Cas historique d'améloblastome mandibulaire géant

Historic case of giant mandibular ameloblastoma

AIDA BENHAMMOU, MALIK BOULAADAS, FARAH HAJJI, LEILA ESSAKALI, MOHAMED KZADRI

RÉSUMÉ

L'améloblastome est une tumeur bénigne odontogène, atteignant le plus souvent la mandibule. Le diagnostic est généralement fait à l'occasion de manifestations dentaires ou devant l'apparition d'une tuméfaction mandibulaire. Son traitement est chirurgical, et l'exérèse complète ne dispense pas d'une surveillance régulière en raison du risque de récurrence.

Les auteurs rapportent un cas historique d'améloblastome mandibulaire géant, diagnostiqué à un stade avancé du fait de la consultation tardive, ayant bénéficié d'une exérèse complète et d'une reconstruction secondaire par un lambeau libre micro-anastomosé de péroné. **(Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 101-105).**

mots clés : améloblastome, mandibule, chirurgie, reconstruction, lambeaux libres

SUMMARY

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumour, arising in the mandible in 80% of the cases. The diagnosis is generally easy; symptoms are essentially dental abnormalities or mandibular tumefaction. The treatment is based on surgery, the resection has to be complete and the follow-up is very important because of the high risk of recurrence.

*The authors report an historic case of giant ameloblastoma of the mandible, diagnosed at a very late stage. The tumour was removed by segmental mandibulectomy, and the reconstruction was made at a second time, with a fibular free flap. **(Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 101-105).***

key words : ameloblastoma, mandible, surgery, reconstruction, free flaps

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 2
2009

page 101

Service d'ORL et de Chirurgie maxillo-faciale Hôpital des Spécialités CHU Rabat-Salé Maroc

Demande de tirés à part :

Aida Benhammou Avenue El Araar, Résidence Ribat El Fath Appt E1 10100 Hay Ryad Rabat Maroc aidabenhammou@gmail.com

Accepté pour publication le 4 mai 2009

L'améloblastome est une tumeur bénigne, localement agressive, à fort potentiel de récurrence, ayant pour origine l'épithélium odontogène. Il s'agit de la plus fréquente des tumeurs odontogènes, puisqu'elle en représente 9 à 11 % de l'ensemble des tumeurs odontogènes. La mandibule est atteinte dans plus de 80 % des cas.

Les formes géantes, dues à une consultation tardive, sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Elles sont responsables de déformations faciales importantes dont la prise en charge peut être complexe.

Nous rapportons un cas d'améloblastome mandibulaire géant chez un jeune patient ayant bénéficié d'une exérèse chirurgicale et d'une reconstruction par un lambeau libre de péroné ; nous discutons les différentes possibilités de reconstruction après exérèse d'une tumeur aussi volumineuse.

OBSERVATION

Le patient était un jeune homme d'origine mauritanienne, âgé de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis pour prise en charge d'une volumineuse tumeur mandibulaire évoluant depuis sept ans, longtemps négligée par le patient. Il est en bon état général, eupnéique, et il présente une volumineuse tuméfaction non inflammatoire de la région latéro-mandibulaire droite, indolore, mesurant 23 cm dans son grand axe, de consistance variable (tantôt rénitente, tantôt dure), polylobée, fixée aux plans profond et superficiel, occupant une partie importante de la face et de la cavité buccale, empêchant la fermeture de la bouche (Fig. 1A et 1B).

A l'examen endobuccal, l'expansion tumorale était très importante, avec bombement palatin et perte de dents (Fig. 1C) ; il n'y avait pas de limitation d'ouverture buccale ni ulcération de la muqueuse, ni d'adénopathies cervicales palpables.

L'examen tomodensitométrique a mis en évidence une volumineuse tumeur mandibulaire hétérogène, polykystique, cloisonnée, avec soufflure des corticales qui sont lysées par endroits ; il n'y a pas de signes de malignité (Fig. 2). Le diagnostic d'améloblastome était fortement suspecté.

L'intervention chirurgicale a consisté en une exé-

rèse tumorale complète et radicale entraînant une mandibulectomie droite avec désarticulation homolatérale, s'étendant jusqu'à l'angle mandibulaire gauche (Fig. 3). L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'améloblastome bénin, avec des limites d'exérèse passant en tissu sain. Les suites opératoires ont été simples. Six mois après l'intervention, le patient a bénéficié d'une reconstruction mandibulaire par lambeau libre microanastomosé de péroné (Fig. 4). Les résultats esthétiques et fonctionnels étaient satisfaisants.

DISCUSSION

L'améloblastome est la plus fréquente des tumeurs odontogènes, atteignant la mandibule dans l'immense majorité des cas, d'abord la branche montante (70 % des cas), puis la région prémolaire (20 % des cas), et la région symphy-

A

Figure 1 :
1A. Vue de face

B C

Figure 1 : Volumineuse tumeur mandibulaire, exerçant un effet de masse sur les structures endo-buccales : 1A. Vue de face ; 1B. Vue de profil ; 1C. Vue endo-buccale.

Voluminous mandibular tumor with mass effect on the mouth structures : 1A. frontal view ; 1B. profile view ; 1C. oral view.

Figure 2 : Examen tomodensitométrique de la volumineuse tumeur mandibulaire.

CT-Scan of the voluminous mandibular tumor.

Figure 3 : Pièce d'exérèse.

Exeresis piece.

Figure 4 :
Vue peropératoire de la reconstruction mandibulaire
par lambeau libre pédiculé de péroné.
*Peroperative view of the mandibular reconstruction
with a free pediculate flap of fibula.*

saire (10 % des cas). Elle se voit chez le sujet jeune, entre 30 et 50 ans, sans prédominance de sexe ^[1].

Dans les pays en voie de développement, ce type de tumeur se caractérise par son volume souvent important, avec une hygiène bucco-dentaire défectueuse ^[1].

Cliniquement, l'évolution est lente avec soufflure progressive de l'os. L'améloblastome est souvent asymptomatique, de découverte fortuite lors de la réalisation de radiographies standards, le plus souvent pour une affection dentaire. Il peut être découvert lors d'une consultation pour une tuméfaction gingivale, des douleurs faciales ou dentaires, des mobilités dentaires, ou une atteinte parodontale. Plus tardivement on peut observer une déformation jugale, des douleurs à type de névralgie ou une anesthésie du nerf dentaire inférieur ^[2].

Radiologiquement, l'améloblastome correspond à une image polylobulée, faite de géodes homogènes, arrondies ou ovalaires, à contours nets et réguliers, de taille variable, séparées par des

ponts osseux, disposées sans ordre, réalisant l'image classique en « bulles de savon ». À un stade plus évolué, tout cloisonnement peut disparaître. Des dents peuvent être présentes dans la tumeur ou son contact ^[1,2].

Histologiquement, on distingue 3 types d'améloblastome : folliculaire, plexiforme ou mixte.

Le traitement radical consiste en une exérèse chirurgicale large avec des limites en tissu sain. La reconstruction dans le même temps est recommandée en raison du taux élevé de patients perdus de vue. De plus, les conséquences d'une amputation mandibulaire large sont non négligeables, aussi bien sur le plan esthétique que fonctionnel (mastication, déglutition et phonation) ^[1,3]. Les lambeaux libres osseux microanastomosés représentent actuellement le traitement de choix de ces pertes de substance mandibulaire, le site donneur pouvant être le péroné ou la crête iliaque ^[3,4]. Cette dernière est souvent préférée du fait de sa courbure naturelle et de son faible poids, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats esthétiques. Cependant, son pédicule court pose parfois des difficultés chirurgicales. Les greffons osseux non vascularisés peuvent également être utilisés, mais ils sont préconisés pour des pertes de substance de moins de 9 cm de longueur ^[1,4].

L'évolution est marquée par la récurrence souvent tardive, d'où la nécessité d'une surveillance rigoureuse et prolongée, à la fois clinique et radiologique. Les formes polykystiques et folliculaires donneraient plus de récurrences. Ceci impose une exérèse d'emblée complète et le contrôle histopathologique systématique de toute tumeur mandibulaire, car le taux de récurrence est étroitement lié au traitement chirurgical effectué ^[1,3].

Une transformation maligne surviendrait dans 5 % des cas, sous forme de carcinome ou, plus rarement, de sarcome améloblastique. De rares cas de métastases régionales ou à distance ont également été rapportées ^[1].

CONCLUSION

L'améloblastome est une tumeur bénigne polymorphe, localement invasive, caractérisée par sa

tendance à l'extension et à la récurrence. Quelques cas d'améloblastomes géants ont été déjà rapportés, notre cas semble être l'un des plus volumineux, car diagnostiqué à un stade avancé. La chirurgie à ce stade est mutilante d'où la nécessité d'un temps de réparation. La surveillance

reste indispensable mais illusoire en milieu insuffisamment médicalisé.

La présentation de ce cas d'améloblastome géant rappelle les difficultés d'accès aux soins et de suivi des malades dans les pays en voie de développement.

RÉFÉRENCES

- 1 - Abbas A, Renaux A, Pochan Y, Faye A, Sissoko B. Améloblastome géant de la mandibule. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006 ; 107 : 171-3.
- 2 - Kalavrezos N, Baldwin DJ, Walker DM. Giant neeglected ameloblastoma: single stage treatment and clinicopathological review. Br J Oral Maxillofac Surg 2008 ; 46 : 591-3.
- 3 - Hughes CA, Wilson WR, Olding M. Giant ameloblastoma : report of an extreme case and a description of its treatment. Ear Nose Throat J 1999 ; 78 : 568-74.
- 4 - Zemann W, Feichtinger M, Kowatsch E, Karcher H. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007 ; 103 : 190-6.