

Améloblastome mandibulaire: Etude épidémiologique, clinique, paraclinique et traitement : Etude de cas

R. El Azzouzi*^a (Dr), O. Hamidi*^a (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)

^a *Hopital des spécialités Rabat Centre hospitalier universitaire ibn sina Rabat, MAROC*

dcrajaaz@gmail.com

Introduction :

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne à malignité locale du fait de sa propension à envahir tous les tissus environnants et de son risque de récurrence après énucléation. L'améloblastome représente 1 % des tumeurs des maxillaires. Son siège anatomique de prédilection est mandibulaire.

Le but de Notre travail est la mise au point épidémiologique, clinique, paraclinique et prise en charge de cette tumeur mandibulaire.

Matériel et méthode :

Notre étude est une étude rétrospective concernant 37 cas d'améloblastome mandibulaire colligés dans le service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie de l'hôpital des spécialités de Rabat, entre Janvier 2014 et Juillet 2021. L'analyse des données a noté une fréquence de 41 % par rapport à l'ensemble des tumeurs des maxillaires. L'âge moyen était de 38 ans avec une prédominance du sexe masculin. Le délai de consultation était de 2 ans .

La tuméfaction jugale était le maître symptôme, associée parfois à des signes dentaires.

Tous nos malades ont bénéficié d'un bilan radiologique. L'orthopantomogramme reste l'incidence de base, réalisé chez tous nos patients.

L'atteinte de la branche horizontale était la plus prépondérante (46% des cas), une atteinte de l'hémi mandibule a été retenue dans 23% des cas, alors que la localisation symphysaire dans 16% des cas.

Quant à l'aspect radiologique de la masse, nous avons retrouvé une image radio-claire lytique à contours plus au moins nets et réguliers, uniloculaire (20% des cas), et multiloculaire (80% des cas) . Une biopsie préopératoire a été réalisé chez tous nos patients confirmant ainsi le diagnostic histologique de certitude d'améloblastome, dominé par le type folliculaire.

Le traitement était radical dans 83% des cas et la reconstruction mandibulaire a été faite en même temps opératoire par plaque (30% des cas), par plaque plus greffon (18% des cas) et chez 52% des cas par un lambeau libre du péroné. La confirmation du diagnostic est histologique. L'évolution était en général favorable, avec un taux de récurrence d'environ 8%.

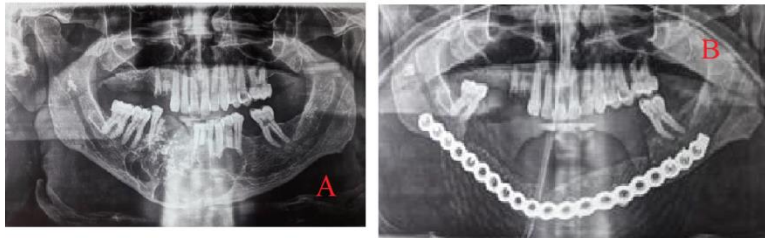


Figure 1: Images d'OPT avant (A) et après (B) une chirurgie radicale d'améloblastome et reconstruction par maxiplaque + greffon de la crête iliaque avec bonne évolution

Figure 2: Image peropératoire d'une reconstruction par maxiplaque + greffon iliaque suite à une mandibulectomie interrompue segmentaire

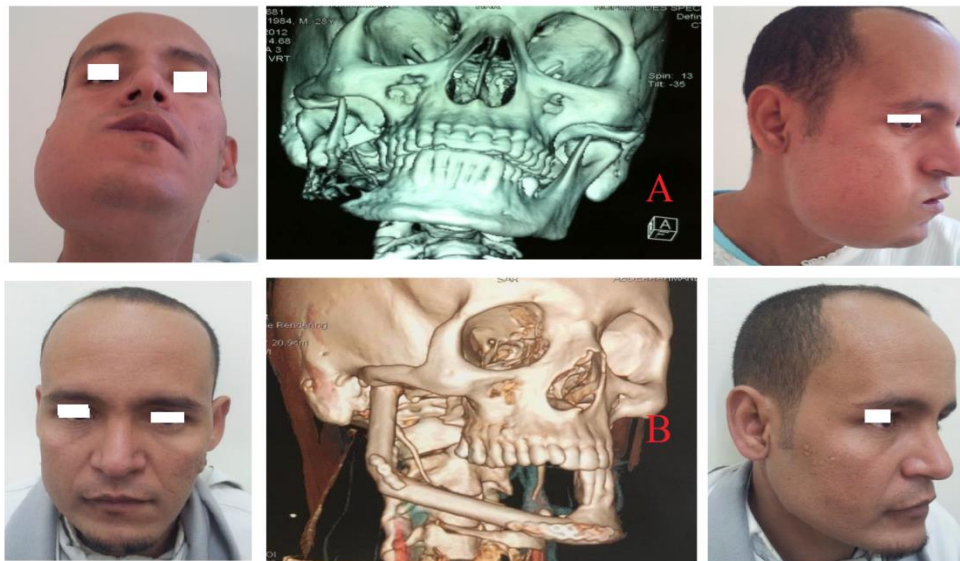
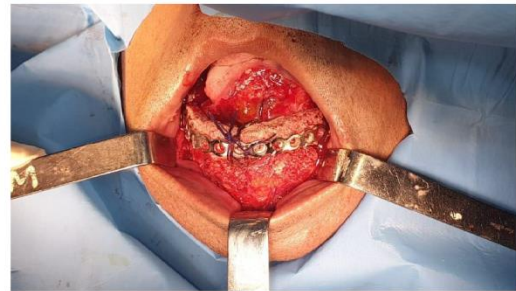


Figure 3 : Images d'un patient avant (A) et après (B) une chirurgie radicale pour améloblastome mandibulaire avec reconstruction par un lambeau libre du péroné montrant une bonne évolution

Discussion :

L'améloblastome est une néoformation bénigne à potentiel évolutif et invasif local, qui prend naissance à partir de l'épithélium odontogène et se développe au sein d'un stroma fibreux sans reproduire dans son développement des tissus calcifiés tels que l'émail, la dentine ou autres matériaux [1].

L'O.M.S le définit comme un « néoplasme » polymorphique bénin mais localement invasif, qui a le plus souvent une architecture folliculaire ou plexiforme dans un « stroma fibreux » [2].

Il représente 1 % de toutes les tumeurs et kystes des maxillaires [3].

Il est localisé au niveau de la mandibule dans 80% des cas et dans le maxillaire dans 20% des cas [4, 5].

L'améloblastome atteint avec prédilection le sexe masculin, il semble que la maladie soit plus fréquente chez les sujets de race noire [2].

Le plus souvent il est asymptomatique et n'est identifié qu'accidentellement lors de l'examen radiologique d'où sa gravité.

La grande latence clinique de cette tumeur explique son diagnostic parfois tardif.

Cette 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, parfois, des anomalies dentaires peuvent être révélatrices de l'améloblastome ; elles sont à type de déplacement, de mobilité dentaire ou de mauvaise cicatrisation d'une alvéole après extraction. Dans tous les cas, deux signes négatifs sont à souligner : l'absence d'adénopathies satellites et l'absence d'altération de la sensibilité cutanéomuqueuse .

L'image radiologique caractéristique en : « bulles de savon » traduisant une destruction osseuse poly-géodique soufflant la corticale osseuse. Cependant il peut se manifester en une image radiologique uniloculaire.

En effet, la symptomatologie discrète et le polymorphisme radiologique de cette tumeur permettent un diagnostic différentiel assez large.

Seule l'histologie permet de confirmer le diagnostic, révélant le type folliculaire comme étant le plus fréquent.

Le traitement de l'améloblastome est chirurgical, l'énucléation, le curetage ou la résection interruptrice ou non sont applicables en fonction de la taille et le type de la lésion. Bien que la chirurgie soit la pierre angulaire du traitement, l'étendue de la résection est controversée. Les résections radicales, y compris la mandibulectomie marginale et segmentaire, entraînent des taux de contrôle local dépassant 90%. En revanche, les procédures conservatrices telles que l'énucléation et le curetage entraînent des taux de contrôle local d'environ 80% et 50% pour les améloblastomes mono-kystique et multi-kystiques respectivement [6].

La radiothérapie est réservée aux formes inopérables [1, 7].

Conclusion :

L'améloblastome est une tumeur bénigne localement invasive, dont l'aspect radiologique polymorphe est une source de piège diagnostique. Le traitement chirurgical pose l'épineux problème du choix de la méthode conservatrice ou radicale en raison des conséquences fonctionnelles, esthétiques, psychologiques.

Références :

1. VALLICIONI J, LOUN B, DASSONVILLE O. Les améloblastomes. Annales d'otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2007 Vol 124 No 4 P : 166-171.
2. KRAMAR I-RH, PINDBORG J-J, SHEAR M Histological typing of Odontogenic tumours World Health Organization
3. CHOMETTE G. et AURIOL M. Histopathologie buccale cervico-faciale. Edition Masson, Paris ; 1986, 51-57
4. Campbell D., Jeffrey RR., Wallis F., Hulks G, Kerr KM. Metastatic pulmonary ameloblastoma : An unusual case. J Oral Maxillofac Surg. 2003;41 :194-6
5. BROCHERIOU C, AURIOL M, CHOMETTE G Tumeurs odontogènes Arch.Anat.path ;1992 ;20(2) :203-222
6. Koukourakis GV, Miliadou A, Sotiropoulou-Lontou A. Ameloblastoma, a rare benign odontogenic tumour: an interesting tumour review targeting the role of radiation therapy. Clin Transl Oncol. 2011;13(11):793-797
7. M BOURJILAT, A JANAH, F KADARI : Aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques de l'améloblastome des maxillaires au service D' ORL et de chirurgie cervico-faciale à propos de 26 cas : Hôpital 20 Août Casablanca-Maroc