

PRISE EN CHARGE D'UN AMÉLOBLASTOME FOLLICULAIRE MANDIBULAIRE

MANAGEMENT OF A MANDIBULAR FOLLICULAR AMELOBLASTOMA

DIATTA M^{1,2}, TAMBAB^{1,2}, BAA¹, KOUNTA A¹, KANE M¹, NIANG P¹, BA M³, NIANG CM², KÉBÉ NF², DIA TINE S^{1,2}

1-Service de Chirurgie Buccale Département d'Odontologie Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal

2-Service d'Odontologie de l'Hôpital Général de Grand-Yoff, Dakar Sénégal

3-Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie-Centre National d'Odontostomatologie de Bamako (CHUO-CNOS) Mali

Correspondance : Mamadou Diatta

Assistant au service de Chirurgie Buccale Département d'Odontologie
Université Cheikh Anta Diop Dakar Sénégal
diattamap@gmail.com ou diattamap@hotmail.fr

RÉSUMÉ

L'améloblastome est une tumeur bénigne odontogène localement invasif. Sa prise en charge est un challenge pour l'odontologiste tant au plan diagnostique, thérapeutique.

Le cas rapporté est un améloblastome monogéodique, chez une jeune patiente, dont le diagnostic supposé faisait évoquer un kyste dentigère. Le traitement a associé énucléation et cicatrisation guidée à l'aide de compresses vaselinées.

MOTS CLÉS : AMÉLOBLASTOME FOLLICULAIRE, MANDIBULE, TRAITEMENT

SUMMARY

Ameloblastoma is a locally invasive odontogenic benign tumor. His care is a challenge for the odontologist both diagnostic and therapeutic.

The reported case is a monogeoic ameloblastoma, in a young patient, whose supposed diagnosis was suggestive of a dentigerous cyst. The treatment associated enucleation and guided healing with vaseline compresses

KEYWORDS: FOLLICULAR AMELOBLASTOMA, MANDIBLE, TREATMENT.

INTRODUCTION

L'améloblastome est un néoplasme polymorphe bénin, localement invasif, avec une architecture folliculaire ou plexiforme dans un stroma fibreux [1]. Sa prise en charge est un challenge pour l'odontologiste tant au niveau du diagnostic et de la thérapeutique [2].

Le cas rapporté est un améloblastome folliculaire mandibulaire dont les données cliniques et radiologiques faisaient penser à un kyste odontogène.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 19 ans, a été reçue au service d'odontologie de l'Hôpital Général de Grand -Yoff à Dakar au Sénégal, pour une tuméfaction génienne basse gauche, évoluant depuis six mois.

La tuméfaction était associée à un retard de cicatrisation suite à l'avulsion d'une molaire réalisée six mois auparavant. L'examen exobuccal révélait une tuméfaction génienne basse gauche recouverte d'une peau d'aspect sain (figure 1). A la palpation, la tuméfaction était indolore, de consistance molle sans adénopathies satellites.

A l'examen endo-buccal une voussure comblait le vestibule inférieur gauche avec la présence d'une fistule laissant sourdre un liquide purulent hémorragique, à la pression, au niveau du site de la 37 absente (figure 2).

L'orthopantomogramme (figure 3) complétée par une tomодensitométrie montre une lésion ostéolytique monogéodique étendue à l'angle mandibulaire avec deux dents incluses. En coupe transversale (figure 4) la tumeur soufflait les deux corticales avec des ruptures par endroits.

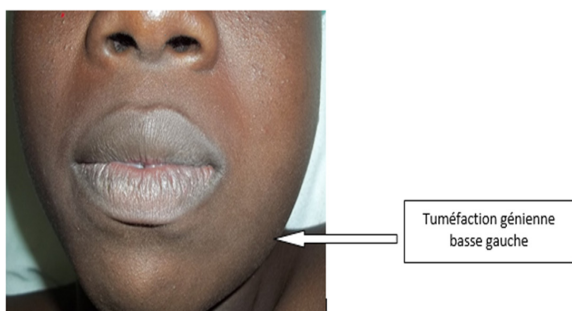


Figure 1 : tuméfaction génienne basse gauche



Figure 2 : Vue endo-buccale

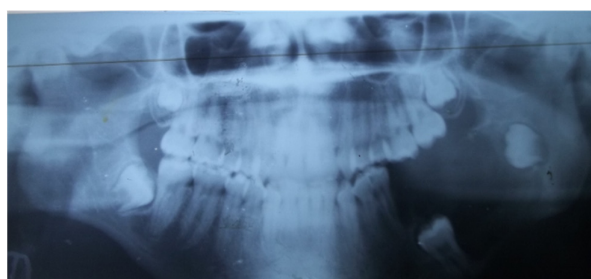


Figure 3 : Image monogéodique étendue de la 35 à l'angle mandibulaire

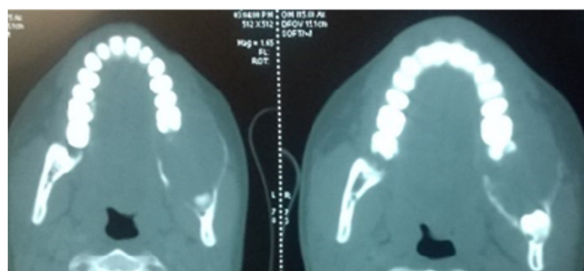


Figure 4 : Processus tumoral ostéolytique soufflant les deux corticales

Au terme de l'examen clinique, le diagnostic était en faveur d'une tumeur odontogène particulièrement un kyste dentigère.

L'exérèse chirurgicale de la tumeur a été réalisée sous anesthésie générale.

L'énucléation méticuleuse, de proche en proche en suivant le plan de clivage de la muqueuse tumorale a été réalisée à l'aide d'une rugine. Puis, l'avulsion des deux dents incluses (36,38) et de la deuxième prémolaire a été effectuée (figure 5).



Figure 5 : Pièce opératoire constituée d'une masse fibro-granulomateuse et de trois dents (35, 36, 38)

Après régularisation des bords et rinçage au Dakin du site opératoire, le nerf alvéolaire inférieur, refoulé vers le rebord basilaire par la masse tumorale, avait été préservé. Les lambeaux ont été repositionnés et des sutures continues croisées effectuées.

Une semaine après, les berges ont lâché ayant occasionné une infiltration de débris alimentaires dans le site opératoire. Après nettoyage, des soins postopératoires, avaient été prodigués toutes les 48 heures, avec des rinçages au dakin plus mis en place de compresses vaselinées (« Tulle gras ») (figure 6). L'introduction de compresses vaselinées permettait d'une part de protéger la plaie et d'autre part favoriser la cicatrisation guidée. Cette technique a favorisé un bourgeonnement épithélio-conjonctif de la cavité tumorale jusqu'à fermeture complète à quatre mois.



Figure 6 : Protection de la plaie à l'aide de compresses vaselinées

L'examen histologique avait révélé un améloblastome folliculaire constitué de lobules de cellules épithéliales dans un stroma riche en vaisseaux (figure 7).

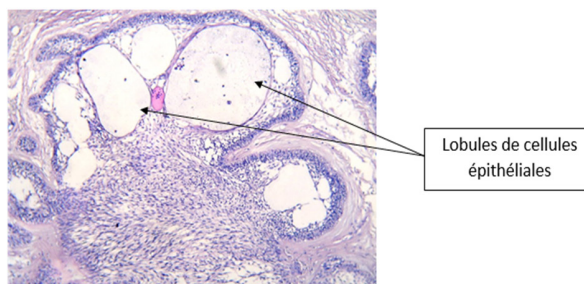


Figure 7 : Lobules de cellules épithéliales dans un stroma riche en vaisseaux

Un contrôle clinique et radiographique a été effectué à 17 mois notant une absence de récurrence et un début de formation de tissu osseux. (Figure 8).

Un suivi postopératoire régulier est prévu tous les 6 mois avec des radiographies de contrôle.

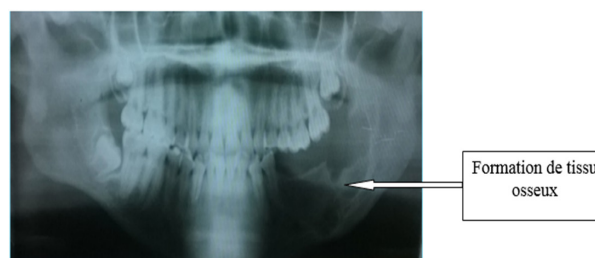


Figure 8 : orthopantomogramme de contrôle à 17 mois

COMMENTAIRES

La tuméfaction reste le principal motif de consultation rapporté par les auteurs [3]. Toutefois des gênes fonctionnelles à type de paresthésie labio-mentonnière homolatérale peuvent aussi motiver la consultation [4, 5].

Selon les données de la littérature, la lésion peut être observée à n'importe quel âge avec une prévalence plus élevée entre 30 et 60 ans [4, 6, 7, 8, 9] et touche aussi bien les hommes que les femmes [6, 9]. Dans l'observation rapportée, la lésion était observée chez une jeune patiente avec une durée d'évolution de plus de six mois.

L'imagerie médicale, essentielle pour orienter le diagnostic, permet de distinguer deux variétés d'améloblastomes : polygéo-dique ou monogéo-dique [10]. L'image monogéo-dique ou monokystique avec parfois une soufflure de la corticale comme rapportée dans notre observation, peut être trompeuse soit par son siège soit par son association à une dent incluse [11]. Ce type d'image peut poser une difficulté de diagnostic car pouvant donner l'aspect d'un kyste odontogène [12].

Globalement, dans les améloblastomes deux attitudes thérapeutiques sont appliquées. La première préconise un geste radical d'emblée avec le plus souvent une résection interruptrice de l'os^[4] et la deuxième préconise un traitement moins agressif, plus conservateur telle l'énucléation, le curetage et la cryochirurgie^[4, 5]. La technique chirurgicale adoptée dans le cas rapporté, a été, après énucléation de la tumeur, l'introduction de compresses vaselinées dans le site ayant permis la protection de la plaie et favorisé une cicatrisation guidée.

Robinson et al^[13] ont observés des récurrences après traitement conservateur avec une fréquence plus faible pour les améloblastomes unicystiques comparativement aux multikystiques. Par conséquent, le traitement conservateur paraît être justifié en raison d'un risque de récurrence limité, mais nécessite toutefois une surveillance clinique à long terme.

CONCLUSION

L'améloblastome est une tumeur bénigne dysembryoplasique d'origine dentaire dont un traitement conservateur peut être réalisé, dans les cas où la lésion est de petite et moyenne taille, avec des tables osseuses et/ou un rebord basilaire suffisamment épais. Seule, l'histologie permet d'avoir un diagnostic de certitude.

Le chirurgien-dentiste spécialiste en chirurgie buccale peut jouer un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de tumeurs de taille moyenne. Cependant, dans les tumeurs de grande taille, la collaboration avec le chirurgien maxillo-facial et le spécialiste en prothèse maxillo-faciale, est toutefois obligatoire car nécessitant une réhabilitation prothétique.

RÉFÉRENCES

- 1- PIETTE E, GOLDBERG M. La dent normale et pathologique. Bruxelles: *DE BOECK*. 2001; 1: 386p
- 2- ACKERMAN G L. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 57 cases. *J Oral Pathol*. 1988; 17: 541-546
- 3- CREZOIT GE, GADEGBEKEU S, OUATTARA B, BILE JI. Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastomes opérés en Côte d'Ivoire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2003; 104(1): 25-28
- 4- KAMAL D, KABA H B, EL KHATIB K, NASSIH M, GOUTOT P, RZIN A, JIDAL B. Traitement de l'améloblastome mandibulaire: Chirurgie radicale ou conservatrice ? *Act Odonto-Stomatol, Rabat*. 2008; 241: 53-60
- 5- AHOSSI V, LARRAS P, PARIS M, PERRIN D. Améloblastome unicystique plexiforme mandibulaire: à propos d'un cas *Rev Odont Stomat* 2009; 38: 53-63
- 6- SHARMA A, SHAIKH AM, DESHMUKH SV, DABHOLKAR JP. Radical management of giant ameloblastomas: A Case Series. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 64(4): 399-401.
- 7- LADEINDE AL, OGUNLEWE MO, BAMGBOSE BO, ADEYEMO WL, AJAYI OF, AROTIBA GT, AKINWANDE JA. Ameloblastoma analysis of 207 cases in Nigerian teaching hospital. *Quintessence Int* 2006 ; 37 : 69-74.
- 8- ALAOUI M O, EL BOUCHI R, BEN YAHYA I. Améloblastome: prise en charge par le médecin dentiste. *Med Bucc Chir Bucc* 2012; 18: 221-227
- 9- NITASSI S, BOULAADASS M, TOBI I, ESSAKALI L, KZADRI M. Améloblastome: diagnostic et traitement. A propos de 26 cas *Med Bucc Chir Bucc*. 2009;15(2): 93-100
- 10- BOURLIER H. La radiographie panoramique. *Rev Odonto-stomatol*. 1991; 449-466.
- 11- VIGNIKIN-YEHOUESSI B, FLATIN M, N'TIA FW, VODOUHE J, HOUNKPE YC, MEDJI A. Améloblastomes des maxillaires: Aspects cliniques, radiologiques et histopathologiques en ORL au CNHU de Cotonou (1980-2006). *J Société Biol Clin*. 2007; 011:17-21
- 12- LEBEAU J. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour le 2^{ème} cycle des études médicales. Paris: *Elsevier Masson* 2004 ; 13-44.
- 13- ROBINSON L, MARTINEZ MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct identity. *Cancer* 1997.40:2278-2285