



Article Original

Ostéomes Maxillo-Mandibulaires : Épidémiologie, Diagnostic, Classification et Thérapeutique au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaounde (Cameroun)

Maxillo-mandibular osteomas: epidemiology, diagnosis, classification and therapeutic in the Yaoundé University Teaching Hospital (UTH). (Cameroon)

Bengondo MC¹, Mindja ED¹, Kenna E¹, Mengong H¹, Bengono G²

RÉSUMÉ

1- Département de Chirurgie buccale, Maxillo-faciale et Parodontologie
2- Département d'ORL et d'Ophthalmologie
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1 (Cameroun)

Adresse pour correspondance : Pr BENGONDO MESSANGA Charles, Service d'Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU de Yaoundé, Cameroun.
Tél : (237) 677 877 307 / 693 494 214
E-mail : cbengondom@yahoo.fr

Mots clés: ostéome – exostose – énostose – chirurgie, Yaounde

Key words: osteoma – exostosis – enostosis – surgery

Received: 21 September 2017
Accepted: 3 December 2017

Cette étude rétrospective a porté sur les ostéomes, sur une durée de quatre ans au CHU de Yaoundé. En tenant compte des données cliniques et des comptes rendus opératoires, les patients dont les dossiers jugés satisfaisants pour remplir les critères d'inclusions ont été retenus.

Il est apparu que les ostéomes sont peu fréquents dans notre contexte puisqu'ils ne représentent que 12,6 % des tumeurs osseuses. Ils se développent lentement et sans douleurs aux maxillaires comme à la mandibule. Cependant ils se localisent préférentiellement aux maxillaires. Ces ostéomes sont plus fréquents chez la femme et touchent surtout les adultes jeunes. Les diagnostics cliniques, radiologiques et histologiques sont assez aisés, permettant de classer les ostéomes en exostose et en énostose (endostose) selon qu'ils ont une évolution extra ou endosseuse. Le traitement est uniquement chirurgical et ne donne pas lieu aux récives.

ABSTRACT

This retrospective study about osteoma covered a period of four years in the Yaoundé UTH. Considering clinical data and the operative reports registers, patients with files containing satisfactory information about their illness were included in our study.

We found out that osteomata are less frequent in our milieu. Amongst bone's tumours, osteomata represent only 12.6 %. They grow slowly in the maxillae as well as in the mandible, without pain. Meanwhile, maxilla's localization is more frequent. The osteomata are frequently seen in women and concern mostly young adults.

Clinical, radiological and histological diagnoses are easy. From these elements, osteomata can be classified in two groups; exostosis and enostosis (endostosis) according to the orientation of the growth. Surgery as of now remains the only way of treating these benign tumors, without recurrences.

INTRODUCTION

Les ostéomes maxillo-mandibulaires sont des tumeurs bénignes osseuses d'évolution lente et non douloureuse, de consistance ferme (1, 2). Ils peuvent atteindre des volumes impressionnants et occasionner des gênes fonctionnelles et esthétiques ou lors de la réalisation des prothèses dentaires. Leur étiologie est inconnue(2). Les ostéomes se caractérisent par la densification solide tumorale d'os compact dur, dense ou éburné, parfois parcourue de noyaux spongieux (3). Leurs présentations sont variables, concernant les formes. Le diagnostic et leur thérapeutique sont relativement complexes.

Le but de ce travail était de présenter, les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et proposer une classification des ostéomes maxillo-mandibulaires dans notre milieu.

PATIENTS ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective descriptive s'était déroulée dans le service d'odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yaoundé de juin 2012 à juin 2016, soit une durée de quatre ans.

Partant des registres des consultations du service et des comptes rendus du bloc opératoire, nous avons retenu tous les dossiers des patients ayant été consultés et traités pour ostéomes, sans distinction de sexe. Pour être inclus dans cette étude, chaque patient devait avoir un dossier comprenant les éléments d'identification, le motif de consultation, les données concordantes du diagnostic clinique et des examens complémentaires, la description et les résultats de la thérapeutique.

Nous avons exclu de cette étude les patients dont les dossiers étaient incomplets et inexploitable faute de données précises relatives au diagnostic et à la thérapeutique. L'étude étant rétrospective, il nous était difficile d'obtenir le consentement des patients. Nous nous sommes néanmoins engagés à protéger les données pouvant permettre d'identifier les patients dont les dossiers ont été retenus.

Les données cliniques, radiologiques et histologiques ont permis de poser le diagnostic. Pour la thérapeutique, nous avons utilisé tout le matériel indispensable à la chirurgie des tissus calcifiés et des tissus mous.

RÉSULTATS

Aspects épidémiologiques

Population d'étude

Durant la période retenue pour cette étude, nous avons consulté 4320 patients et nous avons diagnostiqué 21 cas d'ostéomes. Seuls 18 cas ont été retenus et ont fait l'objet de la description. Trois autres étaient rejetés car ne répondant pas aux critères d'inclusion.

Pour les 18 patients inclus, 10 ont été directement recrutés au CHU et huit étaient référés des formations sanitaires périphériques. Ils venaient de tous les milieux socio-professionnels.

L'âge moyen des patients était de 22 ans, avec des extrêmes de 17 et 68 ans.

Il y avait 11 patients du genre féminin et sept de genre masculin, soit un sex ratio de 0,63.

Fréquence

En considérant la population totale des patients et les ostéomes retenus dans cette étude, la fréquence hospitalière des ostéomes a été de 0,42 %.

Par rapport au temps nous avons identifié en moyenne 4,5 cas par an.

Le service, au cours de la même, période a enregistré 143 cas de tumeurs osseuses. Les ostéomes y représentaient 12,6 %.

Aspects diagnostiques

Diagnostic clinique

Tous les patients ont consulté pour tuméfaction maxillaire ou mandibulaire évoluant sans douleur depuis plusieurs années, avec un aspect disgracieux dans les localisations vestibulaires. A ceci, s'ajoutait une gêne liée à la position de la langue lors de l'élocution. De plus, deux patientes ont consulté pour se rassurer que ces tumeurs n'étaient pas malignes ou alors ne risquaient pas le devenir.

Il n'a été noté aucun antécédent particulier chez ces patients, pouvant expliquer l'origine des ostéomes. Nous n'avons pas observé d'ostéome aux rebords alvéolaires.

Aucun patient n'avait fait mention exacte de la date du début de la tuméfaction. Selon leurs déclarations, il serait passé en moyenne cinq ans pour les hommes et trois pour les femmes, entre la découverte de la tumeur et la première consultation. Huit patients (44,4 %) ont attendu au moins 15 ans pour consulter.

Les ostéomes se localisaient sur les faces vestibulaires, linguales ou palatines des mâchoires. Nous en avons observé 11 aux maxillaires (61,1 %) et sept à la mandibule (38,9 %).

Les ostéomes maxillaires de la face vestibulaire étaient de petit volume, recouverts par une muqueuse distendue et amincie, blanchâtre, on dirait qu'il y avait du pus en dessous, comme le montrent les figures 1 et 2, présentant des ostéomes dont un que nous avons qualifié de perlé.

A la face palatine des maxillaires, nous avons observé, au niveau du raphé médian, des excroissances de différentes formes que nous avons considérées comme étant des torus palatins. Il y en avait sept au total, comprenant un quadrilobé, deux trilobés et quatre bilobés. Le torus palatin quadrilobé, impressionnant par sa morphologie et son volume est présenté sur la figure 3.

Sur la face linguale de la mandibule, nous avons observé trois excroissances isolées localisées entre les deuxième prémolaires et la première molaire ainsi que deux excroissances en boudin, bilatérales, allant de la région incisivo-canine aux deuxième molaires. Ces excroissances ont été qualifiées comme étant des torus mandibulaires. Le torus en boudin bilatéral est présenté sur la figure 4.

Dans le secteur molaire mandibulaire nous avons observé deux cas de tuméfaction non douloureuse, mais déformant l'aspect du visage. Ces tuméfactions ont donné un aspect localement arrondi à la branche

horizontale de la mandibule. La muqueuse recouvrant tous ces ostéomes avait un aspect normal.

A la palpation, tous les ostéomes étaient de consistance ferme, fixes, sans douleur spontanée ou provoquée. Il n'y avait pas d'adénopathies.

Diagnostic radiologique

A tous les patients inclus dans cette étude, il a été prescrit une radiographie. Dans les ostéomes maxillaires, la radiographie panoramique qui était la plus demandée dans notre contexte n'a pas montré des images déterminantes.

Au niveau mandibulaire, des radiographies panoramiques et des scanners ont été demandés. Ainsi, chez un patient de 63 ans, nous avons observé une image d'ostéo-condensation interne à l'os, comme cela apparaît sur le scanner de la figure 5. Cette image ne montrait aucune limite avec l'os normal.

Diagnostic anatomo-pathologique

L'analyse histologique a permis d'identifier de l'os cortical, l'os spongieux ou une structure cortico-spongieuse. Cette analyse a écarté toute possibilité d'ostéoblastome et d'ostéome ostéoides.

Classification

Les données cliniques et radiologiques ont permis de classer les ostéomes maxillo-mandibulaires en deux groupes ainsi qu'il suit

Les exostoses : excroissances extra osseuses pédiculées ou non, comprenant les torus palatins et mandibulaires ainsi que les exostoses perlées maxillaires.

Les énostoses : tuméfactions intra osseuses radio opaques, sans images de séparation entre la corticale et la partie interne de l'os. Cette tuméfaction est une ostéo-condensation endogène de l'os. La répartition topographique selon cette classification et par rapport au sexe est présentée sur le tableau I.

Tableau I : Classification et répartition des ostéomes selon le sexe

Ostéomes	Exostose		Enostose	Sexe		Total	%
	Pédiculé	Sessile		Féminin	Masculin		
Maxillaire	4	7	0	8	3	11	61.1
Mandibulaire	5	0	2	3	4	7	38.9
Total	9	7	2	11	7	18	100.0



Figure 1 : Ostéome maxillaire perlé



Figure 2 : ostéome maxillaire



Figure 3 : Torus palatin quadrilobé



Figure 4 : Torus mandibulaire lingual en boudin

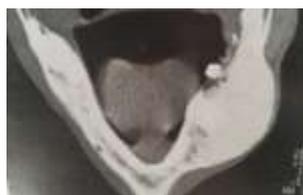


Figure 5 : Scanner d'une énostose mandibulaire

Thérapeutique

Le traitement était chirurgical et dépendait du volume tumoral. Les ostéomes de petit volume ont été opérés sous anesthésie locorégionale et les plus volumineux l'étaient sous anesthésie générale. Dans les ostéomes de petit volume, nous avons réalisé une incision de Partch 2. Après un décollement, les lambeaux étaient souples, permettant ainsi des ostéoplasties creusantes à la fraise à os. La surface osseuse a été régularisée avec une râpe à os. Les lambeaux muqueux repositionnés ont été suturés au fil de soie 2.0.

La chirurgie des torus palatins a été faite sous anesthésie générale. Des incisions muqueuses en double Y couché dont les fourches se situaient aux extrémités de l'ostéome ont permis l'accès à l'os. A la mandibule, le tracé de l'incision a longé la face linguale, avec des décharges postérieures. Après décollement des lambeaux, nous avons réalisé des ostéoplasties à l'aide des ciseaux et des fraises à os. La régularisation de la surface osseuse a été faite à la râpe. Les sutures muqueuses ont été réalisées au fil de soie 2.0.

Les énostoses ont été traitées par des ostéotomies incomplètes inter corticales en utilisant des fraises à os pour éliminer toute l'ostéo-condensation.

Dans tous les cas, des corrections redimensionnant les lambeaux étaient nécessaires pour un bon repositionnement et des sutures.

Des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des bains de bouche ont été prescrits. Les suites opératoires étaient sans particularité. Jusqu'à présent, nous n'avons observé aucune récurrence.

DISCUSSION

Les ostéomes maxillo-mandibulaires sont des tumeurs osseuses bénignes peu courantes dans notre contexte. Leur distribution dans la population montre une plus grande fréquence dans le genre féminin, concordant aux observations faites par d'autres auteurs (4,5). Cette plus grande atteinte féminine n'a pas actuellement une explication valable.

Nous avons observé que les ostéomes se développaient plus chez les sujets jeunes puisque l'âge moyen des patients était de 22 ans, comme dans la littérature (2,6). A partir de là, nous pouvons penser qu'il s'agirait d'un dérèglement métabolique osseux local pour expliquer ces tumeurs qui apparaissent chez le sujet jeune et qui atteindraient leur maturité à l'âge adulte. Cette évolution se fait sans douleur du plus petit au plus grand volume tumoral. Dans notre étude, l'interrogatoire n'a permis dans aucun cas de relever une notion de traumatisme ou toute autre à la quelle l'origine de ces ostéomes serait attribuée. Puisqu'ils étaient isolés, ces ostéomes ne pouvaient pas être pris comme composante d'un syndrome de Gardner.

En considérant la pathologie tumorale osseuse, les ostéomes n'y représentent que 12,6 %, traduisant une fois de plus leur faible fréquence, même dans un cadre spécifique comme notre service.

Dans notre contexte, la précocité de la consultation est liée à la douleur. Sans douleur il est compréhensible que la consultation ici soit tardive. Ce retard de consultation n'est pas spécifique à notre localité, puisqu'il se rencontre autant en Inde (7). Le retard est plus marqué chez les hommes, signifiant probablement le peu d'intérêt que ceux-ci accordent à leur apparence.

Le diagnostic clinique est assez aisé quand on connaît cette pathologie. Il suffit pour cela en savoir les localisations, les morphologies, leur consistance dure, sous une muqueuse parfois amincie. A cet ensemble, il faut ajouter l'absence totale de douleur.

L'imagerie complète bien ce diagnostic et permet de mieux l'affiner. Elle permet une classification des ostéomes comme cela s'est fait dans ce travail. Ainsi nous avons pu observer des ostéomes pédiculés ou sessiles qui sont des exostoses puis des énéostoses à croissance locale endon osseuse.

Bien qu'indiquée dans le diagnostic de ces ostéomes (8,9), la tomographie, prohibitive par son coût pour le citoyen lambda dans notre contexte connaît par là les limites de son utilisation, surtout dans des pathologies comme celles que nous avons présentées dans lesquelles la menace de mort n'est imminente. Le praticien se trouve devant un dilemme car il se demande s'il faut demander un scanner ou non face aux cas suspects d'énéostose.

Au niveau histologique, le diagnostic est concordant à la symptomatologie des tumeurs bénignes, caractérisées par une évolution lente et sans douleur. Ici, il a été retrouvé des composantes normales de l'os, mais hypertrophiées.

Le traitement des ostéomes a été uniquement chirurgical. Dans le cas des énéostoses, nous avons opté pour l'ostéotomie incomplète inter corticale dans le but de déstabiliser le noyau de croissance centrifuge et stopper ainsi son évolution. N'avons pas observé jusqu'à présent de récurrence, même pour ceux des ostéomes opérés en 2012.

RÉFÉRENCES

- 1- **Iatrou IA, Leventis MD, Dais PE, Tosios KI.** Peripheral osteoma of the maxillary alveolar process. *J Craniofac Surg* 2911;18:1169-73.
- 2- **Omezzine M, Oualha L, Khochtal H.** Ostéome périphérique sur le procès alvéolaire maxillaire. *Med Buccale Chir Buccale* 2011;17 :245-7.
- 3- **Le Breton G.** Tumeurs bénignes des maxillaires d'origine non dentaire in *Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique*. 1997 Ed CdP, Vélizy, France. p257-68.
- 4- **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;52:467-69.
- 5- **Woldenberg Y, Nash M, Bodner L.** Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. *Med Oral Pathol Cir Bucal* 2005;10(suppl 2):139-42.
- 6- **Dalambiras S, Boutsoukiss C, Tilaveridis I.** Peripheral osteoma of the oral maxilla: report of an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2005; 100:19-24.
- 7- **Kapoor V.** Tumours of the oral cavity, in textbook of oral and maxillofacial surgery 2007. Ed Arya, New Delhi, India. P 387-434
- 8- **Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Gunhan O.** Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1299-301.
- 9- **Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S.** Solitary central osteoma of the jaws: a diagnosis dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2008; 106:22-9.