

AMELOBLASTOME MANDIBULAIRE: PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES SUJETS ATTEINTS. A PROPOS DE 30 CAS DANS LE CHU SYLVANUS OLYMPIO (CHU-SO) DE LOME (TOGO)

MANDIBLE AMELOBLASTOM PROFILE OF INFECTED PEOPLE OUTLINE ON 30 CASES OF STUDY AT CHU SYLVANUS OLYMPIO (CHU-SO) OF LOME (TOGO)

AGODA P.¹, AMANA B.², PEGBESSOU E.², DARRE T.³, HEMOU P.¹, BETENORA B.², TAMBA B.⁴, GASSAMA-BARRY C B.⁴, NIANG SO.⁴, DIA TINE S.⁴, KPEMLSSI E.², DIALLO B.⁴.

1: Service de Stomatologie du CHU-Campus de Lomé

2: Service d'ORL, de Chirurgie Cervico- Maxillo-faciale et de Stomatologie du CHU SYLVANUS Olympio de Lomé

3: Service d'Anatomie pathologique du CHU-SYLVANUS Olympio de Lomé.

4: Service de Chirurgie buccale du Département d'Odonto-Stomatologie de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Dakar.

Correspondance : Docteur AGODA Palakina

Maitre-Assistant en Chirurgie Buccale, Faculté des Sciences de Santé de Lomé

05 BP 339 Lomé 05 (Togo)/ Tel 0022890046168/ E-mail : agodagere@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : L'améloblastome est une tumeur odontogène ectodermique qui proviendrait d'origines diverses. En Afrique, sa découverte intervient souvent à un stade avancé, au point d'envahissement des structures anatomiques de voisinage. Aussi, la problématique de l'améloblastome résiderait au niveau de son épidémiologie et sa prise en charge.

Objectifs : étudier les différents facteurs épidémiologiques et cliniques de l'améloblastome mandibulaire afin de déterminer le profil des sujets atteints d'améloblastome au Togo.

Patients et méthode : Il s'est agi d'une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé dans le Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie. L'étude était rétrospective et descriptive sur des dossiers colligés de 1997 à 2007, ayant concerné 30 patients atteints d'améloblastome mandibulaire et traités dans le service.

Résultats et analyses : Sur un échantillon de 30 malades inclus dans cette étude, le profil des sujets atteints d'améloblastome mandibulaire au Togo se présentait comme suit : il s'agissait de sujets âgés en majorité entre [10 – 19] ou [30-40] ans et plus souvent de sexe masculin (63,33 % des cas n=19) avec un sexe ratio de 1,7. 50 % des cas (n=15) exerçaient une activité du secteur agricole, et 23,33% étaient élèves ou étudiants (n=7). 33,34% de ces sujets résidaient dans la région des savanes, 23,23% dans celle des plateaux. Leur motif de consultation était plus fréquemment une tuméfaction indolore dure et sans adénopathies (93,93% des cas). L'améloblastome était localisé plus souvent à la branche horizontale de la mandibule. Au plan para-clinique leur améloblastome était plus souvent d'aspect "polygédodique en bulles de savon" (63,33%) à la radiographie, et plus fréquemment de type folliculaire (43,33%) au plan histopathologique. Ils avaient tous bénéficié d'un traitement chirurgical. De par le profil des malades qu'il affecte, l'améloblastome pose le problème de son épidémiologie et sa prise en charge.

Conclusion : une bonne connaissance du profil épidémiologique et clinique des malades d'améloblastome devrait contribuer à une meilleure prise en charge de cette pathologie au Togo.

MOTS CLÉS : AMELOBLASTOME, TUMEURS ODONTOGÉNIQUES, ÉPIDÉMIOLOGIE, CLINIQUE, TOGO

SUMMARY

Introduction: The ameloblastom is a skin swell infection which has diverse origins. In Africa, ameloblastom was discovered very late. It is noted that this infection can invade its neighboring anatomical structures. Many books have been written on the topic "ameloblastom". So, the subject of ameloblastom is related to its epidemiology and treatment. That's the reason why our study has the objectives of identifying the epidemiological factors and clinic of mandible ameloblastom, so as to determine the profile of infected people in Togo.

Patients and method: The study has been conducted at "University Hospital centre "Sylvanus Olympio of Lomé in the Maxillo-facial surgery atmatology service". This is a descriptive and retrospective study of the files or records of 30 patients that are kept in college from 1997 to 2007. The study is focused on 30 patients' cases, which are treated at the aforementioned service.

Results and analysis: The profile of people affected by mandible ameloblastom is as follows: in majority, the patient's age are comprised between (10-19) or (30-40) years and in most cases, they are males (63.33%) of cases (n=19) with a sex-ratio of 1.7. 50% of cases (n=15) are farmers, and 23.33% are students (n=7) and 33.34% of the patients live in the central region, 23.23% in the hilly area of Togo. The motive of their consultation is an odorless hard swell (93.93% cases). Ameloblastom is often located in the horizontal mandible zone. On the clinical scene, ameloblastom case has another aspect, appearing in form of form (63.33%) in radiography; sometimes in form of follicle (4.33%) according to the histopathological aspect. On behalf of the affected ill persons, ameloblastom constitutes a serious problem for its own epidemiology and treatment.

Conclusion : A good knowledge of the epidemiological profile of ameloblastom should help contribute to the treatment of that pathology in Togo.

KEY WORDS : AMELOBLASTOM, SKIN SWELL INFECTION, EPIDEMIOLOGY, CLINIC, TOGO.

INTRODUCTION

L'améloblastome est une tumeur odontogène ectodermique qui proviendrait d'origines diverses, soit des cellules des perles de Serres et des restes de Malassez, soit de l'organe de l'email dans son développement soit de l'épithélium des kystes odontogènes. Son siège habituel concerne le maxillaire et la mandibule et sa cible privilégiée est représentée par les sujets jeunes ^[1]. Bien que classifié parmi les tumeurs bénignes, l'améloblastome peut toutes fois revêtir un fort pouvoir extensif au niveau local pouvant s'exprimer par un envahissement des structures voisines immédiates.

En Afrique, la découverte de l'améloblastome intervient souvent à un stade avancé, au point d'envahissement des structures anatomiques de voisinages. De plus, il est doté d'une capacité de poursuites évolutives fréquentes après exérèse ^[2,3]. La problématique de l'épidémiologie et la prise en charge de l'améloblastome se dégagent à travers des travaux de la littérature effectués à son sujet à l'instar de ceux en Afrique ^[3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10] ou dans le reste du monde ^[11, 12, 13]. En Côte d'Ivoire, les travaux de Gadegbeku et *al.* se sont étendus sur les aspects épidémiologiques et cliniques de l'améloblastome avec un accent particulier sur la localisation mandibulaire ^[5, 6]. Au Nigéria tout comme au Maghreb, d'autres travaux ont mis un accent particulier entre autres sur les aspects de l'évolution post-thérapeutique notamment la fréquence des récurrences ou plutôt des "poursuites évolutives" au cours de la prise en charge de l'améloblastome ^[3,4, 8, 9, 10]. En dehors des travaux en Afrique, certaines études se sont intéressées à l'importance diagnostique aussi bien de l'imagerie radiographique clinique que celle de l'anatomo-pathologie ^[11, 12,13]. Tous ces travaux font pour la plus part une unanimité sur la prédominance du site mandibulaire de localisation de l'améloblastome.

Au Togo, la littérature est très peu fournie au sujet de l'améloblastome, d'où deux objectifs fixés à cette étude à savoir :

-étudier les paramètres épidémiologiques et cliniques de l'améloblastome et plus spécifiquement.

- déterminer le profil épidémiologique des sujets atteints d'améloblastome mandibulaire au Togo.

PATIENTS ET METHODE

CADRE ET TYPE D'ÉTUDE

L'étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé dans le Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, organisé dans le pool cervico-facial qui comprend également un service d'ORL.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Le matériel d'étude était composé de dossiers de malades atteints d'améloblastome, pris en charge dans le service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur des dossiers colligés de 1997 à 2007, ayant concerné 30 patients atteints d'améloblastome et traités dans le service.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Les dossiers sélectionnés étaient ceux de malades atteints d'améloblastome mandibulaire, pris en charge dans le Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie du CHU-SO de Lomé durant la période d'étude et comportant toutes les informations sur les paramètres épidémiologiques et cliniques.

Neuf (9) dossiers dont les informations étaient insuffisantes à propos des paramètres étudiés ont été rejetés.

TRAITEMENT DES DONNEES

Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (socio-démographiques) et cliniques. Nos données ont été relevées par fiches d'enquête préétablies, et leur saisie et exploitation réalisées et traitées sur Microsoft Office, le Word, les calculs statistiques (moyennes et écart-types) par l'Excel 2010 et EPI-INFO-6.

RESULTATS

PRÉVALENCE

Notre échantillon d'étude était composé de 30 sujets malades d'améloblastome mandibulaire correspondant à une prévalence de 0,03 % dans le service qui avaient enregistré un total de 89112 malades durant la période d'étude. 7 autres cas d'améloblastome de localisation maxillaire avaient été recensés dans la même période, portant à 0,04% la prévalence globale des améloblastomes maxillaire et mandibulaire.

Âge - sexe

Il s'agissait de sujets âgés en majorité entre [10 – 19] ans (33,33 % des cas) ou [30-40] ans (26,67 % des cas) situés entre les extrêmes de 10 et 85 ans. Ils étaient plus souvent de sexe masculin (63,33 %, n=19) avec un sexe ratio de 1,7 ; (Figure 1 : répartition des cas selon les tranches d'âge).

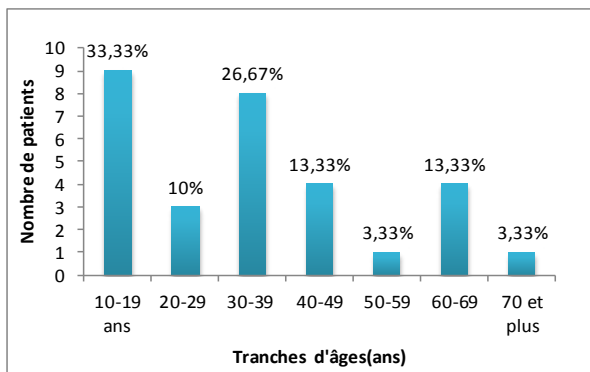


Figure 1 : répartition des sujets atteints d'ameloblastome mandibulaire selon les tranches d'âge

Les sujets dont l'âge est compris entre [10 et 19] ans et [30 et 39] ans étaient les plus affectés.

Profession et résidence

50 % de ces malades (n=15) exerçaient une activité du secteur agricole, et 23,33% étaient élèves ou étudiants (n=7) : (tableau 1 : répartition des malades selon leur profession)

Tableau 1 : Répartition des malades selon leur activité professionnelle

	Nombre	%
Elèves, Etudiants	7	23,33
Fonctionnaires	2	6,66
Agriculteurs	15	50
Commerçants	3	10
Sans profession fixe	3	10
Total	30	100

Le profil d'activité des sujets atteints d'ameloblastome mandibulaire était agricole dans la moitié des cas.

80 % (n=24) de ces sujets résidaient en banlieue. 33,34% résidaient dans la région des savanes (Nord du Togo), 23,23% dans celle des plateaux (Sud du Togo). 6,66% des patients venaient de l'extérieur du pays. (Figure 2 ;

carte du Togo montrant la répartition des cas d'ameloblastome selon la résidence des malades).

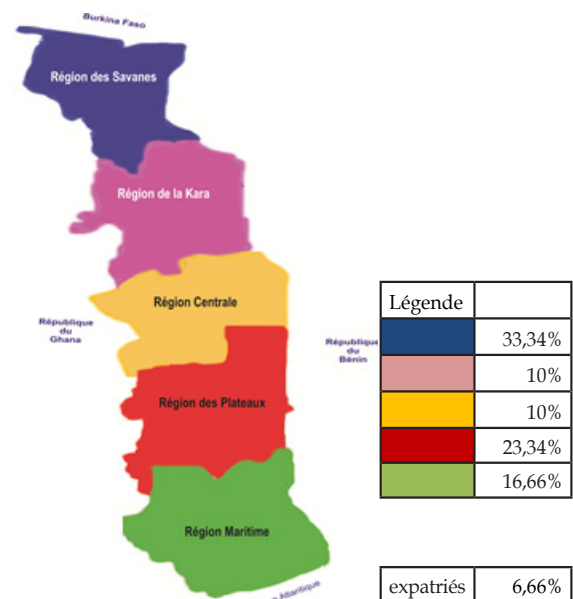


Figure 2: Carte géographique du Togo montrant la répartition des cas d'améloblastome mandibulaire selon la résidence des malades ; La région de la savane et celle des plateaux étaient les plus représentées

Antécédents, motifs et délais de consultation

Pour 23,33%, de ces sujets il y avait une notion d'antécédents d'améloblastome, dans leur famille. Leur motif de consultation était plus fréquemment une tuméfaction indolore dure et sans adénopathies (93,93% des cas).

Le volume de ces tuméfactions variait entre les extrêmes de 3 et 30 cm dans le grand axe de la tumeur. Parmi ces malades, (47,67%) ont attendu 38 mois en moyenne depuis l'apparition des premiers signes avant de se présenter en consultation. (Tableau 2 : répartition des cas selon le motif de consultation). (Figure 3 : cas d'une tuméfaction mandibulaire ; motif de consultation chez une patiente de 30 ans atteinte d'ameloblastome et dont le délai de consultation était de 5 ans et 6 mois avec une perforation cutanée au sommet de la masse tumorale). (Figure 4 : image de la perforation cutanée au sommet de la tuméfaction mandibulaire chez la patiente de 30 ans en vue de profil).

Tableau II : Répartition des malades d'améloblastome mandibulaire selon les motifs de consultation

	Effectifs (N = 30)	Pourcentage (%)
Tuméfactions	28	93,3
Gène esthétique	25	83,33
Signes dentaires		
Douleur dentaire	16	53,33
Mobilité dentaire	11	36,67
Perte dentaire	5	16,67
Rhizalyse	09	30
Extraction	12	40
Récidive tumorale	05	16,67
Fistule	02	6,67

La tuméfaction mandibulaire était le motif cardinal de consultation chez les sujets atteints d'améloblastome.



Figure 3 : cas d'une volumineuse tuméfaction mandibulaire chez une patiente de 30 ans atteinte d'améloblastome et dont le délai de consultation était de 5 ans et 6 mois avec une perforation cutanée au sommet de la masse tumorale.



Figure 4 : image de la perforation cutanée au sommet de la tuméfaction mandibulaire chez la patiente de 30 ans, vue de profil. Apparition de lésions secondaires sur la volumineuse tuméfaction durant le long délai de consultation. (5 ans et 6 mois)

Aspects cliniques et para-cliniques

L'améloblastome était localisé plus souvent à la branche horizontale de la mandibule (46,67 %), puis à l'angle (20 %), à la branche montante (13,33 %) et à la symphyse (13,33 %) mentonnière. La localisation sur la mandibule entière représentait (6,67 % des cas). Au plan para-clinique l'améloblastome avait plus souvent l'aspect "polygéodique en bulles de savon" (63,33%) à la radiographie panoramique et plus fréquemment de type folliculaire du point de vue histopathologique.(43,33%) ; (Figure 6 : répartition des cas selon l'aspect radiographique). (Figure 7: répartition des cas selon les types histo-pathologiques).

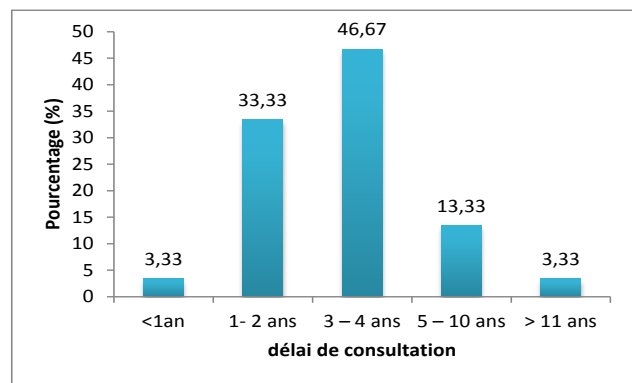


Figure 5 : répartition des malades d'améloblastome mandibulaire selon le délai de consultation

La majorité des sujets se faisaient consulter 4 ans après le début des signes avec des délais extrêmes de (moins de 1 an), et (plus de 11 ans)

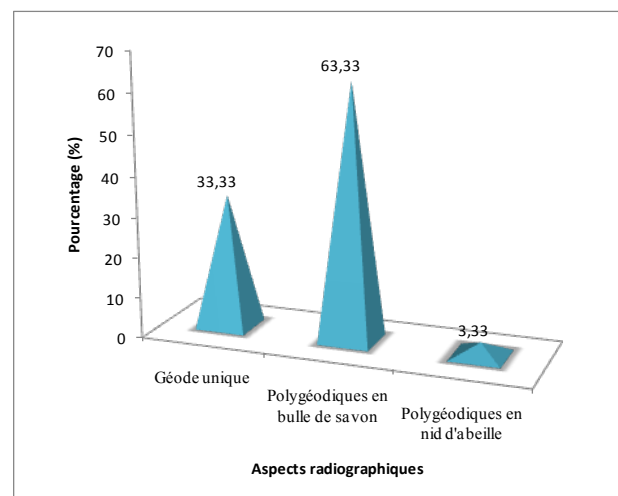


Figure 6 : répartition des malades d'améloblastome mandibulaire selon les aspects radiographiques

L'aspect polygédique en bulle de savon ou en nid d'abeille était plus représenté.

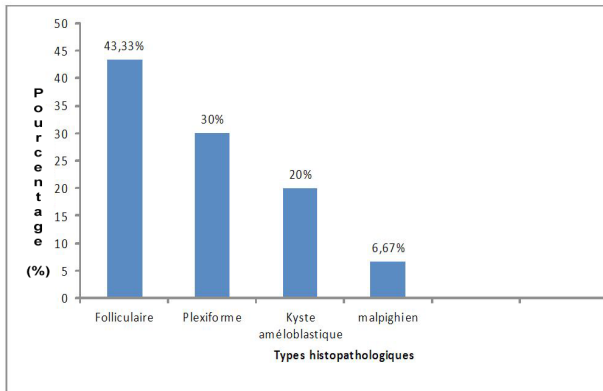


Figure 7 : répartition des cas d'ameloblastome mandibulaire selon les types histo-pathologiques.

Les profils anatomopathologiques de type folliculaire et plexiforme étaient plus représentés dans l'échantillon.

Tous les 30 sujets (100% des cas) atteints d'ameloblastome avaient bénéficié d'un traitement Chirurgical.

DISCUSSION

Les tumeurs odontogéniques bénignes posent en général la problématique de leur épidémiologie et prise en charge. Outre son aspect épidémiologique où le rôle de certains paramètres sur sa pathogénèse resterait encore à élucider, l'ameloblastome pose également des problèmes d'ordre diagnostique, thérapeutique et pronostique. En dressant un profil de sujet atteint d'ameloblastome mandibulaire cette étude s'inscrivait dans la logique de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de cette maladie au Togo.

A propos de notre échantillon, (30 cas) l'on pourrait lui reprocher la faiblesse de sa taille et évoquer ainsi les limites de cette étude (étude rétrospective dans un cadre hospitalier donc restreint), mais le CHU-SO de Lomé occupant dans un système hiérarchique à trois niveaux (Central, intermédiaire et périphérique), l'échelon central national donc un centre de référence où les soins de spécialités sont administrés, permettrait d'accorder tout le crédit aux travaux de cette étude. Toute fois cet échantillon aurait pu être de plus grande taille s'il n'y avait pas les effets de la méconnaissance de cette maladie et notamment le contingent de malades fréquentant habituellement

les tradi-thérapeutes surtout en Afrique [6] pour ce genre de pathologie. A cela, s'ajoute le nombre des dossiers non inclus pour insuffisance d'informations (9 dossiers rejetés dans cette étude). Les résultats de cette étude conservent donc néanmoins tout leur rôle significatif suivant les intérêts de ces travaux. D'autres travaux d'études en Afrique avaient concerné soit des échantillons comparables au notre [6] soit de taille plus faible [10] ou plus élevée [14].

1- DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Prévalence

Les 30 sujets de notre échantillon équivalaient à une prévalence de 0,03 % pour la seule localisation mandibulaire. En plus de 7 localisations maxillaires dans la même période, la fréquence globale de l'ameloblastome s'élevait à 0,04 %. L'incidence était quant à elle de 3 cas par an en moyenne pour notre série de localisation mandibulaire. De ces résultats on peut conclure que l'ameloblastome était de faible prévalence, comme certaines études l'ont aussi constaté ailleurs [1]. Toutefois la nature hospitalière de la présente étude, ajoutée à la problématique de l'épidémiologie et la prise en charge de cette pathologie, devraient inciter à plus d'attention envers cette affection définie avec tous les attributs d'une tumeur bénigne mais qui peut paradoxalement revêtir localement un caractère très invasif. Nos résultats sur l'incidence étaient parfaitement comparables à ceux de Crézoit et coll en Côte d'Ivoire [6] mais contrastaient avec ceux des travaux d'étude au Nigéria où elle était bien plus forte [14].

Age-Sexe des patients

Au vue de nos résultats, l'âge de survenue de l'améloblastome variait entre les extrêmes de 12 à 85 ans. Les améloblastomes sont d'une remarquable latence, ce qui fait d'eux des tumeurs de l'adulte jeune malgré le fait que certains aient été débutés dans l'enfance. Avec une moyenne de 34,37 ans, deux tranches d'âge celle de 10 à 19 ans et celle de 30 à 39 ans prédominaient. S'agissant de l'âge de nos patients le profil de nos malades s'accordait bien avec ceux de la littérature en Afrique [5, 6, 15] ou ailleurs [11]. Aucune particularité ne semble distinguer sur cet aspect, les sujets de notre échantillon de ceux de ceux d'ailleurs présentés à travers les données de la littérature. De façon générale, l'âge de prédilection de survenue de l'améloblastome se situe dans la

troisième décennie [1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14]. En raison de son développement et de sa progression sur un mode chronique asymptomatique, l'améloblastome peut bien être initié dès la prime enfance, évoluer à bas bruit et ne s'extérioriser qu'à l'âge adulte. Les visites systématiques et dépistage ciblant toutes les tranches d'âge y seraient alors d'un intérêt épidémiologique très remarquable. Notre échantillon était marqué par la prédominance des sujets du sexe masculin (63,33%). Ce résultat à propos du genre, semblable à ceux déjà décrits dans certains travaux de la littérature [10, 12], se démarquait pourtant de celui d'autres études qui affichaient soit une prédominance féminine comme en Côte d'Ivoire [6] et en France [16], soit une parité entre les deux sexes comme au Canada [13]. En raison de toutes ces divergences de vue sur la marque du facteur sexe sur le profil de malade d'améloblastome, il conviendrait bien logiquement de conclure que contrairement à l'âge, le genre ne semble donc pas jouer un rôle très significatif sur le risque de survenue de cette pathologie.

Activité professionnelle et résidence

A propos de leurs professions, il ressort qu'un contingent de nos malades (50% de l'échantillon) exerçait une activité agricole. Ils étaient suivis dans cet ordre par les élèves et étudiants. Si elle n'est pas susceptible dans cette étude de faire désigner à première vue un facteur justificatif, cette position occupée par les malades issus du monde rural ne devrait pas manquer de susciter un plus d'intérêt pour l'exploration d'autres pistes de recherche dont les objectifs et méthodologies pourraient conduire à des conclusions précises sur un rôle éventuel de l'environnement agricole sur ses acteurs qui les prédisposeraient à être affecté par la pathologie tumorale en général, qu'elle soit bénigne (cas de l'améloblastome) ou maligne (cas des tumeurs malignes). Le second rang occupé par les élèves et étudiants pourrait bien se justifier d'abord par le fort taux de fréquentation du CHU par ce groupe dû à la proximité (biais de recrutement) mais aussi et surtout par l'effet du facteur âge dans les risques d'apparition de l'améloblastome. En effet étudiants et élèves se situent dans les tranches d'âges qui prédominaient dans notre échantillon (10 à 19 et 30 à 40 ans) comme c'était d'ailleurs le cas dans d'autres études en Afrique [5, 6, 14, 15, 17].

En ce qui concerne le lieu de résidence, les patients de deux sites géographiques prédominaient dans le tableau : la région des savanes et la région des plateaux. La région des savanes est celle qui

fait frontière-nord du Togo avec le Burkina-Faso au nord, le Bénin à l'est, et le Ghana à l'ouest. La région des plateaux quant à elle se situe dans le sud-ouest, frontalière avec le Ghana et le sud-est frontalière avec le Bénin. Le point commun entre les deux zones prédominantes au plan de la résidence des malades, se situe au niveau de leur appartenance presque tous au monde rural (agriculteurs). L'explication de ce résultat pourrait être superposable à celle déjà évoquée au sujet de la profession avec en perspective la nécessité d'études plus approfondies dans le but d'élucider des éventuels liens de causalité qui existeraient entre l'environnement agricole et son acteur à propos du risque d'apparition de l'améloblastome, comme d'autres pathologies tumorales.

Antécédents médicaux

Au vue de nos résultats, le passé médical des patients n'aurait aucune influence sur le risque de survenue de l'améloblastome. Cependant, les 13,3% (7 cas) d'antécédents familiaux à type d'améloblastome devraient inciter les praticiens et ceci dans la perspective d'études ultérieures, à s'investir plus profondément au cours de l'examen clinique dans la recherche d'éventuels liens de causalité entre l'apparition de l'améloblastome et le passé médical du patient. Ce résultat pourrait en outre faire évoquer le rôle probable de l'hérédité comme déjà souligné dans certaines autres études [1,5].

Motifs de consultation

Les sujets de notre échantillon se sont particulièrement distingués par leur motif de consultation dominé par l'apparition de la tuméfaction maxillo-faciale (93,33% des cas). Cette tuméfaction était couplée dans d'autres cas à d'autres motivations, le gène esthétique (83,33% des cas), la douleur dentaire ou la mobilité dentaire. La tuméfaction comme motif principal de consultation fait l'unanimité dans la quasi-totalité des études en Afrique [5, 6, 7, 8, 15, 17]. L'améloblastome symptomatique s'exprime essentiellement par la tuméfaction.

En absence de la douleur (motif cardinal de consultation en Odonto-Stomatologie) la tuméfaction améloblastique reste presque exclusivement la seule raison de consulter surtout en Afrique comme en témoignent les multiples travaux d'études sur le continent, et les notres n'en faisait d'ailleurs pas l'exception. Les consultations tardives et la tradi-pratique

expliquent les proportions très importantes que peuvent prendre parfois cette tuméfaction dans certains cas (30 cm dans le grand axe dans cette étude). Cette tuméfaction de caractère ferme peut entraîner selon son importance une hypoesthésie dans certains cas (43,3% des cas dans notre étude) mais rarement une anesthésie labio-mentonnaire complète.

Délai de consultation

Le délai de consultation variait de 1 à 4 ans pour les uns (83,33%) et plus de cinq ans pour les autres avec une moyenne de 38 mois. Les consultations tardives ont été souvent décrites et présentées comme l'apanage des patients en Afrique et dans les pays en développement où des délais de plusieurs années sont parfois décrits [5, 6, 7, 8, 14, 15].

Outre l'explication liée à l'évolution de l'ameloblastome sur un mode chronique, lent et parfois silencieux, les raisons de ces longs retards de consultation sont à rechercher également dans la faiblesse du niveau socio-économique des malades, mais aussi dans les considérations mythiques, et la méconnaissance, due à un déficit en sensibilisation sur cette pathologie.

2- ASPECTS CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES

La tuméfaction semble donc être le signe majeur lorsque l'ameloblastome doit évoluer par des manifestations symptomatiques. Outre la version exo-buccale, la tuméfaction présentait sa phase endo-buccale à laquelle s'étaient adjoints d'autres signes comme la mauvaise hygiène bucco-dentaire elle-même responsable de l'halitose (chez la quasi-totalité des cas de cette étude) mais aussi des douleurs dentaires (53,33% des cas), la mobilité (36,67% des cas) et les déplacements dentaires (56,6% des cas) qui n'en étaient en fait que des corollaires symptomatologiques. Les douleurs dentaires n'étaient donc pas des manifestations spécifiques de l'évolution tumorale ameloblastique mais plutôt dues à la survenue de caries et de parodontites dans certains cas en raison de la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Certaines manifestations particulières pouvaient être observées sur des cas extrêmes comme illustrés par les figures 3 et 4 où des lésions cutanées (perforation cutanée allant dans l'épaisseur de la masse tumorale) s'étaient associées à la tuméfaction dont les signes de début remontaient à plus de 5 ans avant la première consultation. Tout ce tableau

symptomatique se développait sur fond d'une muqueuse endobuccale saine dans la totalité des cas de notre échantillon, réconfortant ainsi l'hypothèse d'un processus tumoral bénin. La plus part des aspects de ce tableaux clinique endobuccal se retrouvent dans ceux déjà décrit dans des travaux en Afrique notamment en Côte d'Ivoire [5, 6], au Bénin [15], au Nigéria [14].

Du point de vue de la localisation sur les sites anatomiques mandibulaires, notre profil s'est particulièrement illustré par l'ameloblastome du corps mandibulaire (46,67%) plus que celui de l'angle (20%). Si ce résultat sur la localisation rejoint dans une certaine proportion celui de travaux africains [5, 6, 7] il se démarque de ceux d'autres études qui plaçaient soit l'angle soit la symphyse au premier rang des sites mandibulaires de siège de l'ameloblastome [1, 18]. La région de l'angle goniale jusqu'à la branche horizontale étant une zone anatomique particulière représentant la portion dentée de la mandibule, il serait bien compréhensible qu'elle soit le sièges de prédilection de l'ameloblastome. [19, 20]. En effet les intenses activités d'embryodontogénèse qui s'y déroulent dans les phases initiales de développement de l'individu pourraient bien justifier le haut risque pathogénique dans cette zone, eu égard à l'hypothèse d'une survenue de la maladie à partir des débris épithéliaux de Malassez. Le risque pathogénique à l'angle serait quant à lui renforcé par le développement embryologique, la croissance et l'éruption dentaire souvent tumultueuse de la dent de sagesse dans cette zone anatomique particulièrement sensible. Il est d'ailleurs fréquent de constater sur un cliché radiographique que l'ameloblastome angulaire emprisonne un germe dentaire, notamment celle de la dent de sagesse. Le siège de l'ameloblastome sur les zones non dentées ne serait quant à lui dû qu'à une extension tumorale depuis son origine dans une portion dentée. Le faible taux du siège maxillaire de l'ameloblastome par rapport à la localisation mandibulaire a été souvent évoqué dans la littérature [1, 21, 22, 23, 24].

L'imagerie d'une part et l'anatomo-pathologie de l'autre, ont déterminé l'essentiel du profil paraclinique de notre échantillon. Outre son intérêt diagnostique, le profil paraclinique est d'une grande importance dans la prise en charge thérapeutique de l'ameloblastome. A l'imagerie par la radiographie orthopantomographique, l'aspect polygédodique en bulles de savon" (63,33%) prédominait notre série, comme c'était le cas dans d'autres études en Afrique ou ailleurs [25, 26, 27], contrairement à certains

autres travaux où le type uni-géodique prédominait [10, 11, 28]. Le profil anatomopathologique de notre échantillon était quant à lui plus souvent de type folliculaire (43,33%), ou plexiforme (30%) et plus rarement kystique (20%) ou malpighien (6,67%). Au Nigéria, Adebisi et coll avaient trouvé un profil identique et dans le même ordre de prédominance pour le type folliculaire et le plexiforme en décrivant aussi dans la même série, la possibilité d'existence de types histo-pathologiques mixtes chez un même sujet [17]. Dans une série coréenne le type plexiforme était prédominant [11]. Nos résultats se rapprochaient aussi de ceux d'une étude au Brésil pour le type folliculaire et plexiforme avec toutefois des différences significatives sur d'autres aspects histo-pathologiques retrouvés dans leur série, et qui se démarquaient des nôtres notamment les types acanthosiques et desmoplastiques qui n'avaient pas été retrouvés dans notre série [29]. Le grand profit à tirer de l'identification précise de ces formes paracliniques réside dans la nécessité qu'il y aurait à raccorder lors de la prise en charge, les aspects socio-démographique, radiographique et histo-pathologique au choix de la technique thérapeutique, pour des besoins de pronostic [30].

A la lumière de cette étude il apparaît clairement qu'une prise en charge adéquate de l'améloblastome devrait passer nécessairement par une parfaite connaissance, du profil épidémiologique et clinique du sujet affecté. Les analyses des aspects épidémiologiques, para-cliniques, cliniques de notre échantillon ont abouti à un profil de malade d'améloblastome mandibulaire, dont les traits étaient comparables à bien des égards à ceux qui avaient été habituellement décrits dans la littérature en Afrique ou d'ailleurs. Des traits particuliers observés sur ce profil comme la prédominance dans l'échantillon des patients de résidence et d'activités rurales, devraient faire ultérieurement l'objet d'explorations plus approfondies, dans le but de contribuer à élucider le point sur d'éventuels liens de causalité entre la résidence du malade et ses activités dans un environnement agricole et les risques de survenue des pathologies tumorales comme l'améloblastome.

CONCLUSION

De par le profil des malades qu'il affecte, l'améloblastome pose le problème de son épidémiologie et sa prise en charge. Une bonne connaissance du profil épidémiologique et clinique des malades d'améloblastome devrait contribuer à une meilleure prise en charge de cette pathologie au Togo.

REFERENCES

- 1-FAVRE-DAUVERGNE E., AURIOL M., et LECHARPENTIER Y. : Tumeurs odontogéniques. *Edition Techniques – Encycl Méd Chir. (Paris-France), Stomatologie-Odontologie I*, 22-062-F-10, 1995,10p.
- 2-AHOSSI V., MARION P et coll. Prise en charge thérapeutique de l'améloblastome : *Rev odonto stomatol*, Février 2009 ; 38 : 53-63.
- 3-OLAITAN AA1, AROLE G, ADEKEYE EO. Oral Recurrent ameloblastoma of the jaws. A follow-up study. *Maxillofac Surg*. 2005 Jun;63(6):747-51.
- 4-AROTIBA GT1, EFFIOM AO, AYODELE AS, OGUNDANA MO, GBOTOLORUN MO, OLASOJI HO, JAMES O, LADEINDE AL, UGBOKO VI, NDUKWE KC, IKEM IC, BRAIMAH RO: A classification system for recurrent ameloblastoma of the jaws--review of 30 cases in Nigerians. *Nig Q J Hosp Med*. 2012 Jan-Mar;22(1):44-51.
- 5-GADGBEKU S ET Coll. L'améloblastome en milieu africain. *Rev col afr odonto stol chir maxillo fac : de Stomatol.et de chir Maxillofac.*, 1994; 95(2): 70-74.
- 6-CREZOIT GE, GADEGBEKU S, OUATTARA B, BILE JL. Etude retrospective de 30 cas d'améloblastomes mandibulaires opérés en Côte d'Ivoire. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*, 2003 ; 104 : 1, 25-28.
- 7-NDAO Y. Les kystes et les tumeurs odontogènes bénignes au Service de Stomatologie du CHU Aristide le dantec. *Thèse Chir Dent Dakar*, N°092001
- 8-BENHALIMA H, RAFI H, SLAOUI S, KZADRI M. L'améloblastome mandibulaire: problèmes thérapeutiques. *Médecine du Maghreb*, 1992 4.
- 9-JEBLAOUI Y, HADDAD S,OUERTANI L, HCHICHA S.:Algorithme de prise en charge des ameloblastomes en Tunisie. *Revue de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale* 2007 ; 108 : 5, 419-423
- 10-BOU-EL-HARMEL F. Améloblastome mandibulaire (Etude rétrospective à propos de 10 cas). *Thèse méd. : Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH* 2011 ; 135 ; 103p.
- 11-KIM SG, JANG HS. Ameloblastoma : a clinical, radiographic and histologic analysis of 71 cases. *Orl Pathol Oral radio Endod* 2001: 91: 694-53.
- 12-RUHIN-PONCET B. BOUATTOUR A. et al. Améloblastomes des mâchoires : Analyse rétrospective de 1994 à 2007. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale*, 2011 ; 1-11.1993
- 13-GUMGUM S; HOSGOREN B. Comportement clinique et radiologique de l'améloblastome dans 4 cas. *J. asoc dent can*, Juillet/Août 2005; 71 : 7, 481.
- 14-LADEINDE AL1, OGUNLEWE MO, BAMBOSE BO, AD-EYEMO WL, AJAYI OF, AROTIBA GT, AKINWANDE JA. Ameloblastoma: analysis of 207 cases in a Nigerian teaching hospital : *Quintessence Int*. 2006 Jan;37(1):69-74.

- 15-VIGNINKIN-YEHOUESSI B, FLATIN M., et coll. Améloblastomes des maxillaires : Aspects cliniques, Radiologiques et histopathologiques en ORL AU CNHU Cotonou (1980-2006), *J. Soc Biol Cl*, 2007 ; 011 : 17-21
- 16-FAVRE D'AUVERGNE E ; GUILBERT F. Traitement des Kystes, tumeurs et pseudo-tumeurs des maxillaires : *Encycl Med chir-22-062-k-10*, 1996
- 17-ADEBIYI KE1, UGBOKO VI, OMONIYI-ESAN GO, NDUKWE KC, OGinni FO: Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. *Head Face Med*. 2006 Nov 24;2:42.
- 18-Arotiba GT, Ladeinde AL, Arotiba JT, Ajike SO, Ugboko VI, Ajayi OF.: Ameloblastoma in Nigerian children and adolescents: a review of 79 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Jun;63(6):747-51.
- 19-AJACQUES JC. Anatomie dentaire. *Encycl. Méd.chir, Stomatologie et Odontologie*, 22032H10, 1993 ; 16.
- 20-PELLETIER M. Le maxillaire inférieur. Anatomie maxillo-faciale ; *Paris Librairie Maloine SA* : 71-80
- 21-MUNIER A. Embryologie, développement bucco-facial, introduction à la stomatologie infantile, formation du squelette facial. *Paris Masson et Cie* 320p
- 22-ACHARD J.L. Révision accélérée en Odonto-stomatologie. Paris : Maloine 1988 ; 365p1
- 23-CERNEA P. Tumeurs bénignes des maxillaires d'origine dentaire. *EMC. Paris : stomatologie* 11, 1954 ; 220, 87.
- 24 -AGODA P., AMANA P., BOKO E., BISSAH K., BETENORA B., KPEMISSI E. : Les accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-CAMPUS de Lomé(TOGO) : *Rev. Iv. Odonto-Stomatol.*, vol. 11, n°1, 2009, pp. 31-36
- 25-BUTT FM, GUTHUA SW, AWANGE DA, DIMBA EA, MACIGO FG : The pattern and occurrence of ameloblastoma in adolescents treated at a university teaching hospital, in Kenya: a 13-year study; *J Craniomaxillofac Surg*. 2012 Feb;40(2):e39-45. doi: 10.1016/j.jcms.2011.03.011. Epub 2011 Mar 31.
- 26-REICHART PA1, PHILIPSEN HP, SONNER S: Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1995 Mar;31 B (2):86-99.
- 27-GHANDHI D1, AYOUB AF, POGREL MA, MACDONALD G, BROCKLEBANK LM, MOOS KF. : Ameloblastoma: a surgeon's dilemma ; *J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Jul;64(7):1010-4.
- 28 -OGUNSalu C, WEST W, LEWIS A, WILLIAMS N.: Ameloblastoma in Jamaica--predominantly unicystic: analysis of 47 patients over a 16-year period and a case report on re-entr cryosurgery as a new modality of treatment for the prevention of recurrence. *West Indian Med J*. 2011 Mar;60(2):240-6.
- 29 -FULCO GM, NONAKA CF, SOUZA LB, MIGUEL MC, PINTO LP. Solid ameloblastomas - Retrospective clinical and histopathologic study of 54 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010 Mar-Apr; 76(2):172-7.
- 30-ORD RA, BLANCHAERT RH JR , NIKITAKIS NG , SAUK JJ. Améloblastome chez les enfants. *J Oral Surg Maxillofac*. Juillet 2002; 60 (7): 762-70.