



Ostéome périphérique mandibulaire : Rapport de cas et revue de la littérature

Auteurs:

Braem D MD, DDS^{1,*},

Sibille L MD, DDS^{1,2}

Olszewski R DDS, MD, PhD, DrSc, Prof^{1,3,4,5}

Affiliations:

¹ Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale Cliniques universitaires saint Luc, UCLouvain, Bruxelles

² Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, Cliniques de l'Europe, Bruxelles

³ Oral and maxillofacial surgery Lab (OMFS Lab), NMSK, IREC, UCLouvain, Bruxelles

⁴ Department of Perioperative Dentistry, L. Rydygiera Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

⁵ Visiting professor, Department of maxillofacial surgery, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

*Corresponding author: Dr D. Braem, Service de stomatologie et de chirurgie
maxillo-faciale, Cliniques universitaires Saint Luc, UCLouvain, Av. Hippocrate 10,
1200 Bruxelles ; dimitri.braem2011@gmail.com, ORCID ID: 0009-0003-9431-1706

Disclaimer: the views expressed in the submitted article are our own and not an official position of the institution or funder.

27

28

Résumé

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

L'ostéome est une tumeur ostéoblastique bénigne. Il se développe de préférence dans la région crâniofaciale, mais reste une tumeur rare. Il est souvent asymptomatique et découvert par hasard. Il peut se présenter sous la forme d'un gonflement osseux localisé, causant des préoccupations esthétiques et fonctionnelles pour les patients. Il est essentiel de comprendre les caractéristiques cliniques et radiologiques ainsi que le traitement afin d'assurer une prise en charge appropriée et efficace. Il existe des différences claires qui permettent de distinguer l'ostéome de l'ostéome ostéoïde mandibulaire.

Bien que le pronostic de l'ostéome mandibulaire soit généralement favorable, il est essentiel de connaître cette affection pour pouvoir la diagnostiquer et la prendre en charge à temps, notamment afin de la différencier des lésions plus agressives de la mâchoire.

Mots-clés: ostéome, mandibule, tomographie à faisceau conique, ostéome ostéoïde

45

Abstract

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

Osteoma is a benign osteoblastic tumor. It preferentially develops in the craniofacial region but remains a rare tumor. It is often asymptomatic and discovered incidentally. It can present as a localized bony swelling, causing aesthetic and functional concerns for patients.

Understanding clinical and radiological characteristics and treatment is essential to ensure appropriate and effective management. There are some clear differences that allow for the differentiation between osteoma and mandibular osteoid osteoma.

While the prognosis for mandibular osteoma is generally favorable, awareness of this condition is crucial for timely diagnosis and management, particularly to differentiate it from more aggressive lesions of the jaw.

Keywords: osteoma, mandible, CBCT, osteoid osteoma

59

60 **Introduction**

61 L'ostéome est une tumeur ostéoblastique bénigne. Il se développe
62 préférentiellement dans la région cervico-faciale, mais reste une tumeur rare [1, 2].
63 Cette entité est souvent asymptomatique et découverte de manière fortuite. Il peut se
64 présenter sous la forme d'une tuméfaction osseuse localisée, entraînant des
65 préoccupations esthétiques et fonctionnelles pour les patients.
66 Comprendre les caractéristiques cliniques, radiologiques et le traitement est
67 essentiel, afin d'assurer une prise en charge adéquate et efficace. Il existe quelques
68 différences claires qui permettent de différencier un ostéome d'un ostéome ostéoïde
69 mandibulaire. Il doit également être différencié d'autres lésions plus agressives.
70 Leur étiopathogénie est controversée [3].
71 Nous présentons ici le cas d'un patient avec augmentation progressive d'une
72 tuméfaction mandibulaire droite.

73 **Rapport de cas**

74 Un homme de 50 ans s'est présenté en consultation avec une tuméfaction au
75 niveau de la branche horizontale mandibulaire droite, avec augmentation progressive
76 depuis 5 ans. Le patient ne présente aucune douleur associée à la tuméfaction.

77

78 Au niveau des antécédents médico-chirurgicaux du patient, on relève une chirurgie
79 d'un kyste à la joue droite à l'âge de 11 ans. Le patient est sous traitement par
80 Forzaten et Tamsulosine et ne présente pas d'allergies connues. Le patient déclare
81 consommer un verre d'alcool par jour et être non-fumeur. On ne note aucune notion
82 de traumatisme survenu de manière antérieure dans la région mandibulaire.

83

84 À l'examen clinique, une tuméfaction de 5 cm de diamètre est observée au niveau de
85 la branche horizontale droite. Cette tuméfaction est non adhérente à la peau, dure et
86 de consistance osseuse, mobile à l'ouverture et la fermeture buccale. Aucun signe de
87 rougeur, chaleur ou infection n'est présent. Le patient ne présente pas d'hypoesthésie
88 du nerf alvéolaire inférieur droit. Le reste de la palpation de la mandibule et du cou
89 ne présentent pas de particularités.

90

91 Une radiographie panoramique est alors réalisée et montre une radio-opacité
92 mandibulaire droite (Figure 1).

93

94

95



Fig. 1. Radiographie panoramique. Flèche : radio-opacité mandibulaire droite bien circonscrite, superposée sur le trajet du canal du nerf alvéolaire inférieur droit, dans la région de l'angle mandibulaire droit.

Un examen par tomographie à faisceau conique (CBCT) révèle la présence d'un ostéome mandibulaire droit, pédiculé, avec le canal du nerf alvéolaire inférieur droit se retrouvant à distance de la lésion (Figures 2, 3).

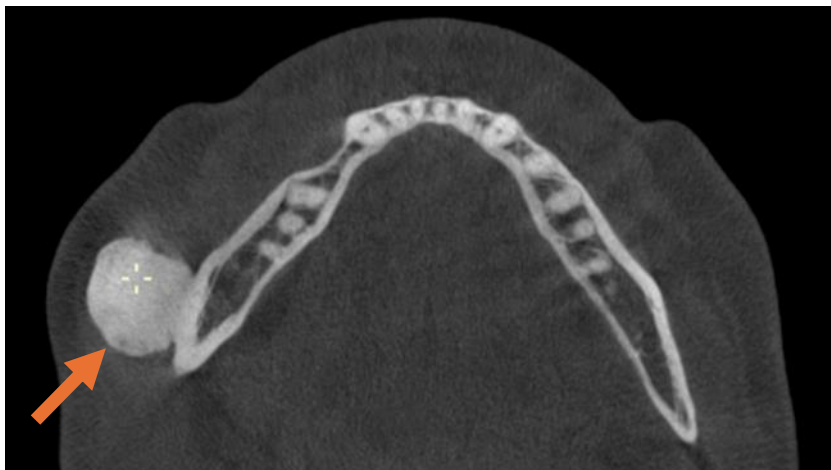


Fig. 2. Tomographie à faisceau conique (CBCT), Planmeca Promax 3D Mid. Vue axiale. Flèche : aspect typique d'ostéome mandibulaire. La lésion osseuse se trouve à distance du canal du nerf alvéolaire inférieur droit.

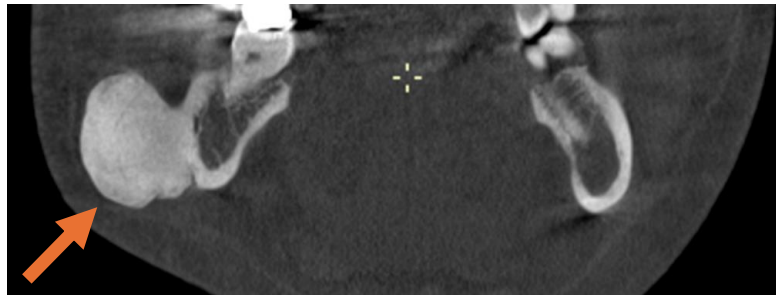


Fig. 3. Tomographie à faisceau conique (CBCT), Planmeca Promax 3D Mid. Vue coronale. Flèche : aspect typique d'ostéome mandibulaire. La lésion osseuse est bien circonscrite, homogène, appendue et en continuité avec la corticale vestibulaire du corps mandibulaire D. On note une déformation des tissus mous dû à la présence de cette lésion.

Une scintigraphie osseuse est prescrite pour exclure une maladie systémique, telle que la maladie de Paget. Celle-ci montre une formation nodulaire ossifiée au niveau para-mandibulaire droit, avec une activité ostéoblastique active, suggérant un ostéome.

Le patient est ensuite informé de l'intervention prévue (exérèse chirurgicale), des voies d'abord possibles (voie endobuccale ou cervicale), ainsi que des risques associés (hypoesthésie du nerf alvéolaire inférieur, atteinte des vaisseaux faciaux). Au contrôle à une semaine, on observe une absence d'hypoesthésie du nerf alvéolaire inférieur droit. Un léger gonflement persiste, et la plaie intra-buccale est propre.

Au contrôle à un mois, le patient s'alimente normalement. Le patient a récupéré une symétrie faciale. La palpation est indolore et le nerf alvéolaire inférieur droit est fonctionnel à 100%.

Un contrôle clinique et un examen CBCT programmés 6 mois après l'opération montrent une restitution *ad integrum* tant clinique que radiologique.

Discussion

L'ostéome est une tumeur osseuse bénigne rare, à croissance lente et souvent asymptomatique [4]. Il affecte presque exclusivement le squelette crâniofacial [2, 5]. Les ostéomes sont généralement détectés chez les individus de plus de 30 ans. Mais cet âge varie fortement d'un pays à l'autre, suggérant que des facteurs

génétiques et environnementaux pourraient influencer le moment de la survenue des ostéomes. Les raisons sous-jacentes de cette différence de survenue restent cependant inconnues [5]. Il n'existe pas de prédilection pour le sexe [5].

Cette tumeur se trouve le plus souvent dans les sinus paranasaux et moins fréquemment dans les régions de la mandibule, qui ont été exposées aux traumatismes [2, 5, 7]. L'atteinte mandibulaire est plus fréquente que l'atteinte maxillaire [7]. L'ostéome périphérique solitaire du squelette gnathique est une affection rare, avec une prévalence inférieure à 1 %.

Différentes étiologies sont discutées dans la littérature. L'ostéome est considéré comme un processus tumoral bénin ou comme un processus réactionnel avec stimulation de la croissance osseuse par une infection ou un traumatisme. Dans le cas d'un traumatisme, l'ostéome ferait suite à un œdème ou à un hématome sous-périosté facilité par la traction des muscles au niveau des zones d'insertion musculaire sur le périoste, entraînant son élévation. L'association de ces éléments favoriseraient une réaction ostéogénique[2, 3]. L'association des ostéomes avec des maladies du côlon telles que le syndrome de Gardner suggère une possible nature héréditaire [8].

Selon le site, on distingue trois sous-types d'ostéomes [1, 7]:

- Central, caractérisé par un développement endo-osseux progressif, aboutissant finalement au remplacement complet du segment osseux affecté,
- Périphérique, constitué d'un développement périosté qui peut apparaître comme une masse pédiculée,
- Extra-osseux, qui se développe au sein des tissus mous, en particulier dans les muscles.

Les symptômes dépendent du site atteint. Les ostéomes des sinus paranasaux provoquent une sinusite, des céphalées et des manifestations ophtalmologiques. L'ostéome mandibulaire peut être asymptomatique ou provoquer un gonflement indolore et une déformation esthétique dans sa forme périphérique. Les ostéomes qui se développent au dépend du condyle peuvent provoquer des troubles esthétiques et fonctionnels.

Des difficultés de mastication, de déglutition ou de respiration pour des ostéomes de grande taille ont également été rapportés [7, 8].

L'ostéome ostéoïde, par contre, se manifeste cliniquement par des douleurs inflammatoires à recrudescence nocturne classiquement soulagées par des anti-inflammatoires non stéroïdiens [9]. L'ostéome ostéoïde est cependant souvent asymptomatique et de découverte fortuite à la radiographie panoramique. Son potentiel de croissance lent et progressif peut également provoquer une asymétrie faciale [8].

Le syndrome de Gardner ne doit pas être oublié dans le diagnostic. Il appartient au spectre de la polypose adénomateuse familiale. Les signes extradiigestifs notamment maxillo-faciaux permettent un diagnostic précoce et une surveillance adéquate des polypes digestifs dont la transformation maligne quasi certaine domine le pronostic. Des kystes épidermoïdes de la face et des ostéomes du crâne et des maxillaires associés à de très variables anomalies dentaires, font suspecter l'affection par leur précocité et leur caractère récidivant [10]. Les ostéomes récidivants isolés étant rares, il faut donc penser en premier lieu à ce syndrome [4]. Sur le plan diagnostique, la radiographie standard (panoramique ou cliché rétro-alvéolaire) est l'examen de première intention. Mais l'ostéome peut parfois passer inaperçu à la radiographie panoramique en raison de l'anatomie mandibulaire [11]. La radiographie conventionnelle doit être complétée par une imagerie tridimensionnelle : tomographie computerisée hélicoïdale (CT-scan) ou la tomographie à faisceau conique (CBCT), qui constituent l'examen de référence pour diagnostiquer un ostéome. L'ostéome montre une masse compacte, bien circonscrite, radio-opaque, à base pédiculée ou large dans sa forme périphérique, rattachée à de l'os cortical normal. L'ostéome ostéoïde est plus radio-transparent que radio-opaque, entouré d'une radio-opacité réactive [12]. La plupart des auteurs affirment que la lésion ostéoïde dépasse rarement 2 cm de grand axe [6]. La scintigraphie osseuse peut être utilisée pour déterminer si il s'agit d'une lésion ancienne et mature ou d'une lésion jeune [4]. Concernant l'ostéome ostéoïde, la scintigraphie est principalement utilisée pour un diagnostic précoce et pour guider des examens complémentaires plus précis, et afin d'exclure une pathologie systémique comme la maladie de Paget. Quant à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui présente l'avantage de ne pas utiliser de rayonnements ionisants, elle est surtout recommandée en cas d'atteinte de l'os médullaire ou lorsque les autres techniques d'imagerie ne permettent pas de poser un diagnostic concluant [9].

Histologiquement, les ostéomes se caractérisent par une prolifération atypique d'os compact ou d'os spongieux et par le dépôt d'ostéoblastes. Les ostéomes peuvent être classés en trois types : compacts, spongieux (entouré d'une fine corticale) et mixte [4].

Afin de proposer un traitement approprié, un diagnostic clair est essentiel. L'ostéome périphérique apparaît généralement comme une masse unilatérale,

pédiculée, radio-opaque, en forme de champignon. Cette présentation est donc plus facile à diagnostiquer par rapport à l'ostéome central [4]. Cependant, il est difficile de distinguer les ostéomes périphériques des exostoses de la mâchoire. Cliniquement, les exostoses sont généralement multiples et localisées dans la zone gingivale attachée. Ceux-ci présentent des caractéristiques histopathologiques similaires [4].

Le diagnostic différentiel doit comporter l'ostéoblastome, le cémentoblastome, l'ostéomyélite sclérosante, ou encore d'autres pathologies comme le kyste résiduel, l'odontome complexe, le fibrome ossifiant ou l'ostéosclérose idiopathique [13]. Le CBCT est utile pour détecter l'ostéome ostéoïde et est particulièrement utile pour détecter le nid de l'ostéome, qui parfois n'est pas visible sur la radiographie panoramique ou au CT-scan [13].

Les stratégies thérapeutiques dépendent de la taille, de la localisation et de l'étendue de la lésion, ainsi que de sa prolifération et ses manifestations cliniques [7]. Des lésions asymptomatiques de taille limitée sont généralement observées par un suivi clinique et radiologique. Lorsque la masse est volumineuse, s'accompagne d'une croissance progressive, d'une asymétrie faciale ou d'une altération fonctionnelle, une intervention chirurgicale par exérèse complète est nécessaire [4].

Le pronostic de l'ostéome mandibulaire est généralement excellent. En effet, il s'agit d'une tumeur bénigne, qui ne présente pas de potentiel malin ni de risque de transformation maligne. Une exérèse chirurgicale complète garantit une évolution favorable et une faible probabilité de récurrence. Cependant, il est important de suivre le patient en post-opératoire pour surveiller une éventuelle récurrence ou une complication.

En conclusion, l'ostéome est une tumeur rare de la sphère maxillo-faciale. Sa présentation est le plus souvent asymptomatique en raison de sa nature bénigne, mais elle peut causer des limitations fonctionnelles et une asymétrie faciale. L'examen de choix est le CT-scan ou le CBCT. Un bon diagnostic différentiel est nécessaire afin d'exclure d'autres lésions plus agressives. Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale complète pour les lésions entraînant des symptômes limitatifs ou esthétiques.

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

- **Remerciements:** non
- **Sources de financement :** cette étude n'a pas reçu de financement
- **Conflits d'intérêt:** Prof R. Olszewski est l'Editeur-en-Chef de Nemesis. Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt
- **Approbation de comité d'éthique:** il n'y avait pas besoin de comité d'éthique pour ce rapport de cas
- **Consentement éclairé :** il n'y avait pas besoin de consentement éclairé du patient pour ce rapport de cas, toutes les images ont été anonymisées et les données fournies ne permettent pas d'identifier le patient

302

Contribution des auteurs :

Auteur	Contribution
Braem Dimitri	Conceptualisation, Méthodologie, Collecte de données, Illustrations, Rédaction de la préparation du projet original, Révision et édition de la rédaction
Sibille Louis	Révision et édition de la rédaction
Olszewski Raphael	Supervision, illustrations, Révision et édition de la rédaction

303

304

Références

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

1. Tarsitano A, Ricotta F, Spinnato P, Chiesa AM, Di Carlo M, Parmeggiani A, Miceli M, Facchini G. Craniofacial osteomas: From diagnosis to therapy. J Clin Med 2021;10:5584. doi:10.3390/jcm10235584
2. Nilesh K, Vande A, Reddy S. Central compact osteoma of mandibular condyle. BMJ Case Rep 2020;13:e233082. doi:10.1136/bcr-2019-233082
3. Arzul L, Vincent C, Mercier JM. Ostéome mandibulaire post-traumatique. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2012;113:169-172. doi:10.1016/j.stomax.2012.03.002

4. Park WB, Park W, Kim JA, Shin S, Hong JY. Large peripheral osteomas and dental implants: A Case Report. *Medicina (Mex)* 2024;60:1181. doi:10.3390/medicina60071181
5. Gušić I, Stojilković M, Mirnić J, Veljović T, Đurić M. A rare case of peripheral osteoma of the alveolar bone of the maxilla in a 13-year-old boy. *J Clin Med*. 2024;13:7187. doi:10.3390/jcm13237187
6. Richardson S, Khandeparker RV, Sharma K. A large osteoid osteoma of the mandibular condyle causing conductive hearing loss: a case report and review of literature. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2017;43:106. doi:10.5125/jkaoms.2017.43.2.106
7. Hasan S. Giant osteoma of the mandible: Report of a rare case with review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2022;74:4535-4542. doi:10.1007/s12070-021-02565-1
8. Ozturk H, Torul D, Yuceer E, Karli R, Baris MS. Peripheral osteoma of mandibular angulus: Analysis of the literature and report of a new case. *Odovtos - Int J Dent Sci* 2018;20:61-70. doi:10.15517/ijds.v20i2.32521
9. Maccotta M, Ung L, Roche Y. Ostéome ostéoïde mandibulaire : présentation d'un cas et revue de la littérature. *Médecine Buccale Chir Buccale* 2016;22:317-323. doi:10.1051/mbcb/2016046
10. Touré G. Intérêts des signes maxillo-faciaux dans le diagnostic du syndrome de Gardner. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004;105:177-181. doi:10.1016/S0035-1768(04)72299-8
11. Infante-Cossio P, Restoy-Lozano A, Espin-Galvez F, Gonzalez-Perez LM. Mandibular osteoid osteoma. *J Emerg Med* 2017;52:e83-e84. doi:10.1016/j.jemermed.2016.10.003
12. Thopte S, Harchandani N, Nisa S, Rochani R. Osteoid osteoma of the mandibular condyle: A diagnostic dilemma. *Contemp Clin Dent* 2018;9:652. doi:10.4103/ccd.ccd_639_18
13. Matthies L, Rolvien T, Pakusa TJ, Knipfer Ch, Gosau M, Amling M, Friedrich RE, Zustin J. Osteoid osteoma of the mandible – clinical and histological findings. *Anticancer Res* 2019;39:291-296. doi:10.21873/anticancer.13110