

AMELOBLASTOME : PRISE EN CHARGE AU CNHU - HKM DE COTONOU

BIO-TCHANE I¹ ; BIAOU O² ; ADJIBABI W¹ ; ALAMOU S³ ; OUEDRAOGO B¹ ; ALAO N³ ; BOCO V² ;
HOUNKPE Y. Y. C¹ ; MEDJI A.L.P¹

1 Service Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale du Centre National Hospitalier Universitaire Cotonou BP 386 BENIN
2 Service d'Imagerie Médicale CNHU Cotonou / 3 Clinique Mutualiste de Cotonou 04 BP 0848

RESUME

Introduction : Nous rapportons une étude rétrospective sur 10 ans de la prise en charge de l'améloblastome.
Matériel et méthode : De 1992 à 2002 ont été colligés les dossiers de tumeurs lytiques des maxillaires ; nous avons retenu ceux dont l'histologie a révélé l'améloblastome. Ainsi ont été étudiés 18 dossiers sur 42.
Résultat : La sex ratio est de 1
L'âge moyen a été de 33,11 ans (18 ans - 58 ans). La tuméfaction était mandibulaire dans 16 cas, maxillaire dans 2 cas. L'atteinte du ramus et de l'angle représentait 75%
L'orthopantomogramme a été réalisé chez tous nos patients et avait montré 11 cas d'images polygédiques en bulle de savon ou en nid d'abeille. Le traitement a été chirurgical avec un fort taux de récurrence (5cas / 14), après énucléation (4cas) après résection segmentaire (1 cas).
Conclusion : Nous recommandons devant les améloblastomes de grande taille, comme chez nous, la résection monobloc suivie de reconstruction par greffon osseux iliaque.
Mots clés : Améloblastome - Tuméfaction - Mandibulaire.

SUMMARY

We report in a retrospective study our experience of 10 years ameloblastoma management.
Material and method : From 1992 to 2002 we treat 18 patients for ameloblastoma histologically confirmed among 42 patients for osteolytic tumors.
Results : Sex ratio 1, mean age 33,11 years (18years - 58 years) mandibular tumor 16 cases / maxillary 2 cases. Mandibular angle and ramus were the principal location 75%. Panorex was performed for all patients and showed multi geodic image. Surgery was performed with high recurrence (5 cases/14), after enucleation (4 cases) and segmental resection (1 case).
Conclusion : We recommend in case of big ameloblastoma like ours, a monobloc resection with iliac bone reconstruction.
Key Words : Ameloblastoma - Mandibular - Tumor.

INTRODUCTION

Le terme améloblastome a été introduit par l'American Academy of Oral pathology en 1934 [1] et désigne une tumeur odontogénique bénigne des maxillaires. Elle dérive des tissus préformateurs de la dent et se singularise par son fort pouvoir d'extension et de récurrences locales. Il est rare mais il reste le plus fréquent des tumeurs odontogéniques [2,3]. Il réalise une tuméfaction indolore et son aspect radiographique est une géode le plus souvent multiloculaire. Son évolution est lente, progressive et son traitement est chirurgical. Le but de ce travail est d'évaluer les difficultés diagnostiques, thérapeutiques et de proposer une prise en charge adaptée à nos réalités.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de 1992 à 2002, réalisée dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Maxillo Faciale de Cotonou. Elle a concerné les dossiers des malades qui ont été traités pour l'améloblastome.

Le diagnostic d'améloblastome a été retenu sur les critères cliniques, radiologiques et anatomopathologiques : les malades avaient une tumeur maxillaire de consistan-

ce osseuse révélée à la radiographie standard de la face sous forme d'images géodiques. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical par abord de cervicotomie latérale haute. Le mode d'exérèse a varié selon la taille de la tumeur et a consisté en une énucléation, en une résection segmentaire ou en une hémimandibulectomie suivie ou non de reconstruction par greffon osseux. L'absence de confirmation anatomopathologique d'améloblastome a été notre critère d'exclusion. Ainsi sur 42 dossiers de malades souffrant de tumeur maxillaire, 18 ont été retenus. L'analyse des dossiers a porté sur la fréquence, les aspects radiocliniques et l'évolution selon le type de traitement.

2. RÉSULTATS**2.1. Données épidémiologiques****Tableau 1 : Répartition selon le sexe et l'âge (an)**

	F	H	Total
16 à 30	5	4	9
31 à 45	2	4	6
46 à 60	2	1	3
Total	9	9	18

2.2. Données cliniques et évolutives

Tableau II : Répartition selon les signes cliniques

Manifestations cliniques		Nombre
Tuméfaction de	- ramus	12
	- angle	8
	- symphyse	2
	- branche montante	2
	- condyle	1
	- maxillaire	2
Mobilité anormale de dent		4
Déplacement dentaire		3
Retard de cicatrisation après extraction dentaire		1

Tableau III : Répartition selon les signes radiographiques

Aspects Radiographiques		Nombre
Géode	Multiloculaire	11
	Uniloculaire	7
Déplacement dentaire		9
Inclusion dentaire		1
Résorption radiculaire		9
Corticale	Rompue	6
	Non rompue amincie	10
	Non rompue intacte	2

Tableau IV : Evolution selon le type de traitement

	Pas de récidive à 5 ans	Récidive à (ans)				ind
		4	3	2	1	
Hémi mandibulectomie avec reconstruction	2					
Hémi mandibulectomie sans reconstruction	3					1
Résection segmentaire						
Non interruptrice	1				1	
Enucléation	3	2		1	1	3

ind = information non disponible

3. DISCUSSION

L'améloblastome est rare et représente 1% des tumeurs maxillaires [4], il serait plus fréquent chez le noir [5]. Les plus grandes séries publiées sont africaines [6, 7, 8].

Dans notre série, en 10 ans 18 cas ont été colligés. La sex ratio a été de 1, comparable aux données de la littérature [9,10,11]. La tumeur s'observait surtout chez l'adulte jeune de 15 à 40 ans [12]. Le plus jeune de nos patients avait 18 ans et le plus âgé 58 ans soit un âge moyen de 33,11 ans, semblable à 32,9 ans dans l'étude de Crezoit [13] ; il était inférieur à l'âge moyen de 38 ans observé par Bourjilat [10]. Le motif habituel de consultation de l'améloblastome était une tuméfaction indolore des maxillaires surtout mandibulaire (fig1). Le siège man-



Figure 1 : Tuméfaction mandibulaire droite, présence de cicatrices de scarifications

dibulaire est fréquemment signalé et varie de 80% à 95,7% [7,11,14,15]. La localisation la plus rapportée était le ramus et l'angle mandibulaire [2,10] ; elle était de 75% dans notre série. Selon Ord RA et coll la symphyse mandibulaire serait fréquemment atteinte chez l'enfant africain [16]. Le siège maxillaire serait rare [17]. Deux patients de notre série avaient cette localisation.

D'autres circonstances peuvent amener les patients à consulter :

- la mobilité et / ou le déplacement anormal des dents en rapport avec la tumeur [9,10]. Ces signes ont été retrouvés respectivement dans 4 et 3 cas dans notre série.
- le retard de cicatrisation après extraction dentaire [1,9,10].

Parfois la découverte est fortuite au cours d'un examen radiographique.

L'orthopantomogramme est l'examen standard de routine. L'étude radiographique se fait également sur des clichés standards de défilé maxillaire ou de crâne en incidence de Blondeau [2,9,10]. L'intérêt de la tomodynamétrie réside dans la précision de l'état des corticales et de l'extension de la tumeur aux parties molles [11,18]. Nous n'avons pas eu recours à cette technique pour la prise en charge chirurgicale de nos malades. Le résultat de l'imagerie est une lésion mono ou polygédodique. L'image polygédodique en "bulles de savon" ou en nid d'abeille est la plus fréquente [2,10,13] ; elle était présente chez 11 de nos patients. L'image mono-gédodique réalise une lacune unique bien limitée. Elle peut contenir une dent et pose alors un problème diagnostique avec un kyste odontogénique ; un seul cas a été observé dans notre série.

Les améloblastomes de grande taille entraînent des déplacements dentaires, laminer et rompent parfois la corticale. Nous avons observé dans notre étude 9 cas de résorption radiculaire ; ce signe est aussi retrouvé dans les kératokystes [18].

Le traitement a été chirurgical et comporte trois techniques :

* l'énucléation avec curetage de la cavité tumorale dans les améloblastomes uniloculaires de petite taille, sans rupture de la corticale et sans envahissement des parties molles [10,16,19] ; Chalat et coll [14] l'ont pratiquée chez 6/16 patients, Bourjilat chez 4 cas pour 26 [9]. Dans notre série 10 patients ont bénéficié de cette technique. Ce type de traitement est source d'un fort taux de récurrence allant de 30 à 100% [2,9,16]. La majorité de ces récurrences surviennent au cours des deux premières années [2]. Dans notre étude la survenue de récurrences à 4 ans nous a amenés à reconsidérer le délai de guérison et donc de surveillance.

* Dans les améloblastomes de taille moyenne, lorsque la corticale basale est intacte et suffisamment large pour maintenir la mécanique faciale, la résection segmentaire non interromptrice peut-être envisagée [6, 11]. Nous avons eu recours à cette technique chez deux de nos patients avec un cas de récurrence à un an.

* Les améloblastomes de grande taille avec ou sans rupture de la corticale sont traités par résection monobloc (fig 2) suivie de reconstruction immédiate par greffon osseux. [6,7,13,20,21]. Dans ces cas, le taux de récurrence est faible, inférieur à 14% [22].

Les facteurs de risque de récurrence sont multiples :

- la potentialité intrinsèque de l'améloblastome à récidiver
- le traitement incomplet par énucléation ou traitement insuffisant par résection non interromptrice.
- la grande taille des améloblastomes et / ou le délai trop long de consultation dans nos contrées avec souvent une atteinte de la corticale basale.
- les traitements chirurgicaux itératifs en particulier des récurrences.



Figure 2 : Mise en place du greffon osseux iliaque après hémimandibulectomie droite

Ces facteurs doivent imposer chez nous un traitement radical avec reconstruction par greffon osseux de préférence iliaque. Le contrôle post opératoire devrait se faire sur une longue durée afin de détecter les récurrences et les métastases surtout pulmonaires, rarement ganglionnaires et cérébrales [5,23,24].

CONCLUSION

L'améloblastome est une tumeur rare qui s'observe souvent chez l'adulte jeune, sans prédilection de sexe. Dans notre série les patients ont été vus à un stade d'améloblastome de grande taille déformant le faciès. L'orthopantomogramme pratiqué chez tous nos patients a montré souvent une image multiloculaire avec corticale amincie. Nous proposons dans ces conditions un traitement chirurgical radical suivi de reconstruction osseuse et une surveillance au delà de 5 ans.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - LANCHARD J., BEDRUNE B., BLANC J.L., CHEYNEY F., CHASSEGROS C.
Tumeurs et pseudotumeurs des maxillaires.
Rev stomatol chir maxillo fac, 1994 ; 95 (2) : 68 - 197
- 2 - GUILBERT F., CHOMETTE G., PERON J.M.
Traitement des tumeurs bénignes et des pseudo-tumeurs des maxillaires.
Encycl. Med. Chir. (Paris) Stomatol., 1988, 22062 K 10, 2
- 3 - LU Y., XUAN M., TAKATA T., WANG C., HE Z., ZHOU Z., MOCK D., NIKAI H.
Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a Chinese population
Oral surg Oral med oral pathol oral radiol Endod 1998 Dec ; 86(6) : 707 - 14
- 4 - FREIDEL M., CROS P., ACHARD R., DUMAS P.
Traitement des grands kystes de la mandibule
Rev. stomatol. Chir. maxillo-fac, 1980 ; 81 (1) : 10 - 14
- 5 - DUFFEY D.C., BAILLET J.W., NEWMAN A.
Ameloblastoma of the mandible with cervical lymph node metastasis
Am. J oto-laryngol 1995 ; 16 : 66 - 73
- 6 - ADEBAYO E.T., AJIKE SO., ADEKEYE EO.
Odontogenic tumours in children and adolescents : a study of 78 Nigerian cases.
J. craniomaxillofac Surg 2002 ; 30 (5) : 267 - 72

- 7 - CHIDZONGA M.M., LOPEZ PEREZ V.M., PORTILLA ALVAREZ A.L.
Ameloblastoma : the Zimbabwean experience over 10 years.
Oral surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol Endol 1996 ; 82 (1) : 38 - 41
- 8 - SIMON EN., STOELINGA P.J., VUHAHULA E., NGASSAPA D.
Odontogenic tumors and tumors like lesions in TANZANIA
East Afr med J 2002 ; 79 (1) : 3 - 7
- 9 - BOURJILAT M.
Améloblastome des maxillaires
J.F. ORL 2001 ; 50 (5) : 255 - 258
- 10 - JANAH A., KADIRI F., CHEKKOURY I.A., BENCHAKROUN N.Y.
Améloblastome : pièges diagnostiques a propos d'un cas
JF ORL 1995, 44 n°3 : 204 - 206
- 11 - NYAKAYIRO A., FRENOT M., VIALA I., DEBRY C.H.
Prise en charge d'un volumineux améloblastome au Centre Hospitalier Universitaire de Butare (Rwanda).
Rev. Laryngol, otol. Rhinol. 2002, 123, 3 : 191-194
- 12 - BROCHERIOU C., AURIOL M., CHOMETTE G.
Tumeurs odontogènes
Arch. Anat path., 1992 ; 20 (2) : 203 - 222
- 13 - CREZOIT G.E., GADEGBEKU S., OUATTARA B., BILE J.L.A.
Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastome mandibulaire opérés en Côte d'Ivoire de 1992 à 2000
Rev stomatol chir Maxillofac 2003 ; 104 (1) : 25 - 8
- 14 - CHALA S., NASSIH M., RZIN A., JIDAL B.
Notre expérience des améloblastomes de la mandibule
Rev stomatol. Chir. Maxillofac., 2002 ; 103, 4, 247 - 250
- 15 - CHIDZONGA M.M.
Ameloblastoma in children. The Zimbabwean experience
Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol Endol 1996 ; 81(2) : 168 - 70
- 16 - ORD RA., BLANCHAERT RH J.R., NIKITAKIS NG., SAUK JJ.
Ameloblastoma in children
J oral Maxillo fac surg 2002 ; 60 (7) : 762 - 70 ; discussion, 770 - 1
- 17 - ZWAHLEN R.A., GRATZ K.W.
Maxillary ameloblastomas : a review of the literature and of a 15 - year database.
J Cranio maxillo fac surg 2002 ; 30 (5) : 273 - 9
- 18 - PERRIN J.P., MERCIER J.M., SCHMIDT J., PIOT B.
Très grands kératokystés mandibulaires : mise au point
Rev stomatol chir maxillo fac, 2002 ; 103 (4) : 207 - 220
- 19 - LI T., WU Y., YU S., YU G.
Clinico pathological with spezial reference to ist recurrence
Zhonghua kou quang yi xue zazhi 2002 ; 37 (3) : 210 - 2
- 20 - DEJKERS R.L., BLOEM R.M., HOGENDOORN P.C., VERLAAN J.J., KROON HM. , TAMINIAN A.H.
Hemicortical allograft reconstruction after resection of low-grade malignant bone tumours
Jbone joint surg Br 2002 ; 84 (7) : 1009 - 14
- 21 - MINTZ S., VELEZ I.
Desmoplastic variant of ameloblastoma : report of two cases and reveiw of literature
J am dent assoc 2002 Aug ; 133 (8) : 1072 - 5
- 22 - WILLIAM T.P.
Management of ameloblastoma : a changing perspective
J Oral Maxillo fac surg 1993 ; 51 (10) : 1064 - 70
- 23 - SHEPPARD BC., TEMECK B.K., TAUBENRGER J.K., PASS H.I.
Pulmonary metastasis disease in ameloblastoma
Chest 1993 ; 104 : 1933 - 35
- 24 - ZARBO R.J., MARUNICK M.T., JOHNS R.
Malignant ameloblastoma, spindle cell variant.
Arch pathol lab med 2003 ; 127 (3) : 352 - 5