (Fig. 2) and coronal (Fig. 3) views of CT-scan in osseous density: osseous tumor with implantation on the palatine side of the left alveolar process, with a border of condensation.

des ostéoblastes et de l'os cortical en périphérie pour les ostéomes cortico-spongieux [1,8,12,13].

La triade polyposose colorectale, anomalies squelettiques (en particulier des ostéomes) et anomalies dentaires (retard d'éruption, dents surnuméraires...) doit faire suspecter un syndrome de Gardner ; dans ce syndrome, on observe toujours une transformation maligne des polypes colo-rectaux [11].

Pour les ostéomes périphériques, le traitement est chirurgical. La récurrence des ostéomes périphériques après exérèse chirurgicale est extrêmement rare et il n'y a pas de cas de transformation maligne rapportés dans la littérature [2,10].

Tableau I. Données concernant les 9 cas d'ostéome périphérique du procès alvéolaire maxillaire retrouvés dans la littérature.
Table I. Summary of then 9 cases of peripheral osteoma of the maxillary process reported in the literature.

Cas n°	Année	Age	Sexe	Taille (cm)	Auteurs
1	1965	50	F	–	Seward et al. [12]
2-4	2002		2F/1M	–	Sayan et al. [8]
5	2005	16	F	2,5 × 15	Dalambiras et al. [6]
6	2005	76	F	1	Woldenberg et al. [2]
7	2007	64	F	2 × 1,7	Iatrou et al. [3]
8	2007	40	M	–	Durighetto et al. [5]
9	2011	50	F	2 × 2	Sah et al. [10]
10	2011	17	F	3 × 5	Cas rapporté



Fig. 4. Pièce opératoire.
Fig. 4. Operative component.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

- Larrea-Oyarbide N, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Osteomas of the craniofacial région. *J Oral Pathol Med* 2008;37:38-42.
- Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial région. Diagnosis and management : a study of 14 cases. *Med Oral Patol Cir Bucal* 2005;10(suppl. 2):E139-42.
- Iatrou IA, Leventis MD, Dais PE, Tosios KI. Peripheral osteoma of the maxillary alveolar process. *J Craniofac Surg* 2077;18:1169-73.
- Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:e22-9.
- Darighetto AF, de Moraes Ramos FM, da Rocha MA, da Cruz Perez DE. Peripheral osteoma of the maxilla: report of a case. *Dentomaxillofac Radiol* 2007;36:308-10.
- Dalambiras S, Boutsoukis C, Tilaveridis I. Peripheral osteoma of the maxilla: report of an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:e19-24.
- Wong RC, Peck RH. Enlargement of the maxilla: report of an unusual peripheral osteoma. *Ann Acad Med Singapore* 2010;39:576-2.
- Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Günhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial région: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1299-301.
- Kaplan I, Calderon S, Buchner A. Peripheral osteoma of the mandible. A study of 10 new cases and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:467.
- Sah K, Kale A, Seema H, Kotrashetti V, Pramod BJ. Peripheral osteoma of the maxilla: a rare case report. *Contemp Clin Dent* 2011;2:49-52.
- Takeuchi T, Takenoshita Y, Kubo K, Iida M. Natural course of jaw lesions in patients with familial adenomatous polyposis (Gardner's syndrome). *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993;22:226-30.
- Seward MHE. An osteoma of the maxilla. *Br Dent J* 1965;5:27-30.
- Chaudry J, Rawal SY, Anderson KM, Rawal YB. Cancellous osteoma of the maxillary. *Gen Dent* 2009;57:428-30.