

Trouble de l'éruption d'une incisive latérale supérieure en raison d'un odontome composé

Présentation d'un cas clinique

Mots-clés: odontome composé, tumeurs odontogènes, trouble de l'éruption dentaire

DANIEL VLCEK^{1,2}
PETER A. REICHART¹
DIETER D. BOSSHARDT³
ROBERTO SLEITER¹
MICHAEL M. BORNSTEIN¹

¹ Clinique de chirurgie orale et stomatologie, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

² Clinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale/chirurgie orale, Hôpital cantonal de Lucerne

³ Laboratoire Robert K. Schenk d'histologie orale

Correspondance

PD Dr méd. dent.

Michael M. Bornstein, OA
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern

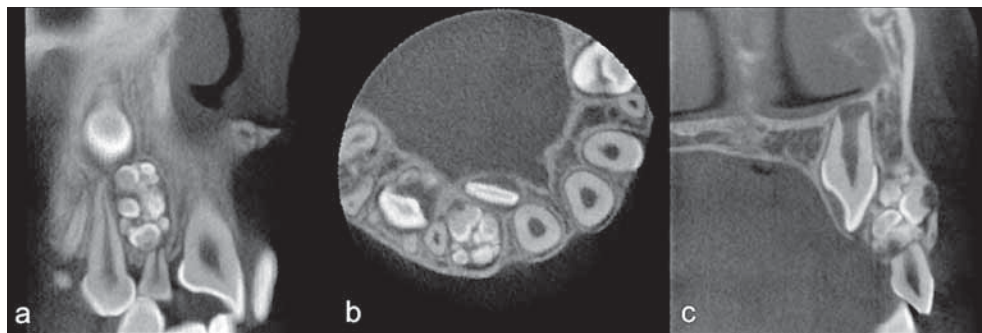
Tél. 031 632 25 45

031 632 25 66

Fax 031 632 25 03

E-mail:

michael.bornstein@zmk.unibe.ch



Résumé Les odontomes sont les tumeurs odontogènes les plus fréquentes. Il s'agit d'une malformation locale ne possédant aucune autonomie de croissance et considérée comme un hamartome, et non comme une néoplasie au sens strict. Du point de vue clinique et histopathologique, on distingue l'odontome composé et l'odontome complexe. L'odontome composé (*compound odontoma*) se caractérise par une accumulation de structures micro-dentaires présentant l'ensemble des tissus dentaires correctement disposés. Les odontomes composés sont le plus fréquemment constatés chez les jeunes patients dans la partie anté-

rieure du maxillaire supérieur. Les patients ne présentent souvent aucune douleur, et l'odontome est diagnostiqué fortuitement lors de contrôles de routine ou lors d'un retard d'éruption de dents permanentes ou, plus rarement, de dents de lait. La présentation du cas qui suit traite d'un trouble de l'éruption de l'incisive latérale droite du maxillaire supérieur en raison d'un odontome composé chez une patiente âgée de 8 ans. Les caractéristiques cliniques, radiologiques et histopathologiques, ainsi que le traitement et le suivi médical de cette lésion sont décrits et discutés.

Image en haut: En TVN (CBCT), la position exacte de l'odontome et des structures avoisinantes est visible en coupe coronale (a). La couronne de la 13 est visible au niveau apical de l'odontome. La dent de lait 52 est résorbée au niveau apical. En coupe axiale (b), on peut constater la position palatine de la couronne de la 12 par rapport à l'odontome. En coupe sagittale (c), la dent 12 présente une croissance radiculaire inachevée.

Introduction

Parmi l'ensemble des tumeurs odontogènes, les odontomes sont les tumeurs les plus fréquemment diagnostiquées, leur diagnostic étant souvent le résultat fortuit d'un examen radiologique sur un cliché de routine. Du point de vue clinique et histopathologique, on distingue l'odontome composé de l'odontome complexe (BARNES ET COLL. 2005). Les odontomes ne sont pas des néoplasies au sens strict, mais sont qualifiés d'hamartomes (PHILIPSEN ET COLL. 1997). Les odontomes sont des malformations présentant un excès tissulaire local, ne possédant aucune autonomie de croissance (leur croissance est limitée); ils sont classés comme bénins. La croissance des odontomes est une croissance typiquement lente et comprimant les structures voisines, à l'intérieur de l'os. Elle s'achève avec la phase de croissance ou de la formation de la dentition. Les odontomes sont donc des tumeurs odontogènes composées d'un épithélium odontogène et d'ectomésenchyme avec formation de tissu dur.

Selon différentes études, les odontomes composés (synonyme: *compound odontoma*) constituent 9 à 37% de toutes les tumeurs odontogènes (REICHART & PHILIPSEN 2000), les odontomes complexes étant moins fréquents (CUESTA ET COLL. 2003). Les hommes en sont aussi souvent atteints que les femmes. Les odontomes sont le plus souvent diagnostiqués au cours de la deuxième décennie de la vie, surtout lorsqu'ils empêchent l'éruption d'une dent permanente (HIDALGO-SANCHEZ ET COLL. 2008). Des odontomes ont aussi été observés chez des petits enfants de moins de deux ans en relation avec des dents de lait enclavées ou incluses (TOMIZAWA ET COLL. 2005).

Au niveau macroscopique, les *odontomes composés* se caractérisent par une accumulation de structures microdontiques ressemblant à des dents et entourées d'une capsule de tissu conjonctif. Au niveau microscopique, on a pu démontrer la présence d'émail, de dentine, de ciment et de tissu pulpaire différenciés. Ces tissus sont correctement disposés les uns près des autres, conformément à une dent naturelle. Les odontomes composés apparaissent le plus souvent au niveau des dents antérieures du maxillaire supérieur. Ils se développent moins souvent au niveau des prémolaires et des dents antérieures du maxillaire inférieur (TOMIZAWA ET COLL. 2005, HIDALGO-SANCHEZ ET COLL. 2008).

Au niveau microscopique, les *odontomes complexes* sont composés d'une masse anarchique d'émail, de dentine, de ciment

et de tissu pulpaire. Ils sont le plus souvent localisés dans les segments postérieurs du maxillaire inférieur (CUESTA ET COLL. 2003). Sur le plan radiologique, les odontomes complexes en phase précoce sont radiotransparents, alors que les odontomes complexes matures et minéralisés sont, au contraire, en grande partie radio-opaques.

L'étiologie des odontomes reste encore inexpliquée. Un lien avec un traumatisme dentaire, des altérations inflammatoires et une prédisposition génétique est cependant discuté (RAMIREZ ET COLL. 2001, CUESTA ET COLL. 2003, SHAKED ET COLL. 2008). Le traitement des odontomes consiste en l'ablation chirurgicale, et les récurrences sont extrêmement rares. La présentation du cas qui suit montre le trouble de l'éruption d'une incisive latérale droite du maxillaire supérieur en raison d'un odontome composé chez une patiente âgée de huit ans. Les caractéristiques cliniques, radiologiques et histopathologiques, ainsi que le traitement et le suivi médical sont décrits et discutés en fonction de la littérature actuelle.

Présentation du cas

Une fille âgée de huit ans a été adressée à la Clinique de chirurgie orale et stomatologie par un médecin-dentiste privé, afin d'examiner la persistance de la dent de lait 52 après exfoliation de la dent controlatérale 62. Au moment de l'examen initial à la clinique, la patiente ne présentait aucune douleur.

Du point de vue clinique, la mobilité de toutes les dents antérieures du maxillaire supérieur était normale. Dans la région du processus alvéolaire, une tuméfaction dure, immobile et recouverte de muqueuse intacte était palpable au niveau apical de la région vestibulaire de la 52 (fig. 1a, b). La radiographie apicale existante a révélé une ombre clairement délimitée avec une zone d'ostéolyse circulaire au niveau apical de la racine déjà résorbée de la dent 52. Des structures dentiformes, petites et multiples, y étaient visibles. La présence de la dent permanente 12 pouvait être mise en évidence dans le voisinage immédiat de la lésion (fig. 1c). Afin d'évaluer radiologiquement la situation de manière plus précise, une tomographie volumique numérisée (TVN, cone beam CT, CBCT) a été réalisée (taille de volume: 4×4 cm; 80 kV; 5 mA; 3D Accuitomo 80 XYZ Slice View Tomograph, J. Morita Mfg. Co, Kyoto, Japon). Un odontome d'une dimension de 12×8 mm a pu être mesuré sur les coupes TVN sagittales, coronales ainsi qu'axiales. On a constaté une position vestibulaire dans le processus alvéolaire,



Fig. 1 Situation clinique de départ, vue frontale (a) et latérale (b). Dent persistante 52 *in situ* avec tuméfaction vestibulaire dure dans la région apicale de la 52 (flèche). Le cliché apical préopératoire (c) révèle la 12 incluse ainsi que de multiples structures dentiformes.

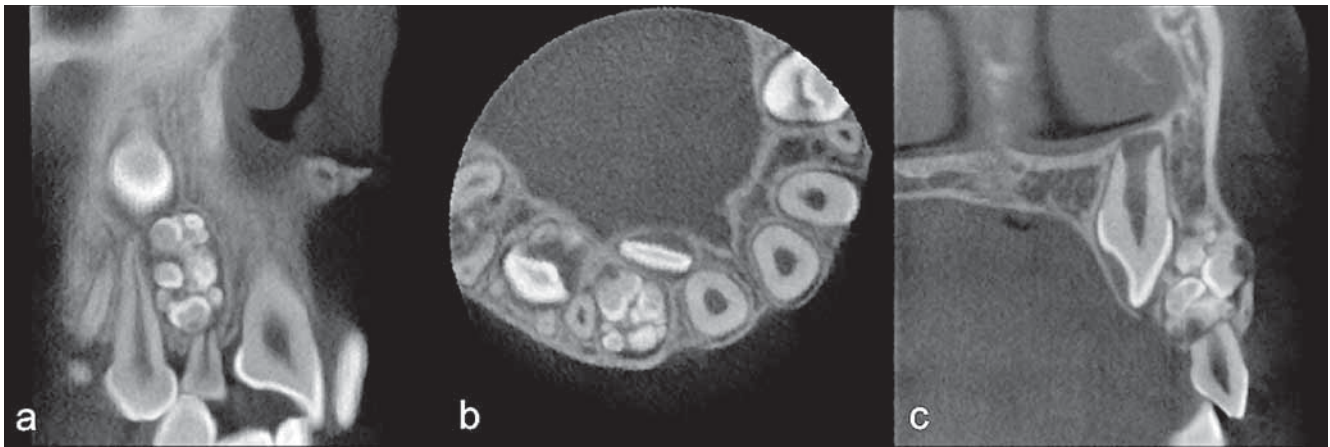


Fig. 2 En TVN (CBCT), la position exacte de l'odontome et des structures avoisinantes est visible en coupe coronale (a). La couronne de la 13 est visible au niveau apical de l'odontome. La dent de lait 52 est résorbée au niveau apical. En coupe axiale (b), on peut constater la position palatine de la couronne de la 12 par rapport à l'odontome. En coupe sagittale (c), la dent 12 présente une croissance radiculaire inachevée.

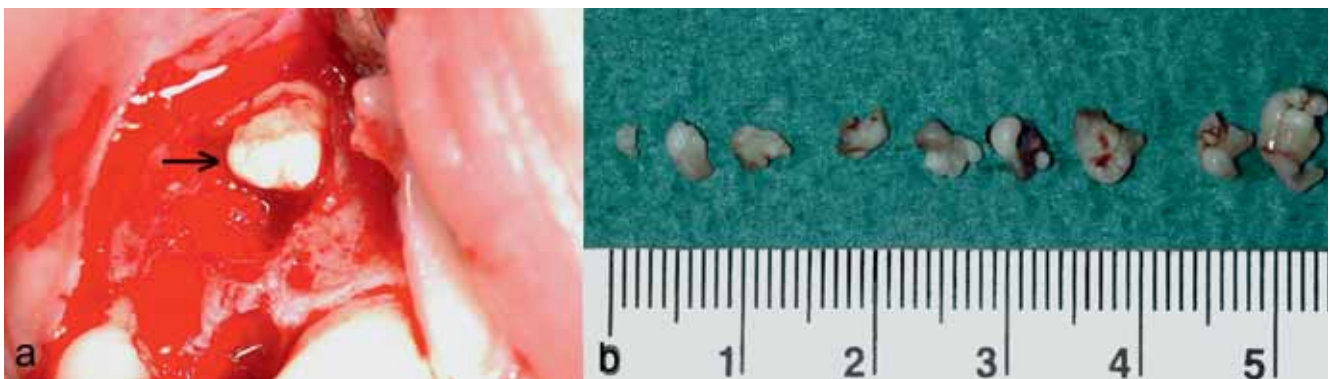


Fig. 3 Cliché intraopératoire (a) après extraction de la 52, préparation du volet vestibulaire et ostéotomie de la corticale vestibulaire. Une structure de type dentaire est visible à côté de la rugine (flèche). Portions de type dentaire de l'odontome extrait (b).

dense, en dessous de la corticale vestibulaire qui était percée par endroits. Les structures avoisinantes ont pu être localisées de manière précise: la couronne dentaire de la dent non percée 12 au niveau palatin, la racine de la dent de lait 53 au niveau distal ainsi que la couronne de la dent 13 au niveau disto-apical (fig. 2a, b, c).

Les résultats cliniques et radiologiques ont permis de formuler un diagnostic de suspicion d'un odontome composé empêchant une éruption normale de la dent 12. Le plan thérapeutique a inclus l'extraction de la dent de lait 52 ainsi que l'ablation chirurgicale de l'odontome, et ne prévoyait aucun clergage de la 12.

Après l'entretien d'information en présence des parents de la patiente, l'ablation chirurgicale a été effectuée sous prémédication (Dormicum®, Roche Pharma SA, Reinach, Suisse), sous anesthésie locale (Lidocaïne 2%, Streuli Pharma AG, Uznach, Suisse; autorisé pour les enfants âgés de moins de 12 ans). La dent de lait persistante 52 a été extraite, et un accès au processus alvéolaire a été créé au niveau antérieur droit du maxillaire supérieur. Après ablation de la compacta, la capsule de tissu conjonctif a pu être ouverte avant l'exérèse en bloc de l'odontome. On y a constaté de multiples éléments de type dentaire (fig. 3a, b). La capsule a fini par être extraite tout en protégeant les structures avoisinantes. Pour terminer, la plaie a été refermée en première intention.

Tous les tissus prélevés ont été fixés dans une solution tampon de formaldéhyde à 4%. La préparation a été divisée pour préparer des lames minces non décalcifiées et des coupes his-

tologiques en paraffine et en LR White. Dans la préparation des lames minces, l'examen histologique a montré, dans une structure de type dentaire, l'absence de papille dentaire dans la région de la dentine coronaire ainsi qu'une racine exceptionnellement courte (fig. 4). Dans le cas de quelques structures dentaires, on a également pu observer une formation immature d'émail avec des améloblastes allongés. On a toutefois noté l'absence d'un épithélium externe de l'émail ainsi que de la couche réticulaire, et d'une couche intermédiaire nette (fig. 5a). On a pu, la plupart du temps, constater un émail mature et des améloblastes réduits (fig. 5b, c). La présence d'une papille dentaire, d'odontoblastes, de pré-dentine ainsi que de dentine dans quelques structures de type dentaire indique une formation active de dentine (fig. 6). Aucune couche de ciment n'a pu être montrée dans la région radiculaire (fig. 7). De nombreuses structures ressemblant à des cémenticules étaient localisées près de la surface de l'émail (fig. 8).

La cicatrisation a eu lieu sans complication jusqu'au retrait des sutures. Lors du contrôle de suivi un an après, l'éruption de la 12 n'avait cependant pas encore eu lieu. En revanche, la 22 avait déjà largement fait éruption dans une position légèrement vestibulaire. Les radiographies ont permis de montrer une position plus caudale de la 12 et une croissance radiculaire avancée (fig. 9). La patiente a été adressée aux confrères de la Clinique d'orthodontie pour des examens complémentaires.

A la suite d'une expansion forcée du maxillaire supérieur, l'éruption de la dent 12 a eu lieu spontanément, près de deux ans après le diagnostic initial (fig. 10). On attend à présent que

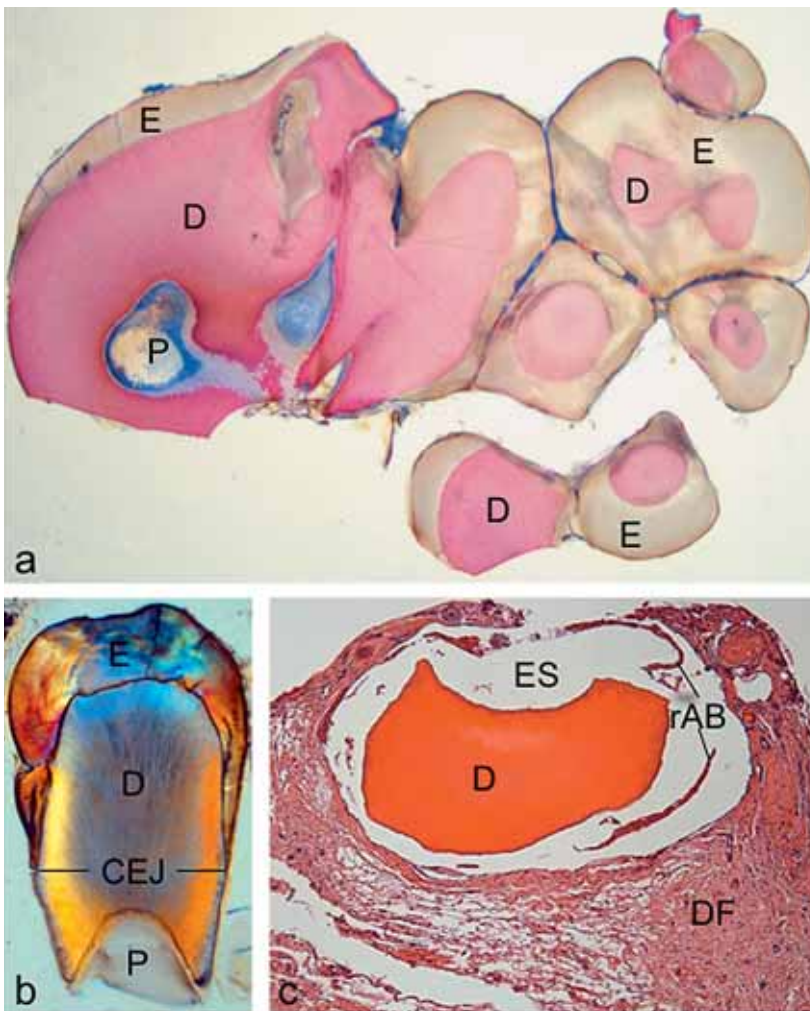


Fig. 4 Cette vue d'ensemble montre des structures dentiformes dans la préparation de lames minces non décalcifiées (a), en lumière polarisée (b) et dans la préparation de coupes en paraffine (c). Email mature (E), dentine (D), papille dentaire (P) et follicule dentaire (DF) sont discernables. (a) Les structures de type dentaire sont partiellement fusionnées, et le tissu conjonctif est absent autour des structures. (b) Une structure dentaire isolée présente une absence de papille dentaire dans la région de la dentine coronaire et une racine très courte à partir de la jonction entre l'émail et le cément (CEJ). (c) La coupe en paraffine montre une coupe transversale comportant un espace d'émail (ES) recouvert d'améloblastes réduits (rAB). Le follicule dentaire est constitué de tissu conjonctif ne comprenant pas d'épithélium odontogène.

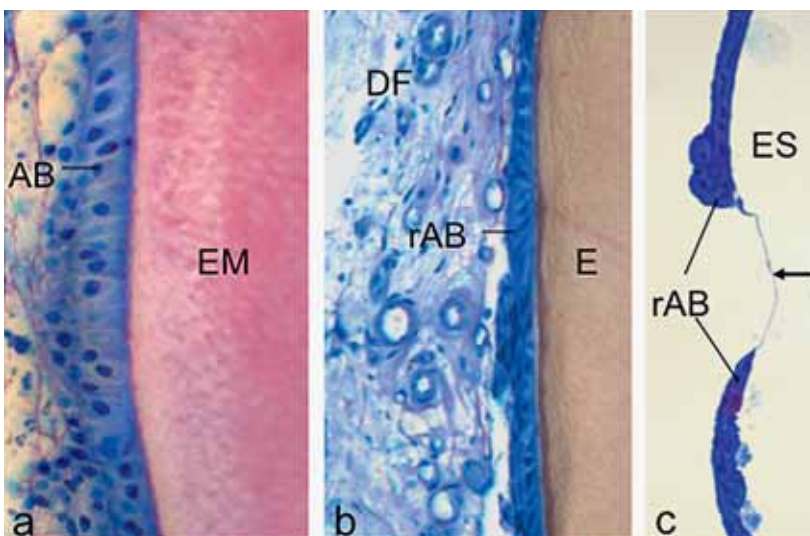


Fig. 5 Une préparation de lames minces non décalcifiées (a, b) et la coupe décalcifiée en LR White (c) montrent l'émail et les cellules avoisinantes. (a) Quelques «dents» présentent une formation immature d'émail, rendue visible grâce à la matrice de l'émail de couleur rose (EM). On constate des «prismes» d'émail (*rods*) recouverts d'améloblastes allongés (AB), mais pas d'épithélium d'émail externe, de couche réticulaire, ni de couche intermédiaire nette. (b) La plupart des structures de type dentaire présentent un émail mature et sont recouvertes d'améloblastes réduits courts. Quelques cellules de couche intermédiaire se trouvent au niveau des améloblastes réduits dans le voisinage du follicule dentaire. La couche réticulaire et l'épithélium d'émail externe sont absents. (c) La couche cellulaire d'améloblastes réduits est interrompue par endroits, alors que des zones exemptes de cellules sont présentes à la surface de l'émail. Un mince film basophile recouvre la surface de l'émail dans ces régions.

l'éruption dentaire se poursuive sans traitement actif supplémentaire.

Discussion

Les odontomes sont souvent diagnostiqués fortuitement lors de contrôles radiologiques de routine. Ce diagnostic est souvent établi en relation avec un retard d'éruption d'une dent

permanente. C'est la raison pour laquelle un contrôle radiologique doit toujours avoir lieu en cas de trouble d'éruption dentaire normale (IATROU ET COLL. 2010).

Les symptômes cliniques sont rares en cas d'odontomes, étant donné qu'ils ne présentent en général aucune éruption dans la cavité buccale à travers la muqueuse. Les tuméfactions de la muqueuse, douleurs ou encore troubles occlusaux sont ainsi plutôt inhabituels. Dans des présentations de cas isolés,

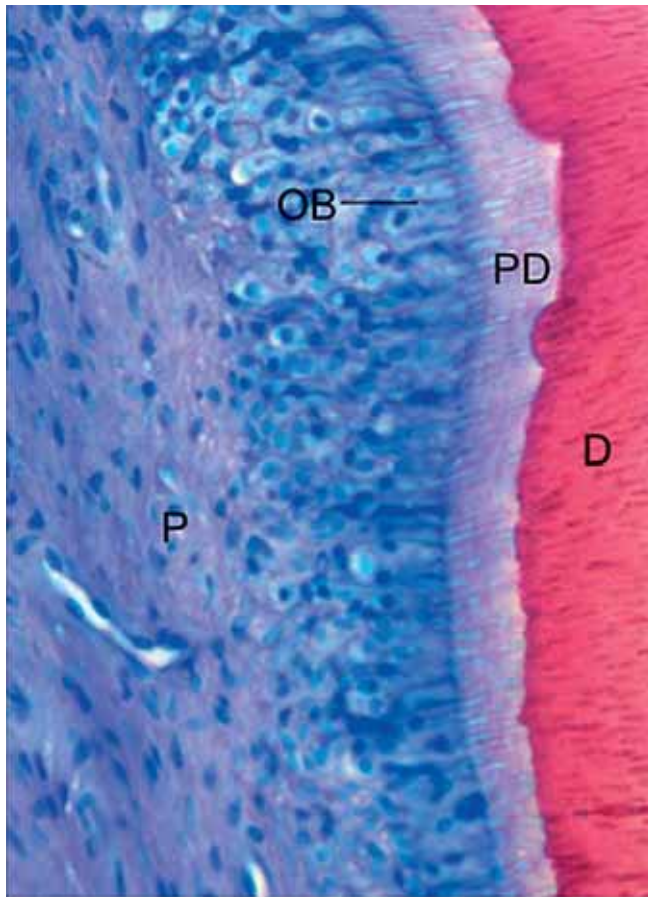


Fig. 6 La présence d'une papille dentaire (P), d'odontoblastes (OB), de pré-dentine (PD) et de dentine (D) dans quelques structures de type dentaire indique une formation encore active de dentine (préparation de lames minces non décalcifiées).

on a rapporté des éruptions d'odontomes composés ou complexes dans la cavité buccale, ces odontomes étant associés à des dents permanentes retenues. (JUNQUERA ET COLL. 2005, AMAILUK & GRUBOR 2008, SERRA-SERRA ET COLL. 2009). Le diagnostic est en général posé avant l'âge de 30 ans. Dans cette présentation de cas, c'est l'éruption dentaire asymétrique de l'incisive latérale du maxillaire supérieur qui a poussé le médecin-dentiste traitant à faire une radiographie simple pour examen. C'est ainsi que l'odontome a été diagnostiqué de manière fortuite.

Jusqu'à présent, les odontomes périphériques extraosseux ont été très rarement décrits. Ces derniers sont similaires aux odontomes intraosseux du point de vue histologique, mais apparaissent entièrement dans les tissus mous gingivaux. L'âge moyen des patients est de 6,6 ans en cas d'odontomes extraosseux, la variation d'âge allant de 5 mois à 14 ans (IDE ET COLL. 2008a, KINTARAK ET COLL. 2006, SILVA ET COLL. 2009). Les odontomes périphériques peuvent aussi percer dans la cavité buccale; il est alors à peine possible de les différencier de petits odontomes intraosseux ayant percé.

Les odontomes composés forment en général des altérations relativement petites apparaissant de manière isolée et présentant un diamètre de 1 à 30 mm. Dans quelques présentations de cas, on a aussi rapporté des diamètres pouvant atteindre 40 mm de même que des odontomes multiples (AJIKE & ADEKEYE 2000, BORDINI ET COLL. 2008, BHATAVADEKAR & BOUQUOT 2009). A un stade précoce de la formation, aucune substance dure ne peut se constituer: les lésions se manifestent en premier lieu de façon ostéolytique. Ces lésions sont donc rarement documentées radiologiquement ou passent inaperçues. En outre, leur ablation chirurgicale complète est difficile, et des récives peuvent alors survenir (TOMIZAWA ET COLL. 2005).

Dans le cas présent, la dent 12 dont l'éruption a été entravée n'a pas été cerclée après l'ablation chirurgicale de l'odontome. Il convient de décider au cas par cas et de préférence de manière interdisciplinaire s'il est indiqué d'effectuer un cerclage

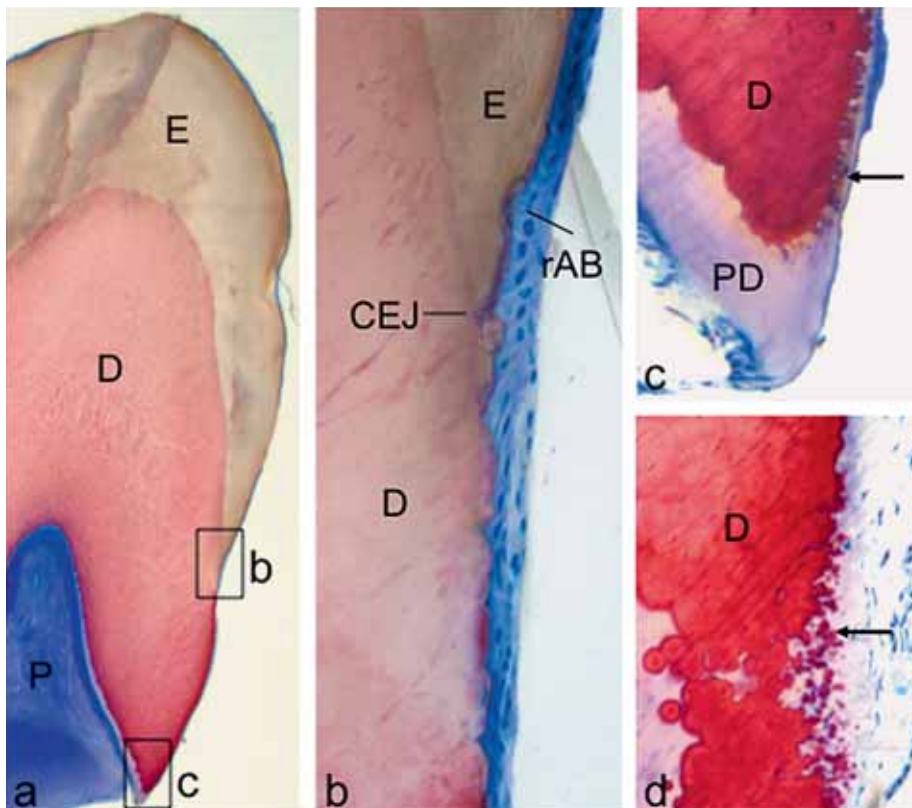


Fig. 7 Préparation de lames minces non décalcifiées d'une structure de type dentaire. La racine est courte. La papille dentaire (P) s'étend seulement sur une petite distance dans la dentine de la couronne (D). Le follicule dentaire est absent. (c) La région de la jonction émail-cément (CEJ) présente des améloblastes réduits (rAB) sur l'émail mature (E). La dentine radiculaire ne présente aucune couche de cément. (c, d) La racine présente, en direction apicale, une fusion de calcosphérites incomplète et une absence de couche de cément. (PD = pré-dentine).

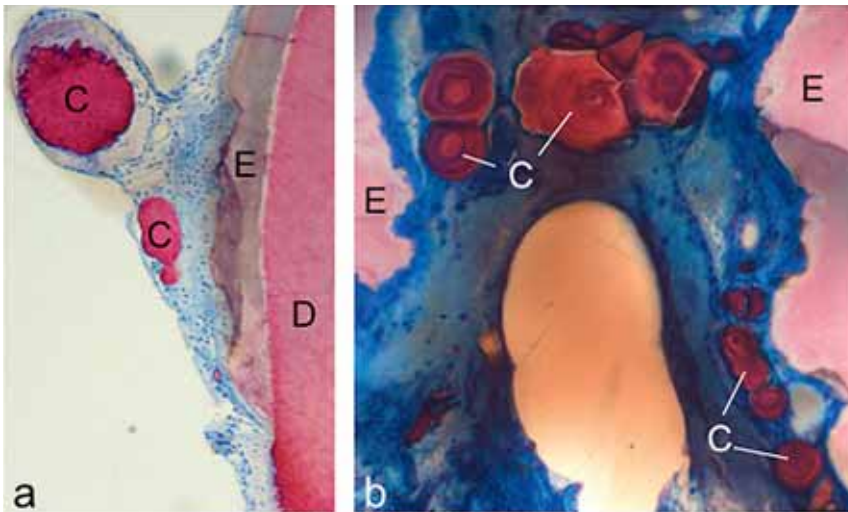


Fig. 8 Des structures calcifiées ressemblant à des cémenticules (c) se trouvent souvent près de la surface de l'émail. Quelques-unes de ces structures contiennent du tissu conjonctif (a), et d'autres présentent une superposition de couches plutôt lamellaire (b). (D = dentine, E = émail; préparation de lames minces non décalcifiées).

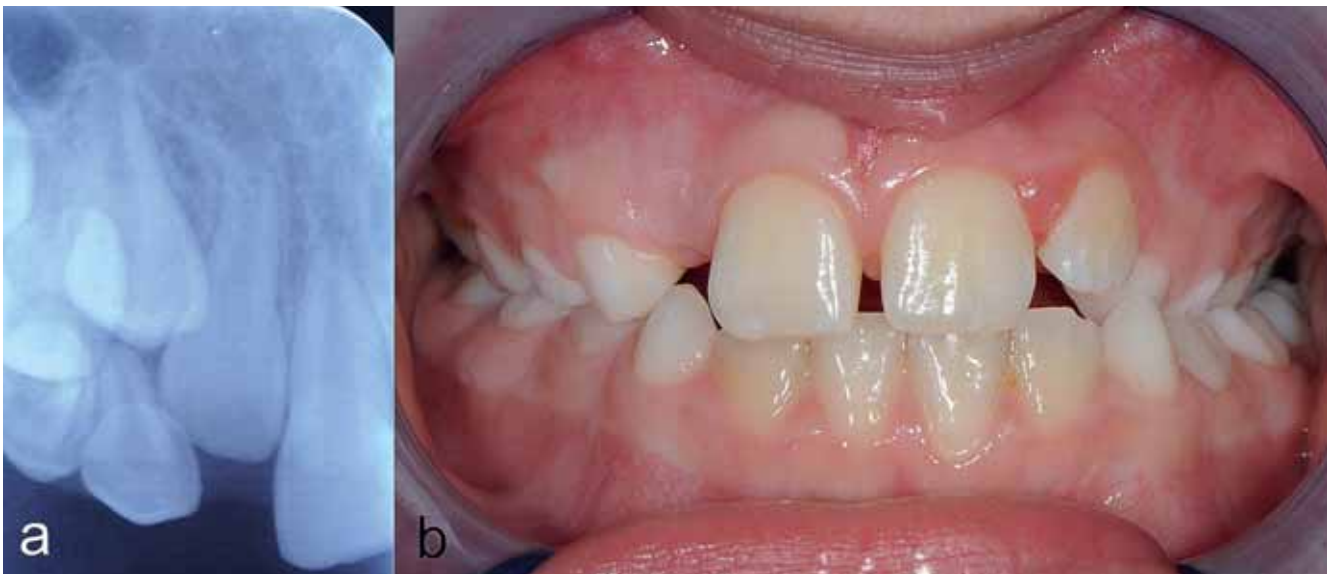


Fig. 9 Après 12 mois, les radiographies montrent une position nettement caudale de la 12 et une croissance radiculaire en progression (a). Du point de vue clinique, l'éruption de la 12 ne se produit cependant pas. Les dents 63, 64, 65 et 26 sont en occlusion croisée (b).



Fig. 10 L'éruption de la dent 12 a lieu spontanément après 21 mois. Après expansion forcée du maxillaire, l'occlusion croisée est corrigée.

avec repositionnement orthodontique subséquent ou d'attendre l'éruption de la dent retenue à la suite de l'ablation de l'odontome. La position de même que l'âge du patient et le

stade de la formation radiculaire de la dent retenue qui lui est associé jouent ici un rôle décisif. En cas de formation radiculaire incomplète, on peut plutôt escompter une éruption den-

taire spontanée (KOKICH 2004, ASHKENAZI ET COLL. 2007). L'extraction d'une dent permanente retenue en même temps que l'ablation de l'odontome est rarement nécessaire et est surtout entreprise après consultation de l'orthodontiste en cas de position fortement aberrante de la dent (LATROU ET COLL. 2010). Si une éruption dentaire spontanée ne peut pas être escomptée ou semble plutôt douteuse, il faut éviter le risque d'une deuxième intervention, surtout chez de jeunes patients lorsque la première opération a eu lieu sous anesthésie générale avec intubation.

Pour conclure, il convient de mentionner une particularité relative au diagnostic différentiel: le syndrome de Gardner à transmission héréditaire dominante autosomique. Ce syndrome décrit une polypose adénomateuse familiale du gros intestin (FAP) comprenant des manifestations extra-intestinales de tumeurs des parties molles, comme des kystes épidermoïdes, ainsi que des tumeurs bénignes telles que l'ostéome et l'odontome dans la région maxillaire. De plus, des dents surnuméraires et n'ayant pas percé peuvent être observées. Du fait de la dégé-

nérescence maligne relativement fréquente de l'adénome du gros intestin chez les jeunes patients à un âge moyen de 39 ans, le diagnostic précoce de la maladie revêt une importance exceptionnelle et peut considérablement améliorer le pronostic. Les odontomes apparaissent souvent en cas de syndrome de Gardner et peuvent donner un premier indice de la présence de cette maladie (WIJN ET COLL. 2007; KUNZ & HEINIMANN 2001). La détection d'odontomes multiples lors de contrôles radiologiques de routine chez le médecin-dentiste peut entre autres permettre la détection précoce du syndrome de Gardner.

Remerciements

Les auteurs remercient la D^r méd. dent. Jessica Mossaz (Clinique d'orthodontie, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne) pour la prise en charge du traitement orthodontique.

Bibliographie voir texte allemand, page 1153.