

El Yacoubi O, Chbicheb S

Service d'Odontologie Chirurgicale-CCTD IBN SINA Faculté de médecine dentaire
Université Mohammed V Rabat (MAROC)

Introduction

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) a été décrite pour la première fois en 1907 par DREIBLADT comme un "pseudo-adenoma adamantinoma". Il s'agit d'une tumeur épithéliale rare et bénigne qui représente 3 % de l'ensemble des tumeurs odontogéniques des maxillaires et s'observe surtout au cours de la deuxième décennie de la vie. Son site de prédilection est la région antérieure du maxillaire et elle présente trois variantes: la forme folliculaire, la forme extra folliculaire et la forme périphérique. Ce travail a pour objectif de décrire les aspects cliniques, radiologiques et histologiques de cette tumeur en présentant un cas à localisation mandibulaire.(1,4)

Présentation du cas clinique

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 18 ans qui s'est présenté au service d'odontologie chirurgicale au sein du CCTD de Rabat-Maroc pour une tuméfaction génienne basse gauche évoluant depuis 2 ans. Le patient ne présente aucune particularité sur le plan général. L'examen exo-buccal montre l'existence d'une tuméfaction de la région génienne basse gauche ; les téguments de la joue sont normaux et bien mobiles. Sans aucun signe d'hypoesthésie. L'examen endobuccal a permis de visualiser une tuméfaction, s'étendant de la 31 jusqu'à la face mésiale de la 36 avec une muqueuse d'aspect normal. Sur le plan dentaire une absence de la 34 sur l'arcade est notée avec une version mésiale de la 41 et 42.. Un bilan radiographique est alors réalisé comportant une radiographie panoramique et une TDM. L'examen radiologique a révélé une vaste image géodique radioclaire uniloculaire de forme ovale, à contours nets, s'étendant transversalement de la 33 jusqu'à la racine mésiale de la 36 et verticalement vers la crête alvéolaire néanmoins respectée et englobant les 2/3 de la prémolaire incluse. A travers ces renseignements cliniques et radiologiques, divers diagnostics sont évoqués notamment : le kyste dentigère, l'améloblastome uni-kystique et la tumeur odontogène adénomatoïde. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la lésion ainsi que la 34 incluse sous anesthésie locale. L'examen histologique de la pièce opératoire conclut qu'il s'agit d'une tumeur odontogène adénomatoïde.



Fig. 1 : Vue endo-buccale : tuméfaction s'étendant de la 33 à la 36.



Fig. 2 : orthopantomogramme : image radioclaire bien limitée, englobant la 34 incluse, avec de fines opacités.

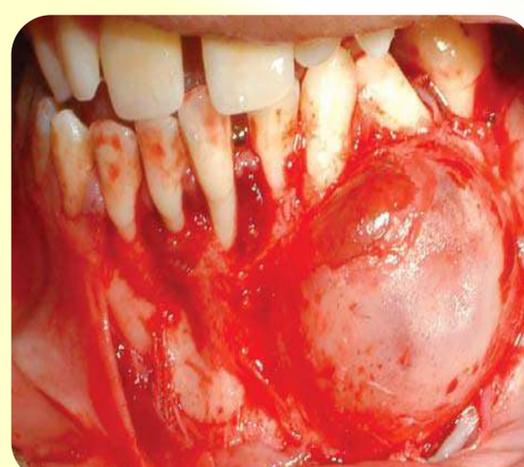


Fig. 3: Vue endo-buccale : après décollement, mise en évidence de la corticale vestibulaire rompue à son sommet.

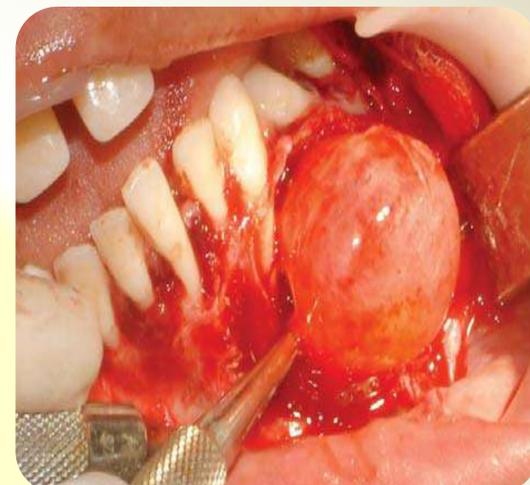


Fig. 4: Vue endo-buccale : énucléation de la lésion.

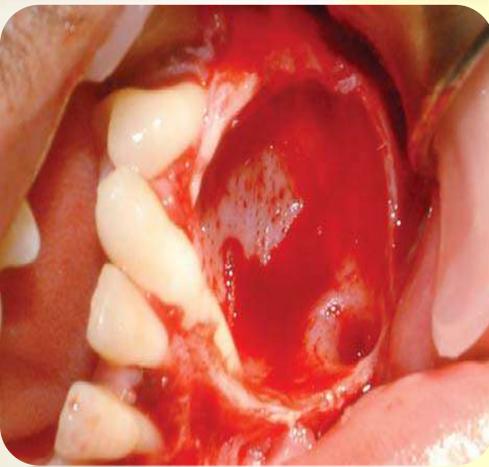


Fig. 5 : vue endo-buccale : crypte osseuse avec l'alvéole déshabillée de la 34.



Fig. 6 : Vue endo-buccale : Sutures avec points séparés.



Fig. 7 : Pièce opératoire avec la dent biradiculée, la tumeur englobant la couronne de la dent.

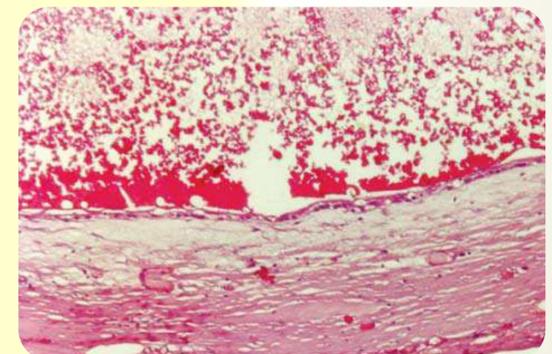


Fig. 8 : Coupe histologique : présence d'une partie solide contenant des cellules épithéliales qui forment des rosettes et des tubes, certains de ces tubes comportent une substance calcifiée (HES, G x 100).

Discussion

La TOA est une tumeur bénigne des maxillaires le plus souvent asymptomatique, qui représente 3 % de l'ensemble des tumeurs odontogéniques. Elle est plus fréquente chez la femme avec un sex-ratio de 1/2 et s'observe surtout au cours de la deuxième décennie de la vie.

Son site de prédilection est la région antérieure du maxillaire. (1)

Cette tumeur a parfois été décrite sous le nom de "tumeur 2/3" car environ 2/3 des cas surviennent chez de jeunes patients, 2/3 des cas sont à localisation maxillaire, 2/3 des cas sont associés à une dent incluse et 2/3 de ces dents sont des canines. (3)

Il existe trois variantes clinico-topographiques de la TOA :

- Le type folliculaire : c'est le type le plus fréquent (73 % des cas). Il s'agit d'une lésion intraosseuse centrale associée à une dent incluse ;
- Le type extrafolliculaire (25 % des cas) : il s'agit d'une lésion intraosseuse qui siège le plus souvent entre les racines des dents ;
- Le type périphérique (2 %) : il se développe au niveau du tissu gingival. (3, 4)

La TOA est généralement asymptomatique, sa découverte est souvent fortuite lors d'un examen radiographique de routine ou lors d'une exploration suite à un retard d'éruption ou en présence d'un diastème interdentaire.

Dans les cas avancés la TOA peut se manifester cliniquement par une tuméfaction osseuse non douloureuse, le plus souvent ferme, plus rarement associée à des zones rénitentes, augmentant lentement de volume et pouvant parfois amener à un comblement du vestibule, des déplacements dentaires, des perturbations fonctionnelles ou des déformations extérieures visibles. (2,3)

Sur le plan radiologique, l'aspect de la lésion est celui d'une image radioclaire bien circonscrite développée aux dépens d'une dent incluse et évoquant au premier abord un kyste dentigère corono-dentaire. Les tumeurs plus évoluées peuvent contenir des foyers radio-opaques discrets ou marqués, ressemblent à un kyste odontogène calcifié (KOC). (1,3)

Histologiquement, la tumeur odontogène adénomatoïde est parfaitement définie, des lobules et des cavités kystiques. Les cellules épithéliales sont étroitement appliquées contre le bord du kyste avec un noyau vésiculaire. Elles sont arrangées en nodules, spirales et rosettes et traversées par des structures canaliculaires bordées d'un épithélium cylindrique avec des rangées de noyaux situés du côté opposé de la lumière. A l'intérieur de celle-ci, existe un matériel éosinophile amorphe au contact du pôle apical des cellules. Des plages de calcifications sont présentes par endroit. Elles représentent des tentatives de formation d'émail. (3)

Le diagnostic s'effectue en se basant sur les données cliniques et radiologiques, et il n'est confirmé que par analyse anatomopathologique de la pièce opératoire qui permet de déterminer la nature exacte de la lésion.

Le diagnostic différentiel de la TOA à un stade précoce qui apparaît radiologiquement sans calcifications s'établit avec un kyste dentigère, un kératokyste odontogène, un améloblastome ou une tumeur centrale à cellules géantes.

À un stade plus évolué, présentant des calcifications, la TOA peut être confondue avec un kyste odontogène calcifié, la tumeur épithéliale odontogène calcifiée, ou la tumeur de Pindborg.

Sur le plan thérapeutique, l'énucléation paraît être la thérapeutique de choix, compte tenu de la constante bénignité de cette lésion. Cette technique apparaît tout à fait suffisante pour éradiquer ce type de lésion et à ce jour, aucune récurrence après un tel traitement n'a été signalée dans la littérature.

En cas de TOA de volume important une marsupialisation suivie de l'énucléation peut être indiquée. La dent incluse associée à la TOA, peut être conservée et mise sur l'arcade si sa position est favorable. (3,4)

Conclusion

La TOA est une lésion constamment bénigne d'évolution lente. La sémiologie clinique et l'aspect radiologique non caractéristiques sont la source d'une difficulté d'orientation diagnostique préopératoire. Le diagnostic de certitude repose uniquement sur l'examen histologique.

Références bibliographiques

1. Grover S, Rahim AM, Parakkat NK, Kapoor S, Mittal K, Sharma B, Shivappa AB. Cystic Adenomatoid Odontogenic Tumor. Case Rep Dent. 2015;2015:503059.
2. Farah-Klibi F, Ferchichi L, Beyaa Rassou H, Zairi I, Rameh S, Adouani A, Ben Jilani SB, Zermani R. La tumeur odontogène adénomatoïde: deux cas [Adenomatoid odontogenic tumor: two cases]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007;108(1):61-4.
3. Chbicheb S. Adenomatoid odontogenic tumor. Rev Odont Stomat 2006;35:17-27
4. Philipsen HP and al. The adenomatoid odontogenic tumour: an update of selected issues. J Oral Pathol Med. 2016; 45(6):394-