

## PRISE EN CHARGE DE L'AMÉLOBLASTOME DES MAXILLAIRES AU CENTRE NATIONAL D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO

MANAGEMENT OF MAXILLARY AMELOBLASTOMA AT THE NATIONAL ODONTO-STOMATOLOGY CENTER OF BAMAKO

COULIBALY A<sup>1,3</sup>, TRAORÉ H<sup>1,3</sup>, KONÉ R<sup>1</sup>, DIARRA D<sup>1</sup>, KASSAMBARA A<sup>1,3</sup>, BA B<sup>2,3</sup>

1-Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, CHU-CNOS, Bamako-Mali

2-Service de chirurgie buccale, CHU-CNOS, Bamako-Mali

3-Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Bamako-Mali



**Correspondance :** Dr Amady COULIBALY

Maître Assistant

Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Bamako-Mali

Téléphone : (00223) 76-24-39-47

Email : [coulibalyamady@yahoo.fr](mailto:coulibalyamady@yahoo.fr)

### RÉSUMÉ

**Introduction :** L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la prise en charge de l'améloblastome des maxillaires dans un contexte de sous médicalisation.

**Méthodes :** Une étude transversale descriptive a été réalisée sur une période de 4 ans (2017 à 2020) et a concerné tous les cas d'améloblastome des maxillaires confirmés par l'histologie et pris en charge. Les données recueillies ont été compilées puis saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 19.

**Résultats :** Il a été colligé, durant la période d'étude, 46 cas. Les hommes étaient majoritaires (63 %) avec un sex-ratio de 1,6. La moyenne d'âge a été de 32 ans avec un écart type de 13 ans. Les commerçants ont représenté 26,2% des cas. Le siège mandibulaire était le plus fréquent avec un taux de 95,7 % des cas. La tuméfaction était le principal motif de consultation avec 76,1% des cas. L'améloblastome simple était le type principal avec 84,8 %. La résection interruptrice de la mandibule avec désarticulation a été pratiquée dans 47,7% des cas. La reconstruction mandibulaire à l'aide d'endoprothèse a été réalisée dans 71,7% des cas.

**Conclusion :** La prévalence de l'améloblastome reste relativement élevée dans notre contexte.

**MOTS CLÉS :** AMÉLOBLASTOME, MAXILLAIRES, RÉSECTION INTERRUPTICE, RECONSTRUCTION, BAMAKO

### ABSTRACT

**Introduction:** The objective of this work was to take stock of the management of ameloblastoma of the jawbones in our context.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out from 2017 to 2020 in the stomatology and maxillofacial surgery department of the National Center for Odontostomatology in Bamako. All cases of maxillary ameloblastoma confirmed by histology and managed were included in this study. The data collected was compiled then entered and analyzed on SPSS version 19 software.

**Results:** It was collected during the study period 46 cases. The male sex represented 63% with a sex ratio of 1.6. The average age was 32 years with a standard deviation of 13 years. Traders accounted for 26.2% of cases. The mandibular seat was the most represented with a rate of 95.7% of cases. Swelling was the main reason for consultation with 76.1% of cases. The simple ameloblastoma type was the most represented with 84.8%. Interruptive mandible resection with disarticulation was performed in 47.7% of cases. Mandibular reconstruction with stent grafting was performed in 71.7% of cases.

**Conclusion:** The prevalence of ameloblastoma remains relatively high in our context.

**KEYWORDS:** AMELOBLASTOMA, MAXILLARY, INTERRUPTER RESECTION, RECONSTRUCTION, BAMAKO

## INTRODUCTION

Les améloblastomes sont des tumeurs odontogènes bénignes développées à partir des débris épithéliaux de Malassez après régression de l'organe de l'email. Ils représentent 1% des kystes et des tumeurs des maxillaires et 30% des tumeurs bénignes de la mandibule [1,2]. L'améloblastome se singularise dans les pays en développement par l'importance de son volume chez des patients dont l'hygiène bucco-dentaire est déficiente [3-6]. La prise en charge chirurgicale représente un véritable défi pour le chirurgien maxillo-facial. Ce défi est surtout lié à la réalisation de l'excision complète et à la reconstruction de la perte de substance qui résulte de l'exérèse tumorale. Ainsi, la reconstruction par endoprothèse constitue une alternative transitoire permettant non seulement une surveillance mais aussi de restaurer une bonne cicatrisation muqueuse.

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la prise en charge de l'améloblastome des maxillaires dans notre contexte.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période de 4 ans allant de janvier 2017 à décembre 2020.

Ont été inclus dans cette étude, tous les cas d'améloblastome des maxillaires confirmés par l'histologie, opérés et ayant un dossier médico-chirurgical complet. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un examen radiologique (radiographie panoramique, Tomodensitométrie) et d'un bilan d'opérabilité. Toutes les pièces opératoires ont été acheminées au laboratoire pour examen anatomopathologique.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, la résidence, le délai de consultation, le motif de consultation, le siège, la taille, la localisation, l'image radiologique, le type histologique, la méthode de traitement, la méthode de reconstruction, le type d'anesthésie utilisé, la durée d'hospitalisation, la durée du suivi, les complications.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS version 19. Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

## RÉSULTATS

Il a été colligé, durant la période d'étude, 46 cas sur un nombre total de consultation de 5088 cas soit une fréquence hospitalière de 1,1%. La moyenne annuelle est de 11,5 cas.

Les hommes sont majoritaires : 63% des cas avec un sex-ratio de 1,6.

La tranche d'âge de 20 à 40 ans est la plus représentée avec 50 % des cas (tableau I).

Tableau I: Répartition des patients en fonction de la classe d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectifs	Pourcentage(%)
< 20	8	17,4
20 à 40	23	50,0
40 à 60	14	30,4
Sup à 60	1	2,2
Total	46	100,0

La moyenne d'âge est de  $32 \pm 13$  ans. Les âges extrêmes sont 6 ans et 73 ans. Les commerçants représentent 26,2% des cas. Le district de Bamako est le plus représenté avec 54,3% des cas. La tuméfaction mandibulaire avec déformation faciale est le motif de consultation le plus rencontré avec 76,1% des cas. La tumeur est localisée au niveau de la mandibule dans 95,7 % des cas (tableau II).

Tableau II: Répartition des patients en fonction de la localisation de la tumeur

Siège	Effectifs	Pourcentage(%)
Mandibule	44	95,7
Maxillaire	2	4,3
Total	46	100,0

L'hémi-mandibulaire est concernée dans 43,5% des cas (tableau III). La taille moyenne de la tumeur est de 7 cm. La tomographie (TDM) est l'examen radiologique le plus réalisé soit 67,4% des cas. L'aspect radiologique est celui d'une image multiloculaire dans 67,40% des cas. L'examen anatomopathologique a conclu à un améloblastome typique dans 84,8% des cas. D'autres formes histologiques sont également observées : le type plexiforme, le type fibro-odontome améloblastique et le fibrome améloblastome. Pour la majorité des cas soit 63%, il s'agit d'une première intervention chirurgicale. La récurrence primaire est concernée dans 34,40 % des cas. La chirurgie radicale avec désarticulation est la technique chirurgicale la plus pratiquée avec 45,7 % des cas (tableau IV).

Tableau III: Répartition des patients en fonction du siège de la tumeur

Siège		Effectifs	Pourcentage (%)
Mandibulaire	Hémi-mandibule	20	43,5
	Corps de la mandibule	18	39,1
	Corpus et Ramus	4	8,7
	Symphyse	2	4,3
Maxillaire	Région prémolo-molaire de l'hémi-maxillaire droite	1	2,2
	Région palatine antérieure	1	2,2
Total		46	100,0

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du type d'intervention

Type intervention	Effectifs	Pourcentage(%)
Chirurgie conservatrice	9	19,6
Chirurgie radicale avec désarticulation	21	45,7
Chirurgie radicales sans désarticulation	16	34,7
Total	46	100,0

La reconstruction mandibulaire à l'aide d'endoprothèse a été réalisée dans 71,7 % des cas. L'anesthésie générale a été utilisée dans 97,8 % des cas. La durée moyenne d'hospitalisation est de 8,31± 3 jours avec des extrêmes de 4 et 23 jours. La durée du suivi post opératoire est située entre 6 mois et 12 mois dans 50,1% des cas. La complication post opératoire est observée dans 10,9 % des cas. L'exposition de matériels de reconstruction est observée dans 2 cas. Un cas de récurrence tumorale après intervention a été rencontré soit 2,2% des cas.

## DISCUSSION

L'améloblastome est une tumeur odontogène relativement fréquente [2,5]. La moyenne annuelle a été de 11,5 cas dans la présente étude. Cette tendance a été rapportée par d'autres auteurs [3, 4, 6]. Dans la littérature, la prédominance d'un sexe par rapport à l'autre varie en fonction des études [3-6]. La prédominance observée dans cette étude a été aussi rapportée par certains auteurs [5, 7, 8]. Toutes les tranches d'âge peuvent être concernées. Ce constat fait dans la présente série a été également rapporté dans la littérature [3, 5, 6, 7, 8].

L'améloblastome est une tumeur à croissance lente. Elle demeure longtemps asymptomatique. La grande latence clinique de cette tumeur explique son diagnostic tardif surtout dans notre contexte. L'améloblastome se singularise dans les pays en développement par l'importance de son volume chez les patients [3-6]. La tumeur se manifeste, en effet par une tuméfaction lentement

progressive, de siège variable et de taille parfois importante, déformant un segment mandibulaire ou l'ensemble de l'hémi-squelette faciale. Comme observée dans cette série, la mandibule reste sa localisation préférentielle [3, 5, 6, 9]. Pour certains auteurs [5], la localisation la plus fréquente était mandibulaire (89,80%) plus précisément au niveau de la symphyse mandibulaire (34,7%) des cas. Pour N'dri et al [9], les lésions étaient plus fréquentes sur la branche horizontale (43,48%) et sur la symphyse (43,48%). Malgré le développement de l'imagerie médicale moderne, la radiologie conventionnelle garde un intérêt diagnostique. L'orthopantomogramme reste l'incidence de base et peut être complété par les incidences occlusales ou de face [37]. L'image multigéodique a été l'image radiologique la plus rencontrée dans la présente étude. Ce résultat est conforme à ceux de la littérature [4, 9, 10, 11, 12, 13]. L'image radiologique de l'améloblastome la plus caractéristique est celle en « bulles de savon » qui correspond à une destruction osseuse soufflant la corticale osseuse lorsqu'elle siège dans l'angle de la branche horizontale de la mandibule. Cet aspect en bulles de savon s'observe beaucoup moins fréquemment dans l'angle et la branche montante de la mandibule où se discutent de façon systématique l'améloblastome ou le kyste épidermoïde [11].

L'objectif du traitement des améloblastomes vise à soulager le malade, stériliser le foyer tumoral, éviter les récurrences et complications, améliorer la qualité de vie du patient, améliorer l'esthétique et restituer la fonction [6]. La majorité des auteurs [6, 8, 14, 15] paraît s'être rallié au principe du traitement radical permettant à lui seul d'éviter à de rares exceptions près toute récurrence ; les gestes chirurgicaux itératifs, plus mutilants. La transformation carcinomateuse qui devient négligeable. Ce traitement sera suivi d'une reconstruction le plus souvent. Dans une revue de la littérature, Carlson démontre l'inefficacité du traitement conservateur [15]. Il insiste sur le fait que, pour guérir les patients en utilisant une approche scientifique, une résection avec des limites histologiques saines est nécessaire. Dans la présente série, la chirurgie radicale avec désarticulation a été réalisée dans 78,4%. Cette attitude s'explique par le volume important des cas rencontrés et devant l'incertitude d'un suivi régulier. Le taux de récurrence varie entre entre 36 et 100 % après traitement conservateur, et entre 0 et 21 % après traitement radical [8, 114, 15]. L'évolution des technique chirurgicales, en particulier l'avènement des transferts libres composites, a permis d'améliorer la qualité des

reconstructions mandibulaires après une chirurgie d'exérèse tant sur le plan esthétique que sur le plan fonctionnel et d'élargir progressivement leurs indications [16]. Ces méthodes coûtent très chères et nécessitent un plateau technique qui n'est pas toujours disponible dans un contexte de sous médicalisation où les ressources économiques s'amenuisent de plus en plus, alors que les besoins de santé augmentent. Dans ces conditions, le choix de la méthode et des modalités de reconstruction doit se fonder non seulement sur leur fiabilité et leur faisabilité mais aussi sur leur coût. Ainsi, la reconstruction transitoire par endoprothèse constitue une alternative permettant non seulement une surveillance mais aussi de restaurer une bonne cicatrisation muqueuse. La constitution d'une importante fibrose cicatricielle et la tunnélisation laissée par l'endoprothèse à sa dépose concourent à une meilleure qualité du futur site receveur du greffon osseux [6]. Dans cette étude, 71,7% des patients ont bénéficié d'une reconstruction à l'aide d'une endoprothèse alors que dans la plupart des études antérieures réalisées à travers le pays, il n'y a pas eu de reconstruction après la chirurgie. Ceci pourrait s'expliquer par la disponibilité actuelle des matériaux de reconstruction.

## CONCLUSION

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne à croissance lente avec une malignité locale et une forte tendance à la récurrence après exérèse. Cette étude a mis en exergue la prévalence relativement élevée de cette pathologie et un retard dans le diagnostic et la prise en charge. Le traitement doit être précoce et adéquat avec un suivi à long terme pour détecter toute récurrence. La reconstruction transitoire par endoprothèse constitue une alternative permettant de réduire les troubles fonctionnels et esthétiques engendrés par la chirurgie radicale et d'assurer une surveillance.

## RÉFÉRENCES

- 1- ACHARD J-L. Tumeurs bénignes des maxillaires. *Révision accélérée en odontostomatologie Maloine*, Paris 1988. P : 233-246
- 2- OLAYA A. RAJAA EL B. IHSANE BEN Y. Améloblastome : prise en charge par le médecin dentiste. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale* 2012; 18:221-227.
- 3- GADEGBEKEU S, CREZOIT GE, AKA GK, ADOU A, ANGOH Y, MAREG FB L'améloblastome en milieu africain. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*, 1994 ; 95 : 70-3.
- 4- VIGNIKIN-YEHOUESSI B, FLATIN M, N'TIA F-W, VODOUHE S-J, HOUNKPE YYC, MEDJI ALP. Améloblastomes des maxillaires: Aspects cliniques, radiologiques et histopathologiques en ORL au CNHU de Cotonou (1980-2006). *Journal de la Société de Biologie Clinique*, 2007; N° 011 ; 17-21.
- 5- BA B et COLL. les améloblastomes des maxillaires au centre hospitalier universitaire d'odontomatologie de Bamako. *Mali medical* 2017 tome xxxii n°2, p : 1-6.
- 6- ANASS EL H. La prise en charge chirurgicale des améloblastomes mandibulaires. *Thèse de médecine N°126 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech* année 2016.
- 7- RUHIN-PONCET B.; BOUATTOUR A.; PICARD A et al. Améloblastomes des mâchoires : Analyse rétrospective de 1994 à 2007. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale*, 2011, p : 1-11.
- 8- JEBLAOUI Y, BEN NEJI N, HADDAD S, OUERTANI L, HCHICHA S. Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2007;108:419-423.
- 9- N'DRI K, KONATE I, BRAVO-TSRI B. Aspects radiologiques des améloblastomes mandibulaires : à propos de 23 cas. *Journal Afrimag Méd* 2013.
- 10- GUEYE DSM. Les Améloblastomes : étude rétrospective de 56 cas colligés au CHU Aristide Le Dantec de Dakar de 1997 à 2007. *Thèse de doctorat en chirurgie dentaire N° 25* année 2008.
- 11- RUHIN-PONCET B, GUILBERT F, GOUDOT P. Conduite à tenir devant une image radioclaire des mâchoires. *Stomatologie Entretiens de Bichat* 2 oct. 2010.
- 12- BA B, DOUMBIA KS, DIALLO M, COULIBALY AD, THÈRA TD, KEITA K, DOUMBIA I, TOURÉ A, KOITA H, GUINDO M, COULIBALY TD, DIOMBANA ML. L'améloblastome mandibulaire : à propos de 51 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2016;22:7-11.
- 13- CREZOIT GE, GADEGBEKEU S, OUATTARA B, BILE J L A. Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastome mandibulaire opérés en Côte d'Ivoire de 1992 à 2000. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* février 2003, 104 (1): 25-28.
- 14- BATAINEH AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:155-63.
- 15- CARLSON ER, MARX RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:484-94.
- 16- EL KOHEN A, BENJELLOUN A, BENCHEKROUN L, LAZRAC A, JAZOULI N, KZADRI M. Les reconstructions mandibulaires : évolution des techniques opératoires à propos de 22 cas. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* Déc 2004, 105 (6): 347-353.