

IMPACT DE L'UTILISATION DU SMARTPHONE SUR L'AUDITION DES POPULATIONS VIVANT A BOUAKE
KOUASSI-NDJEUNDO JE., ADJÉ YA., KOUASSI NH., VROH BTS., NAWATTA KDC., ASSUA KE., KOFFI JW., KOFFI AMD EPSE GBE., N'GATTIA KV., KACOUCHIA NB.

Page 07

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DES PLAIES CORNÉENNES PÉNÉTRANTES AU CNHU-HKM DE COTONOU
ALAMOU S., ABOUKI COA., KINHA L., AGBAHOUNGBA L., AIGBE N., ODOULAMI L., SOUNOUVOU I., TCHABI S.

Page 16

PRISE EN CHARGE DU CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DE LA LANGUE AU CENTRE HOSPITALIER LAYNE DE MONT DE MARSAN (FRANCE)
YEDE C., AVAKOUDJO F., BOURAIMA F., DO SANTOS A., ADJIBABI W., AOUADI K.

Page 21

LES CANCERS THYROÏDIENS EN ORL AU CNHU-HKM DE COTONOU
ADJIBABI W., AVAKOUDJO F., LAWSON A. S., MEDJI S., YEDE C., HOUNKPATIN S H R., FLATIN M., VODOUHE U., BOURAIMA F.

Page 31

LA THYROIDECTOMIE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE ZONE DE SURU-LERE AU BENIN
U.B. VODOUHE., F. AVAKOUDJO., S. H.R HOUNKPATIN., S. LAWSON AFOUDA., A. Z. DO SANTOS1., D. GUEZO., W. ADJIBABI., B. YEHOUESSI-VIGNIKIN.

Page 38

PROFIL BIBLIOMETRIQUE ET DEVENIR DES THESES SOUTENUES A L'UFR DES SCIENCES MEDICALES DE BOUAKE (COTE D'IVOIRE)
KOUASSI-NDJEUNDO JE., ADJÉ YA., KOUASSI NH., VROH BTS., NAWATTA IDC., ASSUA KE., BÉRÉTÉ PIJ., GNANZOU AS., KOFFI WJ., N'GATTIA KV., KACOUCHIA NB.

Page 46

PRISE EN CHARGE DES AMÉLOBLASTOMES À LA CLINIQUE MUTUALISTE DE COTONOU
BANCOLE POGNON SAA., AHOMADEGBE C., AMOUSSA HOUNKPATIN K., BIOTCHANE I., ADJIBABI W.

Page 54



MUCORMYCOSE RHINOCÉRÉBRALE ET HÉMOPATHIE MALIGNÉ : PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DE CONAKRY

Diallo AO., Diallo OA., Touré A., Sinayoko A., Diallo KP., Diallo AG.

Page 60

L'ARTHROPLASTIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'APPAREIL MANDUCATEUR : NOTRE EXPERIENCE

Beheton R., Coulibaly A., Faye DA., Salami A., Kadre AKO., Vodouhè BU., do Santos Zounon A., Bouraïma FA., Guézo DR., Médji S., Bio-Tchané I., Konan E..

Page 67

KYSTE LARYNGE CONGENITAL: ASPECTS TOMODENSITOMETRIQUES A PROPOS D'UN CAS.
YEKPE A Patricia., ADJADOHOUN Sonia BMG., LOKOSSOU A.L.S., HOUNTON SED., TOSSA-BAGNAN., AKANNI DWMM., BIAOU O.

Page 74

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS DE LA REVUE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE TÊTE ET COU

Instructions générales

La revue de la Société Médicale Tête et Cou dénommée RETEC est publiée par la Société Médicale Tête et Cou (SOMETEC) du Bénin. Sa parution est biannuelle.

Les travaux scientifiques sont publiés en français. Ils se rapportent exclusivement à l'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale, l'Ophtalmologie, l'Imagerie Médicale, la Stomatologie, l'Histopathologie, la Neurologie, la Neurochirurgie et à l'Anesthésie Réanimation. Les publications concernent les rubriques suivantes: éditorial, article original, cas clinique, note technique, revue générale, mise au point, enseignement, lettre à la rédaction.

Copyright et clauses légales

Tout article ou toute publication dans la revue en devient la propriété.

Tout document soumis devra être accompagné d'une déclaration signée par les trois premiers auteurs, confirmant que le document n'a jamais été publié ni soumis simultanément pour publication ailleurs.

Les déclarations et opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs.

Présentation des articles soumis

Tous les articles soumis seront envoyés par internet à l'adresse suivante :

Sometec_2011@yahoo.com

Les documents soumis doivent respecter la séquence suivante : page du titre, résumé et mots clés en français et en anglais, texte, références, tableaux et figures (chacun sur une page séparée).

Page de titre

Sur la première page doit figurer le titre de l'article,

en français et traduit en anglais, sans sous-titre ; le nom des auteurs en entier suivi des initiales des prénoms; les affiliations des auteurs (nom des services, des départements et institutions de provenance); le nom et l'adresse e-mail de l'auteur responsable pour la correspondance.

Résumés

Chaque article soumis à publication doit comporter un résumé en français avec sa traduction en anglais. Ce résumé ne doit pas dépasser 250 mots. Il doit être structuré en quatre paragraphes : introduction et but de l'étude, matériel et méthode, résultats, conclusion.

Mots clés

Six mots clés au maximum doivent accompagner l'article. Ils seront inscrits au bas du résumé. Ils seront conformes au MESH de l'index Médicus.

Pages de texte

Le texte devra être divisé en introduction, matériel et méthode, résultats, discussion et conclusion.

Saisie des articles

Le texte est saisi en interligne 1,5, recto seulement, avec des marges de 2,5 cm. Les pages seront numérotées en bas et à droite. Les polices conseillées sont Arial et Courier 12.

Tableaux et figures

Le nombre total de tableaux et figures ne doit pas dépasser 5 pour les articles originaux et les autres formes de publication.

Références

Les références sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte. Elles sont indexées dans le texte sous la forme de chiffres arabes entre crochets ([2]) . En cas de références multiples dans le texte, les chiffres sont séparés par une virgule ([2,5]) ou par un tiret si elles sont consécutives ([2-5] pour ([2,3,4,5])). Seuls les

six premiers auteurs seront cités dans chaque référence. Le nombre maximum de références est de 25 pour les articles originaux, 10 pour les observations cliniques, 05 pour les notes techniques ou thérapeutiques, 05 pour les notes d'imagerie et les lettres à la rédaction.

La présentation des références se fera selon la norme de Vancouver (Colin C, Perret du Cray MH, Maître MF. L'audit clinique dans la littérature médicale. J Econ Med 1996;14:291-9.).

Longueur

La longueur totale du texte ne doit pas dépasser 8 pages par articles.

Publication

Les documents soumis ne seront publiés qu'après avis favorable d'un comité de lecture.

Frais de publication

La publication d'article par la revue de la Société Médicale Tête et Cou (RETEC) sera payante à partir du 2e numéro, soit 100000FCFA par article retenu.

Directeur de la Revue :

Professeur ADJIBABI Wassi

Rédacteurs en chef :

Pr BIAOU Olivier

Pr SOUNOUVOU Ignace

Pr AVAKOUDJO François

Pr ALAMOUC Soulé

Comité scientifique international de lecture :

Pr SOUNOUVOU Ignace (Bénin)

Pr ALAMOUC Soulé (Bénin)

Pr BONI Sévérin (Côte d'Ivoire)

Dr KUAOVI Roger (Togo)

DIALLO Jean Wenceslas (Bobodioulasso - Burkina Faso)

AYENA Didier (Togo)

ZABSONRE-ANOUC Agbébatatou (Burkina Faso)

Pr ADJIBABI Wassi (Bénin)

Pr AVAKOUDJO François (Bénin)

Pr HOUNKPATIN H. Spéro Raoul (Bénin)

Pr LAWSON AFOUDA Sonia (Bénin)

Pr DIALLO Karim Baye (Sénégal)

Pr DEGUENONVO Richard (Sénégal)

Pr KOUASSI Bertin (Côte d'Ivoire)

Pr BOURAÏMA Fatao (Côte d'Ivoire)

Pr KEITA Abdoulaye (Mali)

Pr SINGARE DOUMBIA Kadidja (Mali)

Pr OUEDRAOGO Bertin (Burkina Faso)

Pr OUOBA Kapamdilemba (Burkina Faso)

Pr DIALLO Oumar Alpha (Guinée Conakry)

Pr KEITA Mohamed (Guinée Conakry)

Pr ONDZOTTO Gontran (Congo Brazzaville)

Pr ITIERE ODZILI FA (Congo Brazzaville)

Pr N'DJOCK Richard (Cameroun)

Pr MILOUDJA Jérôme (Gabon)

Pr BOKO Essohanam (Togo)

Pr AMANA Bathokédéou (Togo)

Pr MATANDA Richard (Congo Kinshasa)

Pr VAN DER VOST (Belgique)

Pr LAWSON Georges (Belgique)

Pr De GABORY Ludovic (France)

Pr DARROUZET Vincent (France)

Pr KONAN Emmanuel (Côte d'Ivoire)

Pr KONSEM Tarcisus (Burkina Faso)

Dr FAYE Boubacar (Sénégal)

Dr GUËYE Moctar (Sénégal)

Dr LECOR Papa Abdou (Sénégal)

Dr KATTIE Louka (Côte d'Ivoire)

Pr BIAOU Olivier (Bénin)

Pr YEKPE AHOUANSON Patricia (Bénin)

Pr TCHAOUC Joseph (Togo)

Pr ADJENOU Victor (Togo)

Pr SIDIBE Siaka (Mali)

Pr CISSE Rabiou (Burkina Faso)

Pr N'DRI COUADJO (Côte d'Ivoire)

Pr MWAFO Joseph (Cameroun)

Pr ADJEIN K. Constant (Bénin)

Pr ADOUKONOU Thierry (Bénin)

Pr FATIGBA Holden (Bénin)

Pr BRUN Luc (Bénin)

Pr ASSOUTO Pamphile (Bénin)

Comité d'honneur :

Pr HOUNKPE Célestin Y. Y. (BENIN)

Pr Kouassi Bertin (Cote d'Ivoire)

Pr OUOBA Kampadilemba (Burkina Faso)

Pr AG Mohamed (Mali)

Adresse de la Revue : 06 BP 758 Cotonou

EDITORIAL

Créée en 2011 la société médicale tête et cou (SOMETEC) est une société scientifique dynamique qui regroupe toutes les spécialités tête et cou au Bénin. Elle se réunit une fois par mois pour débattre des activités communes à travers des communications.

Depuis sa création quatre congrès ont été tenus Janvier 2020, Janvier 2018 sous la présidence du Professeur Olivier BIAOU radiologue au CNHU-HKM.

Les deux premiers congrès Janvier 2016 et Janvier 2014 ont été organisés sous la présidence du Professeur ADJIBABI Wassi ORL/CCF au CNHU-HKM. Dès lors s'est imposée à nous la nécessité d'un organe de diffusion des activités de la Société. Ainsi le journal officiel a vu le jour sous le nom de Revue Tête et Cou (RETEC). Deux numéros sont prévus par an et couvriront les différentes publications des différents acteurs de la région tête et cou.

Pour son premier numéro un article ivoirien s'est intéressé à l'aspect santé publique du smartphone devenu un compagnon indispensable mais non anodin sur l'audition. La traumatologie orbitofaciale et surtout les plaies pénétrantes cornéennes constituent une urgence de l'ophtalmologie pédiatrique à Cotonou pouvant conduire à la cécité. Les mucormycoses rhino cérébrales et hémopathies malignes sont de prise en charge difficile à Conakry avec un taux très élevé de décès.

L'imagerie médicale plaque tournante de toutes ces spécialités a rapporté un cas de kyste laryngé congénital chez un nouveau né à Cotonou.

Par ailleurs leur contribution à travers d'excellentes images scanographiques a permis de mieux cerner la pathologie thyroïdienne qu'elle soit bénigne ou maligne. Au CNHU comme au centre universitaire de zone Suru-Léré la chirurgie thyroïdienne est courante dans les services ORL.

Le cancer de la langue est moins fréquent comme le signale l'article produit dans le centre hospitalier Layne de Mont Marsan en France. L'appareil manducateur a été étudié à travers un article sur l'arthroplastie dans la prise en charge de D A M. Les améloblastomes ont été traités en clinique privée CMC avec leur lot de récives.

Enfin quel est le devenir des thèses que nous initions ?

Bonne lecture

Professeur ADJIBABI Wassi

SOMMAIRE

07	IMPACT DE L'UTILISATION DU SMARTPHONE SUR L'AUDITION DES POPULATIONS VIVANT A BOUAKE KOUASSI-NDJEUNDO JE., ADJÉ YA., KOUASSI NH., VROH BTS., NAWATTA KDC., ASSUA KE., KOFFI JW., KOFFI AMD EPSE GBE., N'GATTIA KV., KACOUCHIA NB.
15	ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DES PLAIES CORNÉENNES PÉNÉTRANTES AU CNHU-HKM DE COTONOU ALAMOU S., ABOUKI COA., KINHA L., AGBAHOUNGBA L., AIGBE N., ODOULAMI L., SOUNOUVOU I., TCHABI S.
20	PRISE EN CHARGE DU CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DE LA LANGUE AU CENTRE HOSPITALIER LAYNE DE MONT DE MARSAN (FRANCE) YEDE C., AVAKOUDJO F., BOURAIMA F., DO SANTOS A., ADJIBABI.W., AOUADI K.
30	LES CANCERS THYROÏDIENS EN ORL AU CNHU-HKM DE COTONOU ADJIBABI W., AVAKOUDJO F., LAWSON A. S., MEDJI S., YEDE C., HOUNKPATIN S H R., FLATIN M., VODOUHE U., BOURAIMA F.
36	LA THYROIDECTOMIE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE ZONE DE SURULERE AU BENIN U.B. VODOUHE., F. AVAKOUDJO., S. H.R HOUNKPATIN., S. LAWSON AFOUDA., A. Z. DO SANTOS1., D. GUEZO., W. ADJIBABI., B. YEHOUESSI-VIGNIKIN.
44	PROFIL BIBLIOMETRIQUE ET DEVENIR DES THESES SOUTENUES A L'UFR DES SCIENCES MEDICALES DE BOUAKE (COTE D'IVOIRE) KOUASSI-NDJEUNDO JE, ADJÉ YA, KOUASSI NH, VROH BTS, NAWATTA IDC, ASSUA KE, BÉRÉTÉ PIJ, GNANZOU AS, KOFFI WJ, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NB.
52	PRISE EN CHARGE DES AMÉLOBLASTOMES À LA CLINIQUE MUTUALISTE DE COTONOU BANCOLE POGNON SAA., AHOMADEGBE C., AMOUSSA HOUNKPATIN K., BIOTCHANE I., ADJIBABI W.
58	MUCORMYCOSE RHINOCÉRÉBRALE ET HÉMOPATHIE MALIGNÉ : PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DE CONAKRY DIALLO AO., DIALLO OA., TOURÉ A., SINAYOKO A., DIALLO KP., DIALLO AG.
65	L'ARTHROPLASTIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'APPAREIL MANDUCATEUR : NOTRE EXPERIENCE BEHETON R., COULIBALY A., FAYE DA., SALAMI A., KADRE AKO., VODOUHÈ BU., DO SANTOS ZOUNON A., BOURAÏMA FA., GUÉZO DR., MÈDJI S., BIO-TCHANÉ I., KONAN E..
72	KYSTE LARYNGE CONGENITAL: ASPECTS TOMODENSITOMETRIQUES A PROPOS D'UN CAS. YEKPE A PATRICIA., ADJADOHOUN SONIA BMG., LOKOSSOU A.L.S., HOUNTON SED., TOSSA-BAGNAN., AKANNI DWMM., BIAOU O.

PRISE EN CHARGE DES AMÉLOBLASTOMES À LA CLINIQUE MUTUALISTE DE COTONOU

MANAGEMENT OF AMELOBLASTOMA AT THE MUTUAL CLINIC OF COTONOU

BANCOLE POGNON SAA¹, AHOMADEGBE C², AMOUSSA HOUNKPATIN K³, BIOTCHANE I⁴, ADJIBABI W.⁴

¹ Service de Stomatologie Centre national Hospitalier Universitaire 01 BP 386 Cotonou Bénin

² Service d'anatomie pathologie Centre de cancérologie de Cotonou Bénin

³ Clinique mutualiste de Cotonou Bénin

⁴ Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 01 BP 386 Cotonou Bénin

Auteur correspondant : Bancolé Pognon Sylvie 02 BP 1376 Cotonou Bénin

Email : pobasfr@yahoo.fr

Résumé

Les améloblastomes sont des tumeurs bénignes assez rares développées aux dépens des améloblastes. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des améloblastomes à la clinique mutualiste de Cotonou (CMC).

Il s'agit d'une étude rétrospective de Janvier 2005 à juillet 2018. Le registre du bloc opératoire avait été exploité. Seuls les dossiers des patients traités et comportant un orthopantomogramme et/ou une TDM et un examen anatomo-pathologique avaient été retenus. Neuf patients sur les 31 cas de tumeurs maxillo-mandibulaires étaient porteurs d'améloblastomes. Ils étaient âgés entre 21 et 66 ans. Il y avait 3 sujets de sexe masculin et 6 de sexe féminin. Tous les cas avaient été référés au chirurgien cervico-facial par le chirurgien-dentiste. La tuméfaction était le motif principal de consultation. Le siège était mandibulaire dans 5 cas, maxillaire dans 3 cas et maxillo-mandibulaire dans 1 cas. Le traitement avait été chirurgical. Il y a eu récurrence chez 7 patients.

L'améloblastome, bien que relativement rare, constitue une pathologie de diagnostic aisé, de traitement exclusivement chirurgical, qui laisse souvent des séquelles importantes et qui récidive fréquemment.

Mots clés : améloblastome, tumeur bénigne, maxillaires, chirurgie, récurrence

Summary

Ameloblastoma are rare benign tumors developed at the expense of ameloblasts. The aim of this work was to evaluate the management of ameloblastoma at the mutual clinic of Cotonou (MCC). It was a retrospective study from January 2015 to July 2018. The operating room register was used. Only patient charts with orthopantomogram and/or CT scan and pathology examination were retained. Nine patients of 31 cases of maxillary mandibular tumors had ameloblastomas. They were between 21 and 66 years old. There were 3 males subjects and 6 female subjects. All patients had been referred to the head and neck surgeon by the dental surgeon. Tumefaction was the main reason for consultation. The seat of the tumor was mandibular in 5 cases, maxillary in 3 cases and maxillary mandibular in one case. The treatment had been exclusively surgical. There was recurrence in 7 patients. The ameloblastoma, although relatively rare, constitutes a pathology of easy diagnosis, of exclusively surgical treatment, which leaves important sequelae and who frequently recurs.

Keywords : ameloblastoma, benign tumor, maxillar, surgery, recurrence

Introduction

Les améloblastomes sont des tumeurs dérivant des améloblastes qui ont perdu leur capacité à fabriquer de l'émail [1]. Bien que relativement rare, l'améloblastome est la plus fréquente des tumeurs bénignes odontogènes [2]. Il représentait 82% de toutes les tumeurs odontogènes traitées au CHU d'Accra en 2012 [3]. En 2004, à Cotonou, Biotchané et coll. avaient colligé 18 cas en 10 ans au centre national hospitalo-universitaire (CNHU) [4]. Il s'agit d'une tumeur indolore à croissance illimitée de l'adulte jeune [5]. Elle est volontiers récidivante et impose une surveillance régulière et continue. La radiographie des maxillaires voire la TDM permet de retrouver des images uni ou multigéodiques pathognomoniques de la lésion. Le traitement est exclusivement chirurgical mais les séquelles sont importantes. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des améloblastomes à la clinique mutualiste de Cotonou (CMC).

Patients et méthode

L'étude a été rétrospective sur la période du 1er janvier 2015 au 31 juillet 2018 au service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF) de la clinique mutualiste de Cotonou (CMC). La CMC est une clinique privée de la ville de Cotonou disposant de plusieurs spécialités dont l'ORL-CCF. Le service d'ORL-CCF reçoit en moyenne 1500 patients par an. Le registre du bloc opératoire avait été exploité pour ressortir les dossiers de tous les patients ayant subi une biopsie pour une tumeur des maxillaires ou une résection tumorale des maxillaires durant la période d'étude. Seuls les patients reçus pour améloblastomes avec confirmation anatomo-pathologique avaient été inclus dans l'étude. Selon l'étendue de la tumeur et selon qu'il s'agissait d'un épisode initial ou d'une récurrence, une résection interruptrice ou non avait été faite pour les améloblastomes mandibulaires. Les tumeurs du maxillaire ont été plutôt réséquées avec des marges de sécurité plus ou moins larges

selon les cas. Les contrôles post opératoires se font tous les 2 mois la première année, puis tous les 3 mois la seconde année, ensuite les patients sont revus une fois par semestre la troisième année et enfin tous les ans. A l'occasion de ces contrôles, l'examen physique recherche l'apparition d'une tuméfaction et au besoin, un orthopantomogramme est réalisé. Dès qu'une poursuite évolutive était constatée, la prise en charge était immédiate.

Résultats

Pendant la période couverte par l'étude, 31 cas de tumeurs maxillo-mandibulaires avaient été colligés dont 9 améloblastomes soit 29,03%. Tous les cas avaient été référés au chirurgien cervico-facial par le chirurgien-dentiste traitant. L'âge des sujets était compris entre 21 et 66 ans. Il y avait 6 femmes pour 3 hommes. La répartition des sujets selon l'âge, le sexe, les signes cliniques, la localisation et le nombre de récurrence est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Présentation des données cliniques de la série étudiée

No	Age	Sexe	Signes cliniques	Localisation	Récidive
1	66	M	Volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante	Mandibule	4 fois
2	22	F	Tumeur ulcéro-nécrotique du vestibule (48 à 31)	Hémimandibule droite et ATM	-
3	35	M	Tuméfaction antéro-latérale gauche	Symphyse et parasymphyse gauche	2 fois
4	30	F	Nodule en prétrigone droit	Angle et branche montante droite et maxillaire	2 fois
5	42	F	Ulcération bourgeonnante gingivale antéro-latérale gauche	Maxillaire gauche	3 fois
6	54	M	Tumeur rémittente maxillaire droite	Maxillaire droit	3 fois
7	27	F	Ulcération fissuraire de la crête alvéolaire mandibulaire gauche	Symphyse et parasymphyse gauche	
8	61	F	Tuméfaction du sillon gingivo-jugal gauche	Maxillaire gauche	1 fois
9	21	F	Ulcération mandibulaire	Mandibule	1 fois

La tuméfaction était le motif principal de consultation (Figure 1). Le siège était mandibulaire dans 5 cas, maxillaire dans 3 cas et maxillo-mandibulaire dans 1 cas. Il y a eu récurrence chez 7 patients.



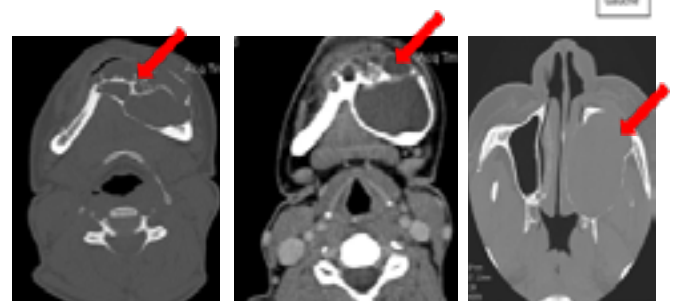
Figure 1 : volumineuse tuméfaction mandibulaire gauche chez des porteurs d'améloblastome

L'examen histopathologique avait révélé une prédominance du type folliculaire (6 cas), suivi du type desmoplasique (2 cas) et du type plexiforme (1 cas).

A l'orthopantomogramme (figure 2) et à la TDM (figure 3), l'image radiologique prédominante



Figure 2 : panoramique avec image multiloculaire



a : mandibulaire b : mandibulaire c : maxillaire

Figure 3 : coupes axiales TDM d'améloblastomes en fenêtre osseuse (a et c) et en fenêtre parenchymateuse (b) : flèches rouges

Le traitement avait été chirurgical dans tous les cas. La résection avait été interruptrice dans 4 cas mandibulaires avec des séquelles esthétiques importantes (figure 4). Après la chirurgie, tous les patients avaient été revus par leur chirurgien-dentiste traitant pour la réhabilitation prothétique.



Figure 4 : vue exobuccale après hémimandibulectomie gauche

Commentaires

L'améloblastome ne représente que 1% des tumeurs osseuses [6,7]. A la CMC, 9 cas ont été colligés en 14 ans, soit moins d'1 cas par an.

Il survient essentiellement entre la 3^e et la 6^e décennie [8-10]. La tranche d'âge retrouvée dans cette série est très proche de celle rapportée dans des travaux antérieurs [11-13]. La liaison au sexe ne fait pas l'unanimité. Pour certains auteurs [10,13-15], elle n'existait pas, mais d'autres avaient signalé une prédominance masculine [8,16]. Dans cette série par contre, à l'instar de Ba et al. au Mali [11], il y avait 6 femmes pour 3 hommes.

La tumeur est volontiers de localisation mandibulaire [1,5,9,14]. Le siège était mandibulaire chez 5 patients. L'améloblastome siège rarement au maxillaire [14]. Trois patients dans cette série avaient présenté une localisation maxillaire. Selon Piette et coll [17], l'améloblastome, localisé surtout dans

les régions postérieures du maxillaire et sur le ramus mandibulaire, est potentiellement mortel par invasion intracrânienne. Dans notre série, un cas siégeait sur le ramus mandibulaire et 3 cas au maxillaire. Ces sujets bénéficient d'un suivi clinique et radiologique minutieux.

La tuméfaction est en général dure, ferme, de consistance osseuse, sans signe inflammatoire [13]. C'était le motif de consultation chez tous les patients. L'améloblastome peut envahir les parties molles et se traduire par une ulcération avec bourgeonnement tumoral au niveau de la cavité buccale [1]. C'était le cas de 6 patients de notre série. Certains améloblastomes sont de découverte radiologique fortuite [18]. Tous les patients de notre série ont été vus au stade évolué.

L'imagerie médicale oriente le diagnostic et aide à la décision chirurgicale. Elle fait appel à l'orthopantomogramme (OPT), aux radiographies occlusales, à la tomодensitométrie (TDM), au cone beam ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui renseignent avec précision sur les limites de la lésion et ses rapports avec les structures environnantes. Tous les cas de notre série avaient réalisé un OPT et une TDM. L'aspect en imagerie de l'améloblastome n'est pas spécifique [18]. Il peut être soit kystique uniloculaire à contours nets, soit multiloculaire (images lacunaires multiples séparées les unes des autres en bulles de savon ou en nid d'abeille) [14] ou encore une vaste image lacunaire avec quelques cloisons de refend [1]. L'image polygédodique, multiloculaire caractéristique [5] était celle observée chez 7 patients.

Le traitement des améloblastomes est exclusivement chirurgical. L'exérèse doit être large passant à distance de la lésion [1,5,17]. Il existe actuellement un consensus sur la prise en charge thérapeutique. Le curetage simple ne peut être recommandé comme traitement sauf dans certains cas particuliers tels que les sujets d'âge avancé et les terrains fragilisés ne pouvant supporter l'anesthésie générale. Les lésions kystiques uniloculaires seront enlevées avec une marge de sécurité osseuse saine suffisante. Les lésions multiloculaires soufflant l'os et

amincissant les corticales devront subir des résections larges ; à la mandibule, l'ostéotomie ne sera interrompue que si la corticale basilaire est érodée. Le sacrifice du nerf dentaire inférieur est recommandé s'il est envahi par la tumeur. Dans les régions postérieures des maxillaires, un traitement plus agressif est recommandé, en raison de la proximité de la base du crâne. La marsupialisation et le curetage suivi de cryofixation à l'azote liquide sont désuets car ne pouvant assurer un contrôle de la destruction de tous les compartiments tumoraux [17]. Les sites mandibulaires présentés dans ce travail avaient subi une résection interrompue ou non selon le cas. Les tumeurs maxillaires ont plutôt été traitées par résection tumorale.

Certaines lésions améloblastiques à haut risque de récurrence sont traitées par la solution de Carnoy qui favorise la nécrose chimique jusqu'à 1,5mm et l'élimination des restes épithéliaux et des microkystes résiduels [19]. Cette solution a amélioré l'arsenal thérapeutique des améloblastomes en faisant évoluer la tendance vers une chirurgie plus conservatrice [3]. Elle est composée de 6ml d'éthanol absolu, de 3ml de chloroforme, d'un millilitre d'acide acétique glacial et d'un gramme de chlorure ferrique [19]. Elle n'a pas été utilisée pour les patients objets de ce travail. Cette technique pourrait être expérimentée pour les futurs patients de la CMC. Le caractère fréquemment récidivant des améloblastomes impose une surveillance régulière [2,5,17]. Le pourcentage de récurrence avoisinerait 75% avec les traitements chirurgicaux conservateurs et seulement 15% avec les traitements radicaux [17]. Dans notre série, 7 sujets avaient présenté entre une et 4 récurrences en 10 ans de suivi.

Conclusion

L'améloblastome est la plus fréquente des tumeurs odontogéniques de l'adulte jeune. Nous avons rapporté dans ce travail 9 cas d'améloblastomes tous découverts tardivement au stade de tuméfaction par le chirurgien-dentiste, surtout chez les femmes et de siège

volontiers mandibulaire. Tous les patients de cette série avaient un bilan paraclinique assez complet (orthopantomogramme, TDM et examen histopathologique). La chirurgie avait été radicale surtout pour les cas mandibulaires et plus conservatrice pour les cas maxillaires. Le retard à la consultation, fréquent dans notre contexte, expose au risque de récurrence et de tumeurs géantes.

Références

1. Lebeau J. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour le 2ème cycle des études médicales Elsevier Masson (2009), pp 80-81
2. Lezy JP, Princ G. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie Masson Liège, (2003), pp130
3. Nkwatcho Nantcho C. Améloblastome mandibulaire : prise en charge au CHU d'Accra Ghana. Thèse Chir. Dent. Lille 2, 2012, n° 2012LIL2CO34
4. Biotchané I, Biaou O, Adjibabi W, Alamou S, Ouédraogo B, Alao N. et coll. Améloblastome : prise en charge au CNHU de Cotonou. Le Bénin Médical 2004;27:53-56
5. Le Breton G. traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique CdP Paris (1997), pp 528
6. Chomette G, Auriol M. Histopathologie buccale cervico-faciale Masson, Paris, (1986), pp 51-57
7. Vallicioni J, Loum B, Dassonville O, Poissonnet G, Ettore F, Demard F. Ameloblastomas. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2007;124: 166-71
8. Effiom OA, Odukoya O. Desmoplastic ameloblastoma: analysis of 17 Nigerian cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;111: 27-31
9. Fricain JC et coll. Référentiel Internat Chirurgie orale ID, Paris, (2017), pp 358
10. 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
11. Ba B, Doumbia Singaré K, Diallo M, Coulibaly AD, Théa TD. et coll. L'améloblastome mandibulaire : à propos de 51 cas Rev. Méd

Buccale Chir Buccale 2016;22: 7-11

12. Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws : management and recurrence rate European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases 2017;134: 7-11

13. Nitassi S, Boudalaadass M, Tobi I, Essakali L, Kzadri M. Amélobastome : diagnostic et traitement à propos de 26 cas Rev. Méd Buccale Chir Buccale 2009;15(2):93-100

14. Pasler FA, Visser H. Atlas de poche de radiologie dentaire Flammarion Paris 2006:245-60

15. Ruhin B, Guilbert F, Fouret P, Ghoul S, Berdal A, Bertrand JC. Tumeurs des maxillaires ; améloblastome : données actuelles et perspectives. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2005;106(sup4):64

16. Chala S, Nassih M, Rzin A, Jidal B. Ameloblastoma of the mandible. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2002;103:247-50

17. Piette E, Goldberg M. La dent normale et pathologique De Boeck 2001:325-27

18. Medaghri Alaoui A. et al. Améloblastome : prise en charge par le médecin dentiste Med Buccale Chir Buccale 2012;18:221-7

19. Sivanmalai S, Kandhasamy K, Prabu N, Prince CN, Prabu CSAPS. Carnoy's solution in the management of odontogenic keratocyst J. Pharm Bioallied Sci 2012;4(2):183-5