

Approche diagnostique d'images maxillaires diffuses radioclares et radio-opaques : présentation d'un cas

Baranes M¹, Gaultier F¹, Alantar A², Maman L¹

¹*Université Paris Descartes, Paris, France*

et Service d'Odontologie, Hôpital Charles Foix, Ivry/Seine, France

²*Service d'Odontologie, Hôpital Max Fourestier, Nanterre, France*
marcharanes@gmail.com

Une patiente de 41 ans, d'origine malienne, se présente en consultation pour avoir un autre avis sur une suspicion d'améloblastome mandibulaire et la proposition d'exérèse faite par un praticien. L'entretien médical retrouve une anémie ferriprive, une hypothyroïdie et une hypertension artérielle stabilisée. Le traitement actuel comprend du Lodoz[®] (bisoprolol, hydrochlorothiazide), Lévothyrox[®] (lévothyroxine) et Tardyferon[®] (sulfate ferreux). L'examen exobuccal ne met en évidence ni tuméfaction, ni adénopathies. Une voussure vestibulaire à hauteur de la 36 est observée. L'ensemble des dents présente des tests de vitalité pulpaire positifs. La radiographie panoramique montre au maxillaire des images mixtes radioclares et radio-opaques arrondies, d'environ 10 à 15 mm de diamètre, siégeant autour des apex de 15, 17 et 18. Des images radioclares sont retrouvées à la mandibule autour des apex de 46 et 47. Le bilan inflammatoire (VS à 1h : 9mm ; CRP 1 mg.ml⁻¹) et le dosage des phosphatases alcalines sont normaux. La sémiologie radiologique et l'anamnèse (en particulier l'âge, le sexe et l'origine de la patiente) orientent vers le diagnostic de dysplasie cémento-osseuse floride. La dysplasie fibreuse périapicale donne aussi des images radioclares associées à des images hyperdenses, sa distinction de la dysplasie cémento-osseuse est parfois contestée (Kramer et al. 1992). Le diagnostic d'améloblastome a été écarté compte tenu d'une nosologie complètement différente par rapport au tableau clinique. Le diagnostic de maladie de Paget a été écarté compte tenu de l'absence d'élévation des phosphatases alcalines et de la localisation élective aux maxillaires et le tableau clinique (anamnèse familiale) et radiologique était peu spécifique de cette affection.

La dysplasie cémento-osseuse floride atteint préférentiellement les femmes d'origine africaine à partir de la quatrième décade (MacDonald 2003). L'examen endobuccal est peu spécifique en dépit de voussures osseuses parfois observées. Le plus souvent, il s'agit d'une découverte fortuite au cours d'un examen radiographique de contrôle qui montre des images spectaculaires en décalage avec l'examen clinique. Les signes radiographiques sont divers et hiérarchisés selon différents stades de remodelage cémento-osseux (Kawai et al., 1999). Les images caractéristiques et quasi pathognomoniques de cette affection sont les images radio-opaques périapicales semi-lumaires mais également des lobules et des sphères radio-opaques appendues aux apex de dents vivantes respectivement entourées d'un halo radioclaire. Le bilan biologique est normal et les phosphatases alcalines ne sont pas augmentées.

L'attitude thérapeutique consiste à prévenir tout risque de surinfection. L'abstention thérapeutique, la surveillance et la prévention des complications a été choisie dans ce cas compte tenu de l'extension de la lésion et de son caractère bénin. Les traitements endodontiques éventuels sont réalisés dans des conditions optimales d'asepsie. Les extractions nécessitent une antibiothérapie préventive, les gestes chirurgicaux doivent être peu agressifs. La fermeture muqueuse, passive de préférence, est recherchée pour éviter tout risque d'exposition d'os fibrosé, faiblement vascularisé et pour prévenir toute surinfection en particulier une ostéomyélite sclérosante.