

# Améloblastome multikystique: rapport de cas et revue de littérature

A. Azzouzi, M. BOULAADAS, S. Chbicheb  
Service d'Odontologie Chirurgicale CCTD CH IBN SINA RABAT  
Faculté de Médecine Dentaire -Rabat-

## Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini l'améloblastome comme une néoplasie polymorphe localement invasive qui présente souvent un aspect folliculaire ou plexiforme dans un stroma fibreux. Son comportement a été décrit comme étant bénin, mais localement agressif. C'est une tumeur caractérisée par une croissance lente mais infiltrante, et un potentiel de récurrence post opératoire élevé.

## Cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans en bon état de santé générale qui s'est présentée à la consultation du service d'odontologie chirurgicale. L'examen exobuccal est sans particularités, et la patiente décrit une hypoesthésie au niveau de la région mandibulaire droite. Au niveau de l'examen endobuccal, on a noté la présence d'une légère tuméfaction en regard de l'apex de la 43, et une déformation importante de la corticale linguale du secteur mandibulaire droit recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, avec une sensation liquidienne et une absence d'os à la palpation, les dents du même secteur ont un test de vitalité négatif et sont mobiles, les tuméfactions vestibulaires et linguales sont asymptomatiques. A la radiographie panoramique, on avait identifié une lésion radio claire multiloculaire mal délimitée, étendue de la région de la 48 jusqu'à la 31. La lésion englobe le nerf alvéolaire inférieur et les apex des dents du secteur mandibulaire droit avec résorption au niveau de 44,43,42. Un cone beam a été réalisé, les coupes montrent la soufflure de toute la corticale linguale du secteur mandibulaire droit, et l'amincissement majeur de la corticale vestibulaire avec rupture de sa continuité en regard de la 46,45,44,43.

Une biopsie a été réalisée sous anesthésie locale en regard de la 46, l'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'un kyste hémorragique, vu l'étendu du kyste, une relecture a été demandée qui a confirmé le diagnostic. Une surveillance radio clinique a été instaurée.

Après 2 mois la patiente est revenue avec une tuméfaction exobuccale asymptomatique recouverte d'une peau d'aspect normal. Cette fois l'examen endobuccal a montré la présence d'une tuméfaction de 2 cm en regard de la canine droite, asymptomatique, sans signe inflammatoire évident, et une augmentation de la mobilité des dents par rapport à la première consultation. Le panoramique montre que la lésion a augmenté de volume. En effet, la patiente a été adressée au service maxillo faciale de l'hôpital des spécialités de rabat, elle a bénéficié d'une chirurgie d'exérèse avec mise en place d'une plaque sous anesthésie générale. La pièce opératoire a été envoyée pour l'examen anatomopathologique, qui a révélé la présence d'un améloblastome variante folliculaire kystique multiloculaire. Toutefois, si la première biopsie avait révélé la présence d'améloblastome, il a fallu faire une résection radicale vu l'étendu de la tumeur. La patiente est sous contrôle radio-clinique.



Fig 1 : vue endobuccale montrant déformation importante de la corticale linguale, les dents du même secteur ont un test de vitalité négatif et sont mobiles



Fig 2 :Radio panoramique montrant une image radioclaire multiloculaire mal délimitée, étendu de la région de la 48 jusqu'à la 31

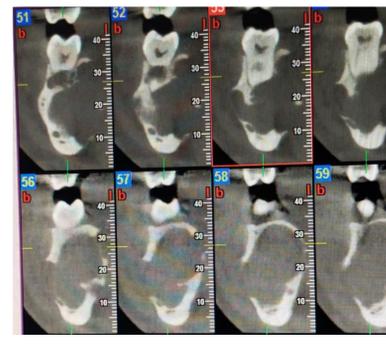


Fig 3: Cone beam montrant la soufflure de toute la corticale linguale du secteur mandibulaire droit, et l'amincissement majeur de la corticale vestibulaire avec rupture de sa continuité en regard de la 46,45,44,43



Fig 4 : réalisation de la biopsie



Fig 6 : Après 2 mois la patiente est revenue avec une tuméfaction vestibulaire de 2 cm en regard de la canine droite, asymptomatique, sans signe inflammatoire évident, et une augmentation de la mobilité des dents par rapport à la première consultation. La panoramique montre que la lésion a augmenté de volume



Fig 7: vue montrant l'enucléation de la lésion



Fig 8: Aspect macroscopique de la pièce opératoire

## Discussion

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne qui représente 1% de toutes les tumeurs de la cavité buccale et d'environ 9% -11% des tumeurs odontogènes, avec une incidence de 0,5 par million d'habitants.

Selon la classification de l'OMS de 2017, l'améloblastome est de trois types : améloblastome solide /multikystiques, unikystiques et types extra-osseux / périphériques.

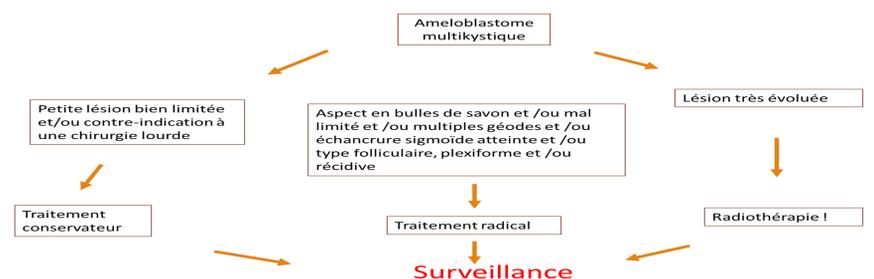
L'améloblastome multikystique survient généralement entre la troisième et la cinquième décennies, avec la même fréquence chez les hommes et les femmes. Environ 80 % des améloblastomes multikystiques conventionnel se situent dans la mandibule ; ils se produisent le plus souvent dans la région postérieure.

Habituellement, la lésion se présente sous la forme d'un gonflement asymptomatique local avec asymétrie faciale, et moins souvent une douleur et un engourdissement des lèvres. Sur le plan radiographique, la SMA se présente comme une image radioclaire entourée d'un liseré radio-opaque, multiloculaire, avec une marge bien définie; souvent avec une expansion de la corticale osseuse, avec la possibilité d'une résorption radiculaire.

Il est souvent difficile de distinguer l'ASM sur des radiographies panoramiques ou des images tomodensitométriques. Dans une étude clinico-pathologique, Li *et al* 2000 ont montré que 75% des ASM sont en fait temporairement diagnostiqués comme des kystes odontogènes, comme un kyste dentigère ou un kératocyste. Selon Nigel R en 2015 et Giovanni *et al* en 2021, la vraie nature de la lésion ne devient évidente que lorsque l'échantillon entier, après énucléation, est disponible pour un examen histopathologique.

Ainsi, un diagnostic définitif d'améloblastome ne peut être prédit sur la seule base de critères cliniques ou radiographiques. Étant donné qu'une biopsie incisionnelle préopératoire n'est pas représentative de l'ensemble de la lésion, elle peut entraîner une classification incorrecte. Cela a été observé dans notre cas, où la biopsie a montré des caractéristiques qui ressemblaient à un kyste hémorragique. Mais l'examen postopératoire du matériel énucléé a révélé un améloblastome multikystique.

Des publications récentes semblent pencher pour un traitement radical d'emblée pour les tumeurs multikystiques / solides, ainsi qu'un suivi à long terme de l'éventualité d'une récurrence au-delà de 10 ans. Ce traitement minimise les récurrences qui peuvent atteindre, selon Carlson, 100 % après traitement conservateur, et entre 0 et 21 % après traitement radical et réduit le besoin de nouvelles interventions. Cependant, malgré les données sur l'efficacité d'une méthode radicale, il est nécessaire de préciser que cette technique présente des inconvénients, tels que, des dysfonctions fonctionnelles et esthétiques qui peuvent affecter la qualité de vie du patient.



## Algorithme de prise en charge d'améloblastome multikystique

## Conclusion:

Le diagnostic préopératoire de l'améloblastome multikystique est difficile, voire parfois impossible, car cette variante partage des similitudes cliniques et radiographiques significatives avec les kystes et tumeurs odontogènes, et parce que la biopsie incisionnelle peut ne pas être en mesure de refléter la vraie nature de la lésion.

Le choix de l'approche chirurgicale semble être complexe et largement discuté dans la littérature, surtout si la lésion est en relation étroite avec le canal mandibulaire. Un suivi à long terme dans tous les cas est obligatoire car la récurrence peut apparaître des années après l'ablation de la tumeur.

## Références:

- 1-Effiom O, Ogundana O, Akinshipo A, et al. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. Oral Dis 2018;24:307-316
- 2- Neagu D, Escuder-de la Torre O, Vazquez-Mahia I, et al. Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. J Clin Exp Dent 2019;11:0-10
- 3-Hasegawa T, Imai Y, Takeda D, et al. Retrospective study of ameloblastoma: the possibility of conservative treatment. Kobe J Med Sci 2013;59:112-121
- 4-JEBLAOUI, Y., NEJI, N. Ben, HADDAD, S., et al. Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, 2007, vol. 108, no 5, p. 419-423.
- 5-Carlson ER, Marx RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. J Oral Maxillofac Surg 2006;64:484-94.
- 6-Almeida RDAC, Andrade ESDS, Barbalho JC, et al. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg 2016;45:359-367