

Cémentoblastome maxillaire. A propos d'un cas

Maxillary cementoblastoma. A case report

F. Slimani¹, M. Elbouih¹, A. Oukerroum¹, H. Lazreqh¹, M. Mahtar¹, M. Karkouri², A. Abdelouafi³, A. Benjelloun¹ et A. Chekkoury-Idrissi¹

Services ¹de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, ²d'Anatomie pathologique, ³de Radiologie, Hôpital 20 Août, C.H.U. Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

RESUME

Le cémentoblastome est une tumeur odontogène bénigne rare. Son étiologie est inconnue. Elle représente moins de 6 % de toutes les tumeurs odontogènes.

Le but de notre travail est de rapporter un cas rare de cémentoblastome maxillaire aux dépens d'une incisive centrale incluse.

Il s'agit d'un patient âgé de 32 ans ayant consulté pour une tuméfaction maxillaire gauche à projection sous-narinaire.

L'orthopantomogramme a mis en évidence une dent 21 incluse avec une lésion radio-opaque autour de sa racine. La tomodynamométrie a mis en évidence la dent 21 incluse avec un processus autour de sa racine. Ce processus est bien limité, hyperdense et entouré par un halo hypodense. Le traitement a consisté en une exérèse complète de la masse et de la dent 21. L'examen anatomopathologique a conclu au diagnostic d'un cémentoblastome.

Le cémentoblastome atteint le plus fréquemment les sujets jeunes. Les prémolaires et les molaires mandibulaires sont les plus fréquemment atteintes. La localisation maxillaire reste rare. Cette tumeur se produit autour des racines des dents postérieures et inférieures.

Radiographiquement, la lésion est bien limitée et attachée à la racine de la dent, radio-opaque dense et entourée par un halo radio-clair. Le cémentoblastome évolue lentement et tend à souffler les corticales. Le pronostic est bon.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 185-8

ABSTRACT

Cementoblastoma is a rare benign odontogenic neoplasm. Its cause is unknown. It represents less 6 % of all odontogenic tumors.

The aim of our work is to present a rare case of maxillary cementoblastoma involving an included central incisor.

A 32-year old man consulted for a left maxillary swelling to projection under nostril.

A panoramic radiographic examination revealed an included tooth 21 with a radiopaque lesion around its root. The computed tomography revealed the included tooth 21 with a process around its root. This process is well-defined, high-dense and is surrounded by a radiolucent halo. The treatment should consist of complete removal of the lesion with the tooth 21. Histological examination concluded to the diagnosis of a cementoblastoma.

The cementoblastoma occurs most frequently in young persons and predominantly among men. The mandibular premolar and molar are the more frequently reached. The maxillary localization remains rare. This tumor occurs around the roots of the posterior and lower teeth. Radiographically, the lesion is well-defined and attached to the root of the tooth, radiopaque dense and surrounded by a radiolucent halo. The cementoblastoma evolves slowly and has the tendency to blow the cortical. The prognosis is good.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 185-8

Key words : cementoblastoma, odontogenic tumors, diagnosis

INTRODUCTION

Le cémentoblastome est une tumeur odontogène bénigne rare. Son étiologie est inconnue. Elle représente moins de 6 % de toutes les tumeurs odontogènes. La mandibule est son siège de prédilection. La localisation maxillaire est exceptionnelle.

Le but de notre travail est de rapporter un cas rare de cémentoblastome maxillaire aux dépens d'une incisive centrale incluse, en insistant sur les aspects diagnostique, thérapeutique et évolutifs de cette affection.

OBSERVATION

Monsieur A. KH, âgé de 32 ans, a consulté pour une tuméfaction douloureuse du maxillaire gauche à projection sous-narinaire avec obstruction partielle de la fosse nasale gauche. L'anamnèse a révélé l'absence d'éruption de la dent 21. L'examen clinique a confirmé l'absence de la dent 21 sur l'arcade et a trouvé une tuméfaction dure sous-narinaire gauche, douloureuse à la palpation se prolongeant en haut en latéronasal gauche le long de l'orifice piriforme et la dent 22 inclinée mésialement. Les tests de vitalité pulpaire des dents en rapport avec la tumeur étaient normaux.

L'orthopantomogramme a objectivé la dent 21 incluse avec une lésion radio-opaque autour de sa racine (figure 1). L'examen tomодensitométrique de la face a objectivé la dent 21 incluse dans le processus frontal du maxillaire avec un processus autour de la racine de la dent (figure 2). Ce processus est bien limité hyperdense et entouré par un halo hypodense.

Le traitement a consisté en une extraction de la dent incluse et de la masse adhérente à sa racine suivant un plan de clivage avec curetage de la cavité résiduelle. La voie d'abord est endobuccale avec une incision vestibulaire supérieure. L'incision muqueuse a été décalée de l'incision musculopériostée.

L'examen anatomopathologique a montré un tissu minéralisé dense comportant des foyers de calcification en gouttes et montrant en périphérie un aspect plus fibreux. Par place, il y a des amas de cellules

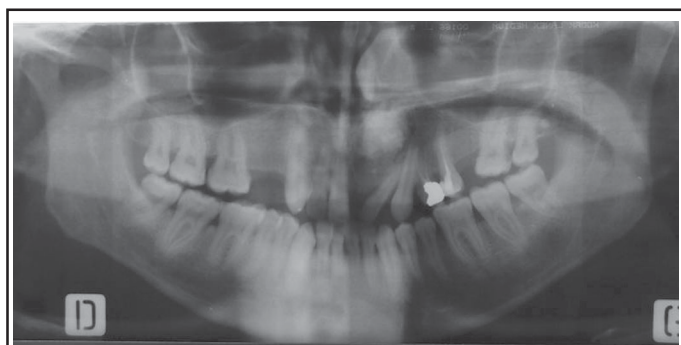


Figure 1 : Orthopantomogramme : dent 21 incluse avec radio-opacité autour de son apex



Figure 2 : TDM : processus hyperdense et entouré par un halo hypodense.

globuleuses à cytoplasme éosinophile à noyau régulier compatible avec un cémentoblastome.

Nous n'avons pas noté de récurrence après un recul de 3 ans.

DISCUSSION

Le cémentoblastome ou cémentome vrai a été décrit pour la première fois par Dewey en 1927¹. C'est une tumeur bénigne odontogène rare avec moins de 100 cas rapportés dans la littérature.

Le cémentoblastome atteint le plus fréquemment les sujets jeunes (50 % des cas rapportés ont moins de 20 ans et de 75 % ont moins de 30 ans)². Il est produit par prolifération des cellules cémentoblastiques du périodonte dans la région apicale³.

Il se manifeste cliniquement par une tuméfaction osseuse avec ou sans douleur dans le secteur de la lésion⁴. Les prémolaires et les molaires mandibulaires sont les plus fréquemment atteintes. La localisation maxillaire reste rare. La localisation dans le secteur incisivaire est exceptionnelle. La lésion est souvent solitaire. Mais, certains auteurs ont rapporté la localisation bilatérale des lésions⁵.

Le cémentoblastome se développe souvent sur des dents permanentes et présentes sur l'arcade. Certains auteurs ont rapporté des cas de cémentoblastome développés sur des dents incluses⁶ ou sur des dents temporaires^{7,8}.

Le cémentoblastome a un aspect radiologique pathognomonique. Il apparaît comme une radio-opacité circulaire, solitaire, bien définie avec un halo radio-clair. La lésion est attachée à la racine de la dent.

Le diagnostic différentiel radiologique est fait avec :

- La pathologie périapicale infectieuse : cette pathologie est liée à la dent cariée à pulpe morte, avec ou sans résorption de l'apex. Ces symptômes

s'opposent à ceux que l'on rencontre chez les patients présentant un cémentoblastome pour lesquels on trouve des dents vivantes de teinte normale et sans carie³.

- Les cémenticules et l'hypercémentose : les cémenticules sont des petites masses sphériques calcifiées, localisées entièrement dans la membrane périodontaire et qui parfois peuvent s'étendre dans l'os alvéolaire voisin. On peut trouver les cémenticules dans n'importe quelle région du ligament alvéolaire tandis que les cémentoblastomes sont localisés à l'apex des dents³.
- Les ostéomes : on peut les confondre avec les cémentoblastomes au stade avancé mais beaucoup moins facilement avec les stades de début à cause de leur radiotranslucidité. L'ostéome est ordinairement localisé au centre de l'os, grossit graduellement et cause une déformation d'un maxillaire³.
- L'endostose, l'ossification concentrique, l'ostéite condensante, l'ostéosclérose : ces termes désignent une hypercalcification osseuse localisée de la mâchoire. Souvent ces hypercalcifications sont situées au centre du maxillaire et n'ont de relation de lieu ou d'étiologie avec les racines des dents³.
- Le fibro-ostéome central et les dysplasies fibreuses : ces dysplasies fibreuses, très voisines les unes des autres, plus étendues que le cémentoblastome, ne se calcifient pas et s'accompagnent de symptômes cliniques et radiologiques moins localisés³.
- Les ostéites condensantes.
- Les hypercémentoses sévères.

Le diagnostic définitif est posé par l'examen anatomopathologique (figure 3) ; la majeure partie de la tumeur (zone centrale) est constituée de masses ou de plages étendues de ciment sillonnées par des lignes d'apposition basophile, irrégulières, pagétoïdes. Au sein de cette masse minéralisée, se creusent quelques petits axes conjonctifs renfermant, outre des vaisseaux, des cémentoblastes. En périphérie, le tissu conjonctif non minéralisé est constitué de cémentoblastes. Histologiquement, cette tumeur peut

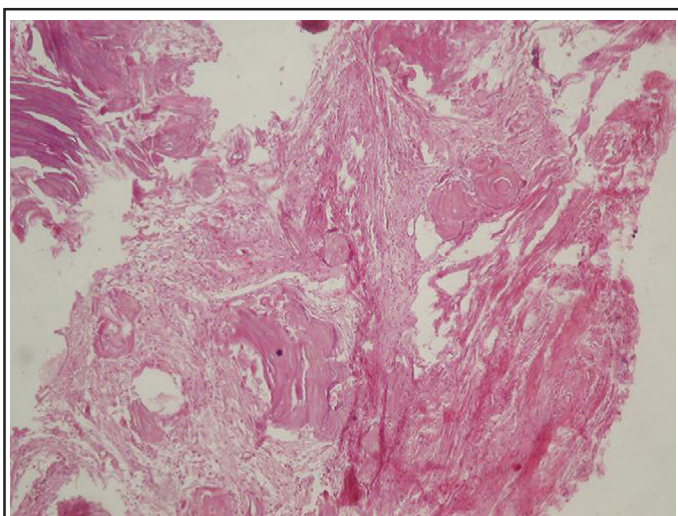


Figure 3 : Aspect histologique compatible avec un cémentoblastome bénin. Coloration : hématéine - éosine. Grossissement : x 20.

parfois ressembler à un ostéoblastome, à un ostéome ostéoïde ou à un ostéosarcome atypique. Ces lésions ne sont pas en rapport avec les racines dentaires et peuvent parfois poser un problème de diagnostic histologique avec le cémentoblastome⁹.

Le cémentoblastome a une croissance lente avec un taux de croissance de 0,5 cm par an¹. Cependant, certains signes d'agressivité et de destructions locales ont été rapportés : expansion osseuse, rupture corticale, résorption des racines dentaires et déplacement des dents adjacentes. Tous ces signes sont des facteurs prédisposant aux récives¹.

Le cémentoblastome bénin est caractérisé par un potentiel de croissance illimité, son traitement chirurgical doit être complet comportant l'exérèse de la tumeur avec extraction de la dent associée¹⁰. Des auteurs ont rapporté une technique plus conservatrice pour maintenir la dent après résection de la tumeur. Cette technique est indiquée pour des tumeurs de petite taille associées à des dents stratégiques. Elle consiste en une énucléation totale de la tumeur avec une résection apicale et un traitement endodontique de la dent associée².

Les récives sont exceptionnelles si l'exérèse est complète cependant une chirurgie incomplète est toujours suivie de récive¹¹.

CONCLUSION

Le cémentoblastome est une tumeur odontogène rare, et la localisation maxillaire est exceptionnelle. Le diagnostic définitif est histologique. Le traitement doit être complet pour éviter les récives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM *et al.* : Cementoblastoma : An innocuous neoplasm ? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 ; 93 : 311-20
2. Pynn BR, Sands TD, Bradley G : Benign cementoblastoma : a case report. *J Can Dent Assoc* 2001 ; 67 : 260-2
3. Brabant H, Klees L, Werelds RJ : Anomalies, mutilations et tumeurs des dents humaines. Paris, Prelat et Liège, Sciences et Lettres, 1958
4. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y *et al.* : Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth : report of a case with a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004 ; 97 : 53-8
5. Jelic JS, Loftus MJ, Miller AS, Cleveland DB : Benign cementoblastoma : report of an unusual case and analysis of 14 additional cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993 ; 77 : 48-55
6. Mogi K, Belal E, Kano A, Otake K : Benign cementoblastoma. Case report. *Aust Dent J* 1996 ; 41 : 9-11

7. Zachariades N, Skordalaki A, Papanicolaou S, Androulakis, Bournias M : Cementoblastoma : review of the literature and report of a case in a 7 year-old girl.
Br J Oral Maxillofac Surg 1985 ; 23 : 456-61
8. Herzog S : Benign cementoblastoma associated with the primary dentition. J Oral Med 1987 ; 42 : 106-8
9. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y *et al.* : Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth : report of a case with a review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004 ; 97 : 53-8
10. Vindenes H, Nilsen R, Gilhuus-Moe O : Bening cementoblastoma.
Int J Oral Surg 1979 ; 8 : 318-24
11. Lu Y, Xaun M, Takata T *et al.* : Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a Chinese population.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998 ; 86 : 707-14

Correspondance et tirés à part :

F. SLIMANI
267 OP Ferdaous GH 28 Appt. 13
Casablanca
Maroc
E-mail : slimanifaical@yahoo.fr

Travail reçu le 11 août 2008 ; accepté dans sa version définitive le 29 janvier 2009.