

Cas clinique et revue de littérature

Dysplasie osseuse floride mandibulaire : un cas de découverte fortuite et revue de la littérature

Eugénie Massereau^{1,2,*}, Ugo Ordioni¹, Maud Guivarc'h^{1,3}, Guillaume Royer^{1,2},
Jean-Hugues Catherine^{1,3}

¹ Service d'odontologie, centre hospitalier universitaire de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

² Service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, centre hospitalier universitaire de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

³ UMR 7268 ADES Aix-Marseille, université-EFS-CNRS, faculté de Médecine de Marseille, Marseille, France

(Reçu le 19 janvier 2015, accepté le 10 mars 2015)

Mots clés :
dysplasie osseuse
floride / déplacement
orthodontique /
traitement

Résumé – Introduction : La dysplasie osseuse floride (DOF), anciennement dénommée dysplasie cémento-osseuse floride, est une pathologie fréquente encore trop méconnue par certains praticiens. **Objectif :** Le but de notre travail est, à partir d'un cas clinique illustré, de réaliser une revue de la littérature sur la prise en charge des patients atteints de DOF. **Observation :** Une femme âgée de 38 ans est adressée par son orthodontiste pour découverte fortuite radiographique de multiples lésions osseuses mandibulaires d'allure mixte, au niveau des apex molaires. Le diagnostic de DOF est posé. **Discussion :** De nombreux cas d'échecs de traitements endodontiques, de kystes étiquetés d'origine endodontique ont été rapportés, se révélant être des DOF. Ces prises en charge inadaptées ont souvent mené à un passage d'une forme asymptomatique de DOF à une forme symptomatique. Il est donc important de ne pas méconnaître une telle pathologie et de bien poser l'indication d'un traitement endodontique. Il est maintenant admis qu'aucun traitement local ne doit être envisagé en dehors des phases de surinfection et que les avulsions dentaires sont à proscrire dans les zones touchées. Aucune recommandation n'existe concernant la faisabilité des traitements orthodontiques. **Conclusion :** Une parfaite hygiène bucco-dentaire et un suivi régulier sont indispensables dans la prise en charge de ces patients.

Key words:
Florid osseous
dysplasia / orthodontic
tooth movement /
treatment

Abstract – Florid osseous dysplasia of the mandible: a case of fortuitous discovery and review. Introduction: Florid osseous dysplasia (DOF), formerly known as florid cemento-osseous dysplasia, is a disease still too often ignored by some physicians. **Objective:** Our study's aim was, from an illustrated case report, to carry out a review on the management of DOF. **Observation:** A 38-year-old woman was referred by her orthodontist after the fortuitous discovery by X-ray of numerous mixed mandibular lesions, around the molar apex. The diagnosis of DOF was made. **Discussion:** Many cases of endodontic treatment failures of dental labeled cysts have been reported, turning out to be DOF. Bad management of these lesions often led to the condition progressing to its symptomatic form. It is therefore important not to disregard such pathology and seriously consider an indication of endodontic treatment. It is now accepted that no treatment should be considered outside the phases of secondary infection and dental extractions should be avoided in the affected areas. There are no recommendations concerning the orthodontic treatment feasibility. **Conclusion:** Perfect oral hygiene and regular monitoring are essential in the management of these patients.

Introduction

La dysplasie osseuse floride (DOF), anciennement appelée dysplasie cémento-osseuse floride, est une pathologie relativement fréquente, représentant 30 % des lésions osseuses

idiopathiques selon Peacock et al. [1]. Il s'agit d'une affection bénigne des maxillaires dans laquelle du tissu cémento-osseux remplace l'architecture normale de l'os. Habituellement asymptomatique, la découverte se fait le plus souvent fortuitement lors d'un examen radiologique. Plus rarement,

* Correspondance : eugeniemassereau@hotmail.fr

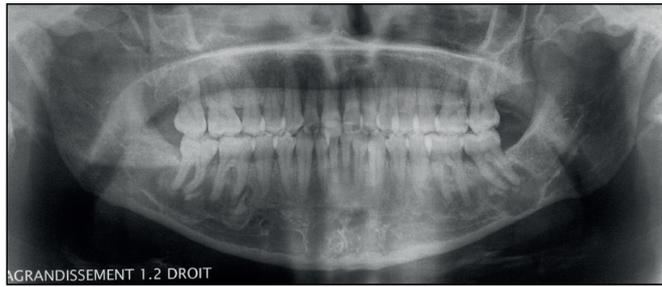


Fig. 1. Radiographie panoramique réalisée dans le cadre du bilan initial d'orthodontie. Lésions osseuses apicales mandibulaires d'allures mixtes : ostéoporotique (racine distale 47), ostéolytique (racine distale 46), cémentoblastique (racines mésiales 37, 46, 47), mature (37) et aspect floride.

Fig. 1. Panoramic radiograph performed as part of the initial orthodontic assessment. Apical mandibular bone lesions mixed allure: osteoporosis (distal root 47), osteolytic (distal root 46), cementoblastic (mesial root 37, 46, 47), mature (37) and florid.

une infection peut survenir et l'atteinte devient alors symptomatique et se manifeste par une douleur ou un exsudat purulent avec fistulisation et formation de séquestre. La dysplasie orale floride peut prendre divers aspects radiologiques. Plusieurs conduites à tenir ont été proposées mais aucune ne fait consensus. Le but de ce travail était, à partir d'un cas clinique illustré, de réaliser une revue de la littérature sur la prise en charge de la dysplasie osseuse floride.

Observation

Mme B., âgée de 38 ans, est adressée par son orthodontiste pour la prise en charge de lésions osseuses découvertes de manière fortuite à l'examen radiologique (Fig. 1).

La patiente, mélanoderme, présente comme seul antécédent un anévrisme intracrânien embolisé un an auparavant.

Il n'existe aucune symptomatologie, l'examen clinique est sans particularité, toutes les dents répondent positivement aux tests de vitalité. On note une biproalvéolie, motif initial de la consultation orthodontique.

La radiographie panoramique (Fig. 1) met en évidence de multiples lésions osseuses mandibulaires, d'allure mixte, associant des images radio-claires et radio-opaques en regard des apex molaires. On retrouve des lésions lytiques au niveau de l'os alvéolaire mandibulaire, de manière quasi symétrique. Ces aspects radio-opaques, d'allure multilobée et de formes irrégulières, siègent autour des racines mésiales et distales des molaires mandibulaires. On peut alors repérer plusieurs aspects correspondant à différents stades de la DOF, décrits par Langlais et al. en 1995 [2]. L'aspect au niveau de la racine distale de la dent 47 est plutôt « ostéoporotique », et au niveau de la racine distale de la dent 46 « ostéolytique ». Au niveau des racines mésiales des dents 37, 46 et 47, nous

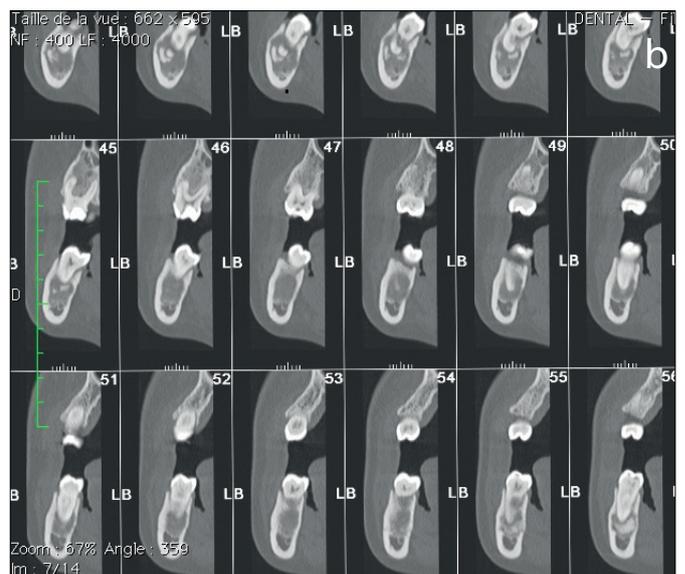
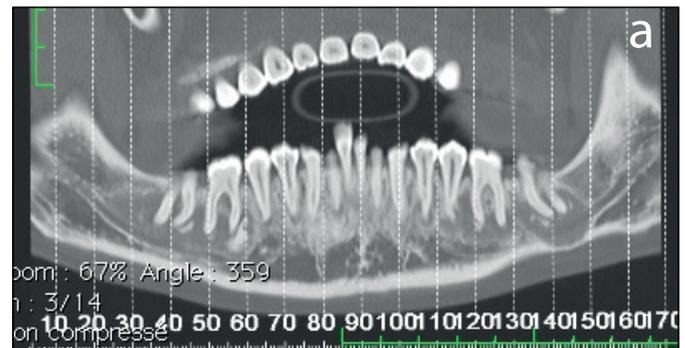


Fig. 2. Dentascanner. 2a. Coupe panoramique permettant de localiser et de mesurer précisément les lésions osseuses apicales mandibulaires. 2b. Coupes millimétriques 39 à 56, objectivant les atteintes osseuses autour des racines.

Fig. 2. CT scan. 2a. Panoramic view to locate and accurately measure apical mandibular bone lesions. 2b. Millimeters slices, sections 39-56, objectivating bone damage around the roots.

retrouvons un aspect « cémentoblastique » avec le développement d'une composante radio-opaque à l'intérieur de zones radioclares. Cet aspect représenterait une lyse de l'os trabéculaire associée à un tissu conjonctif fibrovasculaire, une prolifération de ciment et une petite masse centrale de ciment. Au niveau de la dent 37, on note une lésion ostéolytique de plus grande taille atteignant le rebord basilaire entourée d'un liseré radio-opaque, pouvant représenter une lésion « mature ». Enfin, les différents secteurs atteints et la coalescence débutante entre, par exemple, les racines distale de la 36 et mésiale de la 37, démontrent le terme de « floride ».

Le dentascanner permet de préciser la localisation, la taille et les rapports anatomiques de ces lésions mixtes mandibulaires (Fig. 2a, 2b).

On ne retrouve aucun signe d'atteinte neurologique, le bilan biologique est normal.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de dysplasie osseuse floride est posé.

Nous décidons donc d'opter pour l'abstention thérapeutique.

Discussion

Les dysplasies orales florides sont des lésions ostéo-fibreuses bénignes appartenant au groupe polymorphe des tumeurs et pseudotumeurs non odontogéniques des maxillaires [3], électivement localisées aux maxillaires comme le granulome central à cellules géantes et le chérubisme. Leur étiologie est inconnue mais elles paraissent provenir du ligament desmodontal [4, 5]. Anciennement appelées dysplasies cémento-osseuses, la composante cémentaire a été supprimée lors de la dernière classification des tumeurs par l'OMS [6]. La nosologie est complexe, les dysplasies osseuses comprennent plusieurs entités cliniques. Lorsque la lésion est limitée au secteur antérieur mandibulaire, la lésion est appelée dysplasie osseuse péri-apicale. La dysplasie osseuse focale correspond à des lésions se limitant à un secteur mandibulaire postérieur et le terme de dysplasie orale floride est employé si plusieurs secteurs sont atteints. Le cémentome gigantoforme familial est également une dysplasie étendue pouvant toucher plusieurs secteurs, avec une composante familiale et un âge d'apparition plus précoce que pour la DOF [6].

La DOF atteint surtout les femmes d'âge moyen et d'origine africaine [7]. La découverte est très souvent fortuite au cours d'un examen radiologique [7].

Cliniquement, la DOF est la plupart du temps asymptomatique. En général, les dents en rapport avec les lésions sont vivantes [6]. Des symptômes apparaissent lors de complications infectieuses consécutives à l'exposition des lésions au milieu buccal, par porte d'entrée dentaire (endodontique ou parodontale) ou chirurgicale (avulsion, biopsie) [8, 9]. Il existe alors des douleurs, un écoulement purulent avec fistulisation puis la formation d'un séquestre imposant un traitement chirurgical [9]. Dans quelques très rares cas de DOF, une tuméfaction correspondant à une soufflure de la corticale peut exister [6].

Le diagnostic est essentiellement radiologique, par la présence de lésions multiples hétérogènes, sclérotiques, le plus souvent mandibulaires, bilatérales et symétriques [10]. Le caractère radio-opaque des lésions a tendance à s'accroître avec le temps [6]. Langlais *et al.* ont décrit cinq stades correspondant à des aspects radiologiques différents en fonction du stade de développement : ostéoporotique, ostéolytique, cémentoblastique, mature et floride [2].

Le bilan biologique et notamment phosphocalcique est normal [10].

La biopsie doit être évitée dans les formes asymptomatiques car elle peut déclencher un passage à une forme symptomatique [6, 8, 9].

Lorsqu'elle est réalisée, l'étude histologique montre des plages de ciment acellulaire fortement basophile fusionnant avec les racines dentaires. Cette lésion est à distinguer d'une simple hypercémentose radiculaire plus régulièrement disposée de manière concentrique autour de la racine.

Le diagnostic différentiel se fait avec des lésions endodontiques, le fibrome ossifiant, la maladie de Paget, l'ostéomyélite chronique diffuse sclérosante et le syndrome de Gardner.

Selon Sadda *et Phelan* [11], aucun traitement n'est requis tant qu'il n'y a pas d'infection. Cependant, une hygiène bucco-dentaire irréprochable est nécessaire et doit être enseignée au patient pour prévenir les lésions carieuses et les atteintes parodontales.

Plusieurs auteurs ont insisté sur la nécessité de sensibiliser les chirurgiens-dentistes aux dysplasies osseuses afin de ne pas méconnaître des lésions péri-apicales cémento-osseuses et de bien savoir les différencier d'un simple kyste d'origine endodontique. De nombreux auteurs ont rapportés des cas de traitement endodontique non indiqués suite à une erreur diagnostique chez des patients qui présentaient des kystes s'avérant finalement être des lésions cémento-osseuses et d'origine endodontique [12-17]. Ces erreurs peuvent conduire à des surinfections iatrogènes lors du traitement endodontique. La DOF devient alors symptomatique.

On note que Schneider *et al.*, en 1987, préconisaient déjà une antibioprophyllaxie lorsqu'un traitement endodontique est indiqué sur une dent présentant une dysplasie osseuse [18].

Par ailleurs, certains auteurs ont montré une association entre les dysplasies cémento-osseuses florides et les kystes osseux simples, en rapport probablement avec une anomalie de fonctionnement des ostéoblastes et des ostéoclastes [19, 20]. Il est donc nécessaire de bien différencier les deux types de kystes et de savoir ne pas traiter uniquement une image radiologique. Un cas de la littérature rapporte une abstention thérapeutique devant un kyste dans le cadre d'un bilan pré-radiothérapie [21]. Dans tous les cas, une fois le diagnostic posé, les patients doivent bénéficier d'une surveillance régulière, d'une part pour réévaluer les indications des traitements endodontiques [22], et d'autre part pour prévenir et non guérir des lésions devenues symptomatiques. Des traitements plus radicaux et délabrants avec exérèse étendue ont été décrits lors d'une atteinte extensive avec surinfection [23].

La chirurgie pré-implantaire chez les patients porteurs de DOF est risquée en raison d'un os anormal car faiblement vascularisé au niveau des lésions cémentaires. Pour la même raison, la réhabilitation prothétique implantaire paraît difficile. Cependant, un succès implantaire a été décrit par Bencharit *et al.* [24].

Les conséquences d'un mouvement orthodontique dans un contexte de DOF sont peu documentées, seuls quelques cas cliniques ont été rapportés [9]. La possibilité de réaliser un traitement orthodontique doit être discuté en fonction du rapport bénéfice fonctionnel /risque du traitement. Dans tous les cas, les traitements nécessitant des avulsions de dents en rapport avec les lésions sont à proscrire.

Conclusion

En résumé, il n'existe pas de consensus clairement établi concernant la prise en charge de la dysplasie orale floride mais il est acquis qu'une fois le diagnostic posé, une surveillance clinique et radiologique est nécessaire ainsi qu'une prévention des complications infectieuses, aussi bien endodontiques que parodontales. Il ne faut pas méconnaître une DOF avant de traiter précipitamment une dent pour un kyste semblant d'origine endodontique et ne jamais surseoir au test de vitalité de la dent. Dans les cas symptomatiques, un débridement ou une séquestrectomie, s'ils s'avèrent nécessaires, doivent être encadrés par une antibiothérapie efficace. À ce jour, peu de cas d'implantologie ou d'orthodontie chez des patients atteints de DOF ont été décrits dans la littérature.

Conflits d'intérêt : aucun.

Références

1. Peacock ME, Krishna R, Gustin JW, Stevens MR, Arce RM, Abdelsayed RA. Retrospective study on idiopathic bone cavity and its association with cementoosseous dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015;119(4):e246-51.
2. Langlais RP, Langland OE, Nortjé CJ. Diagnostic imaging of the jaws. *Lea & Febiger*, 1995.
3. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc* 1999;19(5):1107-24.
4. Kreutziger KL. Giant fibrous dysplasia of the mandible: surgical management. *The Laryngoscope* 1989;99(6 Pt 1):618-31.
5. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51(8):828-35.
6. Thompson L. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J* 2006;85(2):74.
7. MacDonald-Jankowski DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dento Maxillo Facial Radiol* 2003;32(3):141-9.
8. Moussaoui E, Oualha L, Gnaba I, Ayachi S, Sriha B, Selmi J, et al. Dysplasies osseuses florides : du diagnostic au traitement. À propos de trois cas. *Méd Buc Chir Buc* 2013;19(2):119-26.
9. Minhas G, Hodge T, Gill DS. Orthodontic treatment and cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Orthod* 2008;35(2):90-5.
10. Benazzou S, Boulaadas M, El Ayoubi A, Nazih N, Essakalli L, Kzadri M. [Florid cemento-osseous dysplasia of the jaws]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112(3):174-6.
11. Satta RS, Phelan J. Dental management of florid cemento-osseous dysplasia. *N Y State Dent J* 2014;80(3):24-6.
12. Kutluay Köklü H, Cankal DA, Bozkaya S, Ergün G, Bar E. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent* 2013;5(1):e58-61.
13. Rekabi AR, Ashouri R, Torabi M, Parirokh M, Abbott PV. Florid cemento-osseous dysplasia mimicking apical periodontitis: A case report. *Aust Endod J* 2013;39(3):176-9.
14. Huh J-K, Shin S-J. Misdiagnosis of florid cemento-osseous dysplasia leading to unnecessary root canal treatment: a case report. *Restor Dent Endod* 2013;38(3):160-6.
15. Islam MN, Cohen DM, Kanter KG, Stewart CM, Katz J, Bhattacharyya I. Florid cemento-osseous dysplasia mimicking multiple periapical pathology--an endodontic dilemma. *Gen Dent* 2008;56(6):559-62.
16. Findler M, Tau S, Findler M, Tamse A. [Root canal treatments in a patient with florid cemento-osseous dysplasia]. *Refuat Hapeh ehashinayim* 1993. 2007;24(3):30-45.
17. Tonioli MB, Schindler WG. Treatment of a maxillary molar in a patient presenting with florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Endod* 2004;30(9):665-7.
18. Schneider LC, Mesa ML, Brickman JH. Complications of endodontic therapy in florid osseous dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64(1):114-6.
19. Chadwick JW, Alsufyani NA, Lam EWN. Clinical and radiographic features of solitary and cemento-osseous dysplasia-associated simple bone cysts. *Dentomaxillofac Radiol* 2011;40(4):230-5.
20. Zillo Martini M, Caroli Rocha A, Lemos CA, Abreu Alves F. Fibro-osseous lesions associated with simple bone cysts: three case reports and review of the literature. *Minerva Stomatol* 2010;59(11-12):671-6.
21. Khonsari RH, Corre P, Bouguila J, Piot B. [Long-term follow-up of cemento-osseous dysplasia: a contralateral recurrence before radiotherapy]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112(1):51-3.
22. Glascoe A, Brown R, Goode M, Mongelos G. Florid cemento-osseous dysplasia and a dental abscess. *Dent Today* 2011;30(11):102.
23. Martini MZ, de Carvalho Júnior JP, Soares HA. Surgical management of an infected aggressive florid cemento-osseous dysplasia. Report of a case. *Minerva Stomatol* 2006;55(9):515-21.
24. Bencharit S, Schardt-Sacco D, Zuniga JR, Minsley GE. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2003;90(3):220-4.