Observation clinique

Améloblastome : prise en charge par le médecin dentiste

Olaya Medaghri Alaoui, Rajaa El Bouihi, Ihsane Ben Yahya

Service d'Odontologie chirurgicale, Faculté de Médecine dentaire, Casablanca, Maroc

(Reçu le 11 février 2012, accepté le 8 juin 2012)

Mots clés :

améloblastome /
tumeurs odontogènes /
tumeurs bénignes

Résumé – L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne développée à partir des débris épithéliaux de Malassez après régression de l'organe de l'email. Il représente 30% des tumeurs bénignes de la mandibule. Cette tumeur est dite « bénigne à malignité locale » à cause de son potentiel évolutif important et de sa tendance aux récurrences après traitement.

Le médecin dentiste représente un maillon incontournable dans la prise en charge de ces patients. En effet, il peut intervenir à différents niveaux : d'abord pour le diagnostic de la lésion qui peut être fait de façon précoce, mais aussi pour le traitement des tumeurs de petite taille, sans omettre son rôle primordial dans la réhabilitation prothétique.

La présentation de 3 cas traités récemment au Centre de consultations et de traitements dentaires de la Faculté de Médecine dentaire de Casablanca ou traités en collaboration avec le Service de Chirurgie maxillo-faciale du CHU Ibn Rochd de Casablanca, permet de préciser le rôle du médecin dentiste.

Key words:

ameloblastoma /
odontogenic tumors /
benign tumors

Abstract – Ameloblastoma : role of the dentist in the management. The ameloblastoma is a benign odontogenic tumor. It represents 30% of benign tumors of the mandible. This tumor is "local malignant" because of its potential for expansion, and its tendency to relapse after treatment.

The dentist is an essential link in the management of these patients. He acts on different levels: first for the diagnosis of the lesion which can be done early, but also for the treatment of tumors of small size, and his role in the prosthetic rehabilitation of these patients.

We report through this article the roles of the dentist and a series of clinical cases treated at the Center of consultation and dental treatment of the Faculty of Dentistry at Casablanca, or treated in collaboration with the Service of Maxillofacial Surgery of University Hospital of Ibn Rochd at Casablanca.

L'améloblastome est une tumeur odontogène relativement fréquente. C'est une tumeur bénigne qui, en raison de son caractère localement invasif, nécessite un diagnostic précoce pour éviter un traitement mutilant. Elle est caractérisée par une prolifération d'épithélium odontogène, habituellement de type folliculaire ou plexiforme, au sein d'un stroma fibreux. La plupart des améloblastomes proviennent de l'épithélium odontogène : restes de Malassez le plus souvent, restes de la lame dentaire (perles de Serres), voire plus rarement de l'assise basale de l'épithélium buccal ou de l'épithélium de la paroi d'un kyste odontogène [1, 7]. Cette tumeur possède une « malignité locale » en raison de son potentiel évolutif important et de sa tendance à la récurrence [2, 3].

Le médecin dentiste peut intervenir à différents niveaux dans la prise en charge des patients présentant un améloblastome. Nous rapportons 3 cas suivis au Centre de consultations et de traitements dentaires de la Faculté de Médecine dentaire de Casablanca.

Cas cliniques

Cas clinique n° 1

Une jeune fille, âgée de 16 ans, en bon état général, a consulté pour l'absence d'éruption de la 37. À l'examen clinique exo-buccal, on notait une légère asymétrie faciale correspondant

* Correspondance : drrajaa09@yahoo.fr

Fig. 1. Vue exobuccale : tuméfaction mandibulaire gauche.
Fig. 1. Exobuccal view: left mandibular swelling.

Fig. 2. Vue endobuccale : comblement vestibulaire.
Fig. 2. Oral view: vestibular deformation.

à une tuméfaction mandibulaire gauche, dure, recouverte par une peau d'aspect normal (Fig. 1). Les aires ganglionnaires étaient normales.

A l'examen endo-buccal, on notait l'absence de la 37 sur l'arcade et une soufflure de la table externe avec un comblement du fond du vestibule inférieur (Fig. 2). A la palpation, la lésion avait une consistance dure sauf dans sa partie supérieure où elle était plutôt molle. Toutes les dents adjacentes avaient un test de vitalité positif. L'exploration radiologique montrait sur le cliché panoramique (Fig. 3), une image uniloculaire, bien limitée, de 3 cm de diamètre, siégeant dans la moitié postérieure de la branche horizontale gauche de la

Fig. 3. Radiographie panoramique : image radiolaire uniloculaire et 37 incluse.
Fig. 3. Panoramic radiography: unilocular radiolucent lesion and 37 impacted.

Fig. 4. CT-scan mandibulaire : soufflure de la table osseuse externe.
Fig. 4. Mandibular CT-scan: deformation of external bone table.

mandibule, englobant la 37 incluse et refoulant le germe de la 38 vers le ramus. On notait la présence d'un rapport étroit entre la lésion et le nerf alvéolaire inférieur. Sur le CT-scan (Fig. 4), on découvrait un processus lacunaire héli-mandibulaire gauche soufflant la table osseuse externe et refoulant le canal mandibulaire vers le bord basilaire.

Fig. 5. Aspect de la lésion après incision et décollement du lambeau.
Fig. 5. Per-operative view.

Fig. 7. Aspect histologique : améloblastome plexiforme.
Fig. 7. Histologic feature: plexiform ameloblastoma.

Fig. 6. Pièce opératoire.
Fig. 6. Operative piece.

Fig. 8. Vue exobuccale : symétrie faciale.
Fig.8. Exobuccal view: facial symmetry.

Le tableau clinique et les données radiologiques faisaient évoquer plusieurs diagnostics : un kyste d'éruption dentaire, un kératokyste ou un améloblastome kystique ; le kyste d'éruption a été éliminé d'emblée car la 37 était totalement incluse dans l'image kystique.

L'intervention a été réalisée sous anesthésie locorégionale. Lors du décolllement du lambeau, on a eu confirmation que la lyse osseuse était complète dans la partie supérieure de la lésion (Fig. 5) ; on a procédé alors à une ponction qui a ramené un liquide séro-hématique. La lésion a été énucléée et la 37 extraite (Fig. 6).

L'examen histopathologique du liquide et de la pièce opératoire a conclu à un améloblastome kystique de type plexiforme

(Fig. 7). Une surveillance clinique et radiologique régulière a été instaurée et, jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de récidence.

Cas clinique n° 2

Un homme, âgé de 70 ans, en bon état général apparent, édenté total, a consulté pour une réhabilitation prothétique. L'examen exo-buccal ne présentait aucune particularité (Fig. 8). A l'examen endo-buccal, on notait la présence d'une muqueuse inflammatoire sur la crête alvéolaire mandibulaire postérieure gauche ; dans cette région, la palpation percevait une consistance molle au sommet de la crête et dure partout ailleurs (Fig. 9).

Fig. 9. Vue endobuccale : muqueuse inflammatoire sur la crête alvéolaire mandibulaire.

Fig. 9. Oral view: inflamed mucosa on the alveolar crest.

Fig. 10. Radiographie panoramique : image radiolaire à bords nets.

Fig. 10. Panoramic radiography: radiolucent lesion with marked edges.

La radiographie panoramique montrait une image radiolaire de 4 cm de diamètre, à bords nets, entourée d'os réactionnel (Fig. 10).

Le tableau clinique et l'aspect radiologique faisaient évoquer un kyste résiduel inflammatoire, un kératocyste ou un améloblastome kystique.

La ponction a ramené un liquide citrin. L'énucléation de la lésion a été réalisée sous anesthésie locorégionale. L'examen histopathologique de la pièce opératoire a conclu à un améloblastome unikystique de type folliculaire. L'examen de contrôle radiologique a permis de mettre en évidence la formation d'un os réactionnel avec réparation osseuse (Fig. 11).

Fig. 11. Radiographie de contrôle 6 mois après l'intervention : réparation osseuse.

Fig. 11. Panoramic radiography 6 months later: bone repair.

Fig. 12. Vue exobuccale : asymétrie faciale.

Fig. 12. Exobuccal view: facial asymmetry.

Cas clinique n° 3

Un patient, âgé de 45 ans, alcoololo-tabagique, a consulté pour une tuméfaction mandibulaire droite évoluant depuis deux ans. L'examen exo-buccal montrait une asymétrie faciale avec une tuméfaction intéressant la branche horizontale droite de la mandibule ainsi que le bord basilaire et l'angle (Fig. 12). Les aires ganglionnaires étaient normales.

L'examen endo-buccal révélait une inflammation gingivale généralisée et la présence d'un comblement du vestibule allant de la 43 à la région mésiale de la 47, accompagné d'un déplacement des dents en regard de la lésion ; la muqueuse de recouvrement avait un aspect normal (Fig. 13).

La palpation était non douloureuse, la tuméfaction ferme du côté vestibulaire et dépressible dans sa région antérieure ; il existait également une tuméfaction du côté lingual. Les dents en regard de la lésion étaient très délabrées et nécrosées. La ponction a ramené un liquide brunâtre.

La radiographie panoramique montrait une image radiotransparente, d'aspect kystique, pluriloculaire, étendue de la région mésiale de la 42 à la région mésiale de la 47, refoulant le canal

Fig. 13. Vue endobuccale : comblement du vestibule et déplacements dentaires.

Fig. 13. Oral view: vestibular deformation and displacement of teeth.

Fig. 14. Radiographie panoramique : image radiotransparente d'aspect kystique.

Fig. 14. Panoramic radiography: radiotransparent picture of cystic appearance.

alvéolaire inférieur, mal limitée par endroits (Fig. 14). Le mordus occlusal une corticale externe soufflée et la présence d'une image multiloculaire du côté lingual avec une soufflure de la corticale interne (Fig. 15). Le CT-scan un processus lacunaire multifocal dans la branche horizontale droite de l'alvéolaire inférieur, lysant la table vestibulaire, le canal mandibulaire est refoulé vers le bord basilaire (Fig. 16). Sur ces données, on a évoqué le diagnostic d'améloblastome.

En raison de la taille de la lésion, le patient a été adressé dans le service de Chirurgie maxillo-faciale du CHU Ibn Rochd pour l'intervention chirurgicale. Auparavant, le patient a eu un assainissement de la cavité buccale et on a réalisé la prise d'empreintes et enregistré les différents repères occlusaux en vue de la réhabilitation prothétique postopératoire. L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale et une résection mandibulaire réalisée avec mise en place d'une plaque (Fig. 17).

Fig. 15. Radiographie occlusale : corticale externe soufflée et image multiloculaire du côté lingual avec une soufflure de la corticale interne.

Fig. 15. Occlusal radiography: deformation of the external and internal bone tables.

Fig. 16. CT-scan : processus lacunaire multifocal.

Fig. 16. CT-scan: picture of multifocal appearance.

L'examen anatomopathologique a conclu à un améloblastome polykystique de type folliculaire.

Nous avons revu le patient dans le cadre d'un suivi et en vue de sa réhabilitation prothétique.

Discussion

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne, surtout développée à partir des débris épithéliaux de Malassez après régression de l'organe de l'émail. La mandibule est atteinte dans 80 % des cas, plus particulièrement dans la région angulaire avec extension vers la branche montante (70 % des cas), puis viennent ensuite les régions prémolaire (20%) et incisive (10 %). Il représente 30% des tumeurs bénignes de la mandibule et il affecte plus fréquemment le sexe masculin avec

Fig. 17. Radiographie panoramique postopératoire : résection mandibulaire.

Fig. 17. Postoperative panoramic radiography: mandibular resection.

une légère prédisposition pour les quatrième et cinquième décennies [4, 10, 13]. Cependant, les âges extrêmes de la vie, notamment l'enfant, peuvent être intéressés par la variété unikystique [5].

L'améloblastome est considéré comme une tumeur bénigne à « malignité locale » en raison de son potentiel évolutif agressif et de sa tendance à la récurrence [2, 7, 12]. Il peut revêtir plusieurs formes macroscopiques et microscopiques [6, 7].

A travers cette discussion, nous nous proposons de faire le point sur l'aspect clinique, radiologique, et histologique de cette lésion.

Aspect clinique

L'améloblastome est une tumeur qui peut se traduire initialement par une tuméfaction, des mobilités et des déplacements dentaires. Il peut être découvert à un stade infra-clinique lors d'un examen radiologique de routine. L'examen clinique doit être minutieux afin de déterminer la taille et le siège de la lésion ; il faut également rechercher une éventuelle lyse des corticales.

Aspect radiologique

L'aspect radiologique de l'améloblastome n'est pas spécifique. L'image polygénéodique est la plus évocatrice. Il s'agit d'une image radiotransparente, de grande taille, multiloculaire (en bulles de savon) ou polycyclique, ou plus rarement uniloculaire. L'améloblastome lyse l'os spongieux et assez souvent l'os cortical. Il entraîne une rhizolyse sur les dents adjacentes qu'il peut aussi déplacer; il contient parfois une dent incluse.

Aspect macroscopique

La coupe de la pièce d'énucléation ou du fragment de résection osseuse montre le plus souvent une masse blanc

grisâtre, molle, parfois creusée de petites cavités kystiques; quelquefois, les cavités kystiques sont plus importantes, uni ou pluriloculaires, contenant un liquide clair ou un matériel gélatiniforme.

Aspect microscopique

La tumeur forme des îlots rappelant l'organe de l'émail : follicules bordés de cellules palissadiques (pré-améloblastes) dont le noyau est à l'opposé de la couche basale (polarité inversée) avec au centre des cellules épithéliales fusiformes, non jointives rappelant le réticulum étoilé. Autour de ces follicules, le stroma est plus ou moins dense. Il n'y a pas de capsule, la tumeur infiltre les tissus environnants, principalement les espaces médullaires osseux, et les détruit. Les mitoses sont rares, leur présence doit faire suspecter une forme maligne [6].

Diagnostic

L'améloblastome se traduit par une triade :

- clinique : tuméfaction siégeant le souvent dans la région mandibulaire postérieure ;
- radiologique : en général, une image multiloculaire en bulles de savon, mais l'améloblastome peut aussi se traduire par une image kystique uniloculaire ;
- histologique : tumeur constituée principalement de cellules améloblastiques [7, 12].

Le diagnostic d'améloblastome est essentiellement histologique.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de l'améloblastome doit être fait avec les autres tumeurs odontogènes non minéralisées, les kystes des maxillaires et les lésions bénignes des maxillaires non odontogènes.

Traitement et évolution

C'est l'ensemble des éléments cliniques et radiologiques qui oriente le traitement [4]. Deux attitudes chirurgicales se discutent face à un améloblastome :

- la première, préconise un geste radical d'emblée avec le plus souvent une résection interruptrice de l'os mandibulaire [4-6] ;
- la deuxième, préconise un traitement moins agressif, plus conservateur - curetage et/ou énucléation - pour certaines formes [9].

Indications du traitement conservateur et de la résection chirurgicale

L'indication du traitement conservateur est posée :

- lors du premier traitement pour les tumeurs de petite taille ;
- si la tumeur est de taille modérée, avec des tables osseuses suffisamment épaisses.

Pour ces cas, le traitement conservateur consiste en un curetage appuyé de la lésion qui peut être suivi par l'application d'une solution de Carnoy pour diminuer le risque de récurrence. C'est un traitement qui peut être réalisé par le médecin dentiste sous anesthésie locorégionale, par voie endo-buccale. Le traitement conservateur permet d'éviter au patient les séquelles de la résection chirurgicale avec ses multiples retentissements (fonctionnel, esthétique, et psychologique) [9].

Dans les cas où l'atteinte est plus évoluée, le médecin dentiste collabore étroitement avec le chirurgien maxillo-facial qui va effectuer la résection chirurgicale sous anesthésie générale [3], il réalise une mise en état de la cavité buccale, il programme la réhabilitation prothétique qui favorisera la réinsertion socioprofessionnelle du patient et assure le suivi.

Evolution en fonction du type

L'améloblastome unikystique se caractérise généralement par une agressivité moins marquée que celle de l'améloblastome solide et par un meilleur pronostic après traitement conservateur.

Pour l'améloblastome unikystique, toutes formes confondues (murale, pariétale et luminale), le taux de récurrence après traitement conservateur varie entre 10 % et 25 % alors qu'il est de 45 % pour l'améloblastome solide. En réalité, la forme murale récidive plus fréquemment ; pour cette forme, le taux varie entre 35 % et 45 % [11].

Conclusion

Dans tous les cas, le médecin dentiste reste un maillon indispensable dans la prise en charge des patients présentant un améloblastome et il est le plus souvent le premier consulté. Il joue un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients. En effet il intervient à tous les niveaux : le plus souvent, il établit le diagnostic de la lésion, il effectue le traitement conservateur et, pour les lésions évoluées, il collabore avec le chirurgien maxillo-facial et réalise la

réhabilitation prothétique lorsqu'il y a eu une intervention chirurgicale interruptrice.

Conflicts of interest: aucun

Références

1. Adou A, Souaga K, Konan E, Assa A, Angoh Y. Améloblastome du sinus maxillaire. A propos d'une observation. *Odonto-Stomatol Tropicale* 2001;94:42-4.
2. Bataineh AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:155-63.
3. Benhalima H, Rafi H, Slaoui S, Kzadri M. L'améloblastome mandibulaire: problème thérapeutique. *Méd Maghreb* 1992;34:26-8.
4. Chala S, Nassih M, Rzin A, Jidal B. Ameloblastoma of the mandible. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2002;103:247-50.
5. Ord RA, Blanchaert RH Jr, Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:762-70; discussion, 770-1.
6. Dostie A, Fréchette J-P, Chehade AJ. Une revue des tumeurs odontogènes. *J Ordre Dent Québec* 2008;45:413-23.
7. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y. Tumeurs odontogéniques. *Encyc Med Chir Stomatol* 22-062-F-10, Elsevier Masson, Paris, 1995
8. Ghandi D, Ayoub AF, Pogrel Ma, Macdonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1010-4.
9. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:13-20.
10. Effiom OA, Odukoya O. Desmoplastic ameloblastoma: analysis of 17 Nigerian cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:27-31.
11. Pitak-Arnnop P, Chainé A, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Unicystic ameloblastoma of the maxillary sinus: pitfalls of diagnosis and management. *Hippokratia* 2010;14:217-20.
12. Ruhin B, Guilbert F, Bertrand J-C. Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. *Encyc Med Chir Stomatol* 28-550-V-10. Elsevier Masson, Paris, 2008.
13. Torres Lagares D, Infante Cossío P, Guisado H, Gutiérrez Pérez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:231-8.