

Ostéoblastome : présentation d'un cas mandibulaire

Bischof M* **, Jaques B***, Beyer S*, Samson J**, Nedir R* **, Lombardi T**

* Clinique Dentaire de Chauderon, Swiss Dental Clinics Group, Lausanne, Suisse

** Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Ecole de Médecine Dentaire, Université de Genève, Suisse

*** Division de Chirurgie Maxillo-faciale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

L'ostéoblastome (OB) est une tumeur osseuse primitive habituellement médullaire, qui représente environ 1 % de toutes les tumeurs osseuses. Presque 10 % des OB intéressent les os de la face. La localisation est prédominante à la mandibule, particulièrement le ramus. Ces lésions sont observées généralement chez des sujets jeunes (20-30 ans), plus fréquemment chez l'homme (2:1). L'OB se manifeste par des douleurs persistantes d'apparition spontanée, exacerbées par la palpation, ou par une tuméfaction qui précède dans certains cas l'apparition des douleurs. Ces dernières sont parfois soulagées par les salicylates. L'examen radiologique montre au début une lésion ostéolytique arrondie dans laquelle vont apparaître plus tard des calcifications d'importance variable. Le bord est rarement souligné par un liseré sclérotique. L'examen microscopique montre au centre de la lésion, le « nidus », représenté par des travées ostéoïdes entourées d'ostéoblastes volumineux, souvent disposés en petits amas dans un stroma bien vascularisé, et en périphérie, des travées ostéoïdes qui fusionnent avec l'os voisin normal. Des lésions telles qu'un fibrome ossifiant, une dysplasie ostéo-fibro-cémentaire focale, un cémentoblastome et un ostéosarcome peuvent présenter des aspects cliniques et radiologiques similaires. Par ailleurs, ces mêmes lésions sont souvent discutées dans le diagnostic différentiel histopathologique. L'importante cellularité et la présence dans certains cas de cellules avec atypies sont probablement responsables des OB diagnostiqués comme ostéosarcomes. Les auteurs présentent ici un cas d'OB mandibulaire chez une femme noire, âgée de 27 ans.

La patiente consulte en juillet 1999 pour une carie perforante sur la dent 36 et subit un traitement endodontique. En février 2005, un examen radiologique routinier révèle une lésion radioclaire à l'apex d'une des racines mésiales de la dent, bien limitée, faiblement trabéculée, de 7 mm

de diamètre. La révision endodontique est effectuée. Il n'y a ni résorption radiculaire, ni déplacement dentaire, ni érosion osseuse. En juin 2005, le suivi radiographique montre que la tumeur a doublé de volume (13 mm). Une résection apicale et un prélèvement de la zone centrale de la lésion sont alors pratiqués. L'analyse histologique révèle une section transversale de l'apex de 36, siège d'une discrète hypercémentose et plusieurs fragments d'os spongieux ou lamellaire vivants, dépourvus de cellules inflammatoires, dont certains ont un aspect fibreux en lumière polarisée. Les espaces médullaires sont très vascularisés. Il existe par endroits de nombreux ostéoblastes groupés en paquets. L'exérèse chirurgicale totale sera effectuée par la résection d'un bloc radiculo-osseux de 15 x 15 x 10 mm en octobre 2005. L'examen microscopique montre au centre de la pièce, correspondant à la biopsie précédente, un aspect de réparation osseuse sous forme de multiples travées d'os fibreux anastomosé 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, contrairement à l'ostéoblastome voisin. Le ciment du moignon radiculaire est séparé de l'ostéoblastome par un desmodonte normal. Si le traitement de l'OB est effectué par exérèse chirurgicale en bloc, les récidives sont rares. La corrélation entre les données clinico-radiologiques et histopathologiques est indispensable pour poser le diagnostic d'OB.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Clinique Dentaire de Chauderon

Swiss Dental Clinics Group, Place Chauderon 16

1003 Lausanne, Suisse

mark.bischof@swissdentalclinics.ch

Surgical treatment of a rare case of extraoral sinus tract - Case report

Borges T, Carvalho A, Carvalho V, Afonso A

Bragança

The absence of an effective treatment for an odontogenic infection process may establish a chronic sinus tract that can drain intraorally or extraorally. If the sinus tract drains extraorally, the draining area in contact with the skin can assume different forms and also be covered by hairs. Definitive treatment of a chronic sinus tract requires resolution of the original problem, that is treatment of the

necrotic pulp by endodontic procedures or extraction of the tooth involved.

This work describes the case of a 38 year old male patient that presented a carious lesion of a lower incisor with a previous treatment. The patient also presented an asymptomatic area with edema and redness in the buccal area of the lower incisors. The extraoral examination showed