

Fibro odontome améloblastique de la mandibule – Aspect clinique, radiologique et chirurgical : À propos d'un cas et revu de la littérature

M.Benalia^{*a} (Dr), A. Touat (Dr), M. Hachem (Dr)

^a Faculté de médecine-Université Oran 1

Introduction :

Le fibro odontome améloblastique (FOA) est une tumeur épithéliale avec induction odontogène du mésenchyme proche par la plupart de ses caractéristiques du fibrome améloblastique et de l'odontome complexe, il représente 1 à 3% des tumeurs odontogènes, fréquent dans le sexe masculin à la deuxième décennie ; localisé presque toujours dans la région molaire et la branche montante mandibulaire, il peut atteindre d'importantes dimensions.

Observation :

Un patient, âgé de 14 ans consulté pour une tuméfaction mandibulaire gauche, dure, évoluant lentement et depuis deux ans, sans douleurs ni troubles de la sensibilité. L'examen endo buccal retrouvait une tuméfaction osseuse vestibulaire s'étendant de la ligne médiane à la 34, dure, non douloureuse à la palpation muqueuse de recouvrement normale avec absence clinique de la 37 sans notion d'extraction. Le cone beam montrait une volumineuse masse ostéo condensante entourée d'un halo hypodense mesurant 51x27 mm à caractère soufflant amincissant l'os alvéolaire et les corticales de la branche horizontale gauche refoulant en bas vers le bord basilaire une dent prémolaire (37) avec notion de rhizolyse (fig 1). La TDM a objectivé une volumineuse lésion lacunaire mandibulaire gauche intéressant le corps, l'angle et la ramus bien délimitée, contenant du matériel de densité dentaire associé à une inclusion d'une dent refoulée en périphérie ce processus souffle la corticale sans la rompre. Absence d'envahissement des parties molles (fig 2). Sous anesthésie générale (fig 3), une intervention chirurgicale par voie d'abord combinée vestibulaire et externe a été réalisée. La lésion était constituée par une masse dure, de couleur blanc nacré, bosselée dont l'exérèse a été réalisée en la scindant en deux fragments malgré l'existence d'un plan de clivage par endroit. L'exérèse a été complétée par un curetage de la cavité osseuse résiduelle et l'extraction de la 36 (fig 4). Les suites opératoires ont été simples. L'examen histopathologique de la pièce opératoire montrait un tissu osseux ainsi que des résidus dentaires siège d'une prolifération tumorale de nature épithéliale odontogène disposée en structures folliculaires et pseudo kystique faite d'une palissade périphérique de cellules cylindrique, ailleurs on notait la présence de foyers cellulaires fibroblastiques à fond collagénique. Le diagnostic histopathologique de FOA a été retenu.



Fig 1

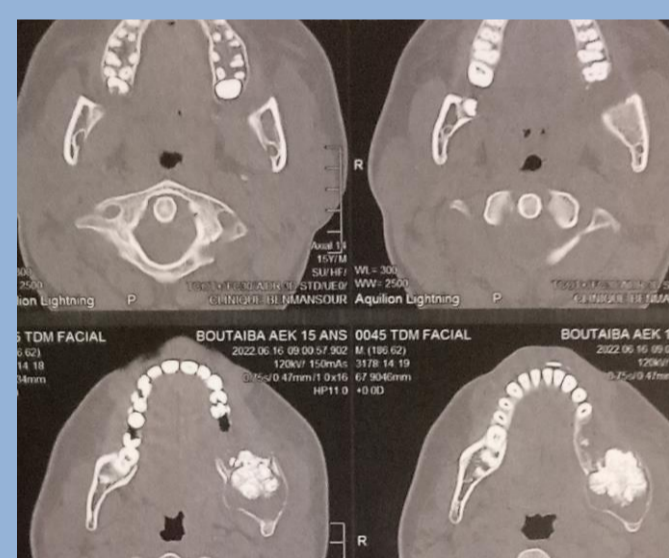


Fig 2



Fig 3

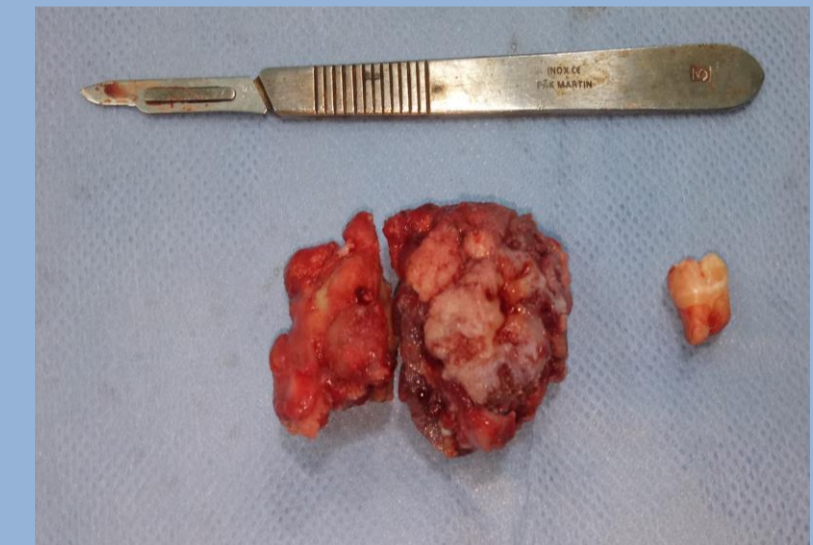


Fig 4

Discussion :

Le FAO a été définie comme une tumeur odontogène mixte bénigne consistant en un épithélium odontogène avec un ectomesenchyme odontogène avec formation de tissu dur dentaire. La classification de l'OMS de 2017 a noté que les FAO représentent dans la plupart des cas les stades de développement d'un odontome complexe ou composé.

L'incidence des FAO est de l'ordre de 1 à 3 % des tumeurs odontogènes et la plupart des cas ont été diagnostiqués chez des patients âgés de moins de 20 ans [1], ce qui était le cas chez notre patient. La tranche d'âge varie de 8 mois à 26 ans avec une moyenne d'âge de 9,6 ans. Il survient plus fréquemment chez les hommes, avec un ratio homme-femme de 1,85 : 1. Pour Buchner sur une série de 114 cas, l'âge des patients variait de 8 mois à 26 ans (moyenne 9,6 ans), avec 65 % survenant chez les hommes et 65 % situés à la mandibule, près de 80 % dans la région postérieure [2].

En général, la tumeur est asymptomatique jusqu'à ce qu'elle se traduise par une tuméfaction et une déformation.

L'évolution est souvent lente, parfois rapide et extensive notamment dans les formes juvéniles.

Selon la littérature dans de nombreux cas, la lésion peut déplacer les dents en éruption et peut également provoquer une éruption dentaire retardée [3]. Des signes cliniques tels que la douleur et la paresthésie sont rares, et bon nombre de ces lésions sont découvertes à l'occasion d'une radiographie systématique. Radiologiquement, le FAO mature peut présenter une grande variation d'aspect. Un FAO se manifeste généralement par une lésion uniloculaire (90,3 %), la formation multiloculaire étant une constatation peu fréquente (9,7 %), et la plupart des lésions diagnostiquées sont décrites comme mixtes (94,8%). Dans 5,2 % des cas sont purement radio transparentes [4]. Radiologiquement le diagnostic différentiel se pose avec les odontomes complexes qui se présentent comme une masse irrégulière de matériau calcifié entourée d'une fine zone radio transparente, dans notre cas, initialement le diagnostic radio clinique était en faveur d'un odontome.

Conclusion :

Le FAO présente des caractéristiques cliniques et radiologiques variables et son diagnostic n'est confirmé que par un examen histologique. Pour certains le fibro odontome améloblastique et l'odontome complexe sont des stades différents d'une même pathologie, tandis que d'autres pensent que ces lésions sont des pathologies différentes.

Bibliographie :

- [1] Phillipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997 ;33(2) :86-99.
- [2] Buchner A, Kaffe I, Vered M. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibroodontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. Head Neck Pathol 2013 ;7 :54-63.
- [3] Pontes FS, Pontes HA, Nogueira JE, Cury SE, Araujo JF, Fonseca FP, et al. Ameloblastic fibro-odontoma: case report with maintenance of the involved teeth. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008 ;3 :48-52.
- [4] Guerrisi M, Pilooni MJ, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescent. A 15-year retrospective study in Argentina. Med Oral Patol Oral Cir Buccal 2007 ;12 : E180-5.