

Découverte fortuite d'une tuberculose mandibulaire dans la pièce de résection d'un améloblastome : à  
propos d'un cas

Z. Elzouiti\*<sup>a</sup> (Dr), F. Elayoubi<sup>a</sup> (Pr), A. Eabdenbi Tsen<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> CHU MOHAMED VI OUJDA MAROC, Oujda, MAROC

\* [zainab.elzouiti@gmail.com](mailto:zainab.elzouiti@gmail.com)

**Introduction:**

la tuberculose mandibulaire est rare et représente moins de 2% des localisations squelettiques, les lésions de la tuberculose orofaciale primitive pourraient être la seule présentation de la maladie ; cependant, la présentation bucco-faciale est généralement associée à des manifestations systémiques de la tuberculose[1]. La tuberculose mandibulaire présente souvent une difficulté diagnostic en raison de la rareté et de la non spécificité de la présentation clinique et de l'absence de signes pathognomoniques[2]. Le traitement de cette maladie est médical, la chirurgie s'impose dans certains cas, le traitement médical doit être instauré dès que le diagnostic est posé; il repose sur l'utilisation de la polychimiothérapie anti-tuberculeuse [1]. Nous rapportons le cas d'une patiente opérée pour améloblastome mandibulaire avec découverte fortuite d'une tuberculose mandibulaire dans la pièce de résection.

### Observation :

Il s'agit d'une patiente de 50 ans sans antécédents pathologiques notables, qui présente une tuméfaction jugale gauche évoluant depuis 2 ans qui augmentait progressivement de volume, la patiente a rapporté une histoire d'avulsion dentaire au cours de cette période, l'examen clinique a révélé une tuméfaction jugale gauche, qui s'étend de l'angle mandibulaire jusqu'en au dessous de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, mesurant environ 5 cm de diamètre, de consistance ferme à dure, une adénopathie cervicale sub-mandibulaire a été palpée (figure 1).

La tomодensitométrie (TDM) a révélé une large lésion expansive ostéolytique multiloculaire mesurant 56\*48\*53 mm, avec une adénopathie sub-mandibulaire mesurant 12\*10 mm (figure 2).

Une héli-mandibulectomie interromptrice a été réalisée, de la région parasymphysaire gauche en regard de la 33, jusqu'à l'articulation temporo-mandibulaire gauche.

L'étude histopathologique de la pièce de résection a confirmé le diagnostic d'améloblastome, avec des marges négatives, associée à une tuberculose mandibulaire et ganglionnaire constituée d'une nécrose caséuse avec présence des cellules géantes (figure 3).

La patiente a été traitée avec succès par une chimiothérapie antituberculeuse, faite de deux mois d'isoniazide (300mg/24h), de rifampicine (600mg/24h), de pyrazinamide (1,6g/24h) et d'éthambutol (1g/24h), suivie d'un traitement d'entretien avec quatre mois de rifampicine (600mg/24h) et d'isoniazide (300mg/24h). La patiente est sous surveillance régulière, sans complications notables, la reconstruction est prévue après la fin du traitement médical.



Figure 1 : aspect clinique pré-opératoire

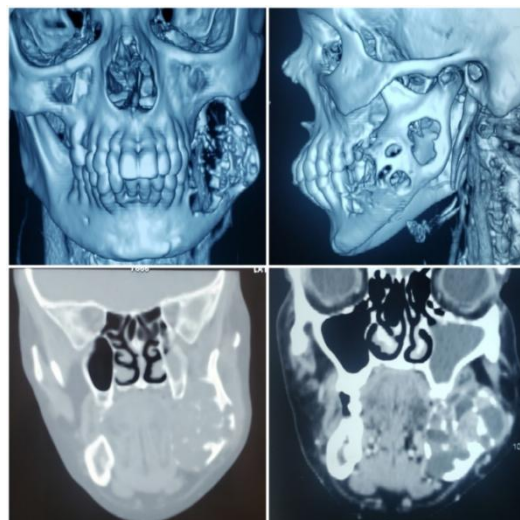


Figure 2 : aspect TDM révélant une grande lésion expansive ostéolytique multiloculaire, (a) reconstruction 3D, (b) coupes coronales tomодensitométriques

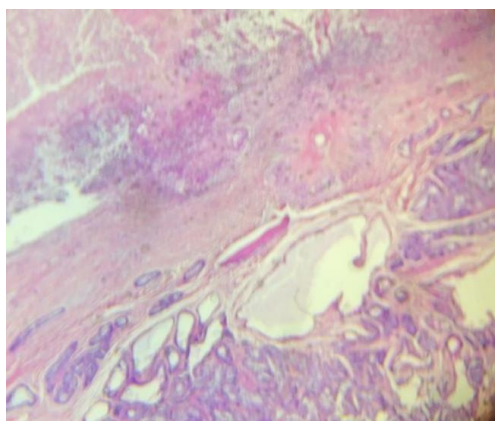


Figure 3 : coupe histologique montrant une cavité kystique tapissée d'un épithélium améloblastomateux typique associée à une nécrose caséuse et présence de cellules géantes confirmant une tuberculose mandibulaire.

### **Discussion :**

l'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne, développée dans 80% dans la mandibule [3], notre patiente était admise pour améloblastome mandibulaire, une tuberculose a été découverte fortuitement après étude histologique de la pièce de résection, cette association n'a jamais été décrite dans la littérature d'après nos connaissances. La tuberculose mandibulaire primaire est extrêmement rare, elle représente moins de 2% des localisations squelettiques, le mécanisme d'extension de l'infection à la mandibule peut être par inoculation directe par extraction dentaire ou par lésions de la muqueuse [1]. D'autres voies d'apparition de l'infection peuvent être par extension à partir d'une lésion des tissus mous à proximité qui implique l'os sous-jacent, les présentations clinique et radiologique de la tuberculose mandibulaire ne sont pas spécifiques d'où le retard diagnostic[2], elle doit être évoquer devant toute image lytique de la mandibule [4], le diagnostic positif reste histologique, le traitement est médical parfois la chirurgie s'impose, les cas qui présentent des lésions destructrices minimales de la mandibule sont traités seulement par les antituberculeux, la chirurgie peut être indiquée pour exciser l'abcès froid développé dans les tissus mous et extraire les séquestres osseux nécrotiques [1].

**Conclusion :** La tuberculose mandibulaire est rare elle mérite une attention particulière dans les pays endémiques.

### **Références :**

- [1] A.D. Dinkar, V. Prabhesai Primary tuberculosis of the mandible Dentomaxillofacial. Radiol., 37 (2008), pp. 415-420
- [2] Andrade NN, Mhatre TS. Orofacial tuberculosis – a 16 year experience with 46 cases. J Oral Maxillofac Surg 2012;70:e12–22.
- [3]. Niedzielska I, Pajak J, Langowska-Adameczyk H. Szklwiak Szczeki-opisdwóch przypadków I przegląd piśmiennictwa. *Czas Stomatol.* 2004;57:255–60.
- [4] Dinkar AD, Prabhesai V. Primary tuberculous osteomyelitis of the mandible: a case report. Dentomaxillofacial Radiol 2008;37:415–20.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.