

Article original

L'améloblastome mandibulaire : à propos de 51 cas

Boubacar Ba^{1,4,*}, Doumbia Kadiatou Singaré^{2,4}, Mahamadou Diallo^{3,4},
Amady Diakalya Coulibaly¹, Thiokany David Théra¹, Kadiatou Keita¹, Issa Doumbia¹,
Alfousseyni Touré¹, Hapssa Koita¹, Mahamadou Guindo³, Tiémoko Daniel Coulibaly^{1,4},
Mamadou Lamine Diombana^{1,4}

¹ Service de chirurgie buccale, CHU d'odontostomatologie, Bamako, Mali

² Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

³ Service de radiologie CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

⁴ Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), Bamako, Mali

(Reçu le 18 juin 2015, accepté le 30 octobre 2015)

Mots clés :
améloblastome /
mandibule / chirurgie /
récidive

Résumé – Objectif : Cette étude avait pour objectif de décrire les aspects sociodémographiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques, des patients présentant un améloblastome mandibulaire, au centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie (CHU OS) de Bamako, au Mali. **Matériels et méthode :** Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de trois ans (de janvier 2011 à décembre 2013), sur des cas successifs d'améloblastome mandibulaire, confirmés par un examen clinique, radiologique et anatomopathologique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 3.22. **Résultats :** Les lésions tumorales ont concerné 25 hommes et 26 femmes avec un sex-ratio de 0,94. Le motif de consultation le plus fréquent a été la tuméfaction osseuse dans 90,20 % des cas. La localisation anatomique la plus fréquente a été l'hémimandibule gauche dans 47,06 % des cas, et la zone de prédilection a été la branche horizontale mandibulaire dans 37,26 % des cas. La chirurgie conservatrice a été réalisée chez 56,86 % des patients et la chirurgie radicale dans 43,14 % des cas. La récurrence primaire a concerné 11,77 % des patients. **Conclusion :** Cette étude montre une fréquence élevée de l'améloblastome mandibulaire, chez les patients consultant au service de chirurgie buccale du CHU OS à Bamako, au Mali, mais peu de récurrences.

Key words:
Ameloblastoma /
Mandible / Surgery /
Recurrence

Abstract – Ameloblastoma: a study of 51 cases. Objective: The objective of this study was to describe the social-demographic, clinical, pathological and therapeutic aspects of patients with mandibular ameloblastoma in the Odonto-Stomatology Teaching Hospital (CHU OS) in Bamako, Mali. **Materials and Methods:** We conducted a retrospective study over a three-year period (from January 2011 to December 2013), on successive cases of mandibular ameloblastoma. Clinical, radiological and pathological data were collected from medical records, entered and analyzed with SPSS software. **Results:** The tumor lesions involved 25 men and 26 women with a sex ratio of 0.94. The most frequent reason for consultation was bone swelling, in 90.20% of cases. The left hemimandible was the most frequent anatomical location in 47.06% of cases, and the area of predilection was the mandibular horizontal branch in 37.26% of cases. Conservative surgery was performed in 56.86% of cases and radical surgery in 43.14% of cases. Primary recurrence occurred in 11.77% of cases. **Conclusion:** This study shows a high incidence of mandibular ameloblastoma among patients attending the CHU OS in Bamako, Mali, but a low recurrence.

* Correspondance : drbaboul@yahoo.fr

Introduction

L'améloblastome est une tumeur bénigne à potentiel évolutif et invasif local, qui prend naissance à partir de l'épithélium odontogène, et se développe au sein d'un stroma fibreux, sans reproduire dans son développement de tissus calcifiés tels que l'émail, la dentine ou autres tissus [1]. L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne localement invasive. Du fait de sa propension à envahir tous les tissus environnants et de son risque de récurrence après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale. L'améloblastome représente 1 % des kystes et des tumeurs des maxillaires [2]. Son siège anatomique de prédilection est mandibulaire. De symptomatologie clinique discrète, l'imagerie permet d'évoquer le diagnostic d'améloblastome et d'étudier son extension et ses rapports. La prise en charge de l'améloblastome mandibulaire fait appel à la chirurgie d'exérèse qui se complique fréquemment de récurrence tumorale au cours de l'évolution de la maladie.

Ce travail avait pour objectif de décrire les aspects socio-démographiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques, des patients atteints d'améloblastome mandibulaire dans le centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie (CHU OS) de Bamako, au Mali.

Matériels et méthode

Cette étude descriptive rétrospective s'est déroulée dans le service de chirurgie buccale du CHU OS, sur une période de trois ans (de janvier 2011 à décembre 2013). Elle a été menée dans le respect de la législation en vigueur au Mali. Était inclus dans l'étude tout patient présentant cliniquement, radiologiquement et/ou histologiquement un améloblastome mandibulaire. Les patients n'ayant pas accepté une prise en charge médico-chirurgicale n'ont pas été inclus. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan radiologique (orthopantomogramme, tomodynamométrie du massif facial, crâne face basse), interprété par un médecin radiologue. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux puis saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 3.22.

Résultats

Nous avons retenus 51 patients présentant un améloblastome mandibulaire selon nos critères d'inclusion durant la période de l'étude, sur les 6 219 dossiers consultés, soit une prévalence hospitalière de 0,82 %.

Le sexe masculin a représenté 49,02 %, contre 51,98 % pour le sexe féminin, pour un sex-ratio de 0,94. La tranche d'âge de 16-30 ans était la plus atteinte, soit 43,14 %. La moyenne d'âge était de 31,08 ans, avec un écart type de 13,71 et des extrêmes de 12 à 65 ans (Tab. I).

Le motif de consultation le plus fréquent a été la déformation de la mâchoire, indolore et de consistance osseuse (tuméfaction osseuse), constatée par le patient et/ou son entourage dans 90,20 % des cas.

La localisation anatomique de l'hémi-mandibule gauche a représenté 47,06 % contre 35,29 % pour l'hémi-mandibule droite, et dans 17,65 % des cas la localisation était bilatérale dans notre étude (Tab. II).

Le siège de prédilection a été la branche horizontale avec 37,26 %, suivie de la branche montante et l'angle mandibulaire 19,61 % (Fig. 1).

La chirurgie conservatrice a été réalisée dans 56,86 % des cas et la chirurgie radicale dans 43,14 % des cas (Tab. III).

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé 88,24 % de cas d'améloblastomes simples, 5,88 % de cas d'améloblastomes remaniés, et 3,92 % de cas d'améloblastomes papillaires (Tab. IV).

Les patients ont été revus deux semaines après la chirurgie dans 100 % des cas, après un mois dans 14,30 % des cas et après six mois dans 7,10 % des cas (Fig. 2).

La récurrence primaire a concerné 11,77 % des patients (Fig. 3).

Discussion

Durant la période de notre étude, nous avons recensé 51 cas d'améloblastomes mandibulaires, pour une prévalence hospitalière de 0,82 %. Sur une période de 15 ans (1976- 1991), Benhalima et al. [3] à Rabat, au Maroc, ont trouvé 32 cas, et 10 cas sur une période de 5 ans (2004-2008) au CHU Hassan II de Fès, au Maroc [4]. Cette différence peut être liée à la modernisation du plateau technique hospitalier, mais surtout à une sensibilisation rigoureuse du personnel soignant et de la population face à cette pathologie.

L'améloblastome est une tumeur qui atteint les deux sexes avec un sex-ratio qui varie selon les études [5-7]. Dans notre étude, les améloblastomes mandibulaires ont été observés chez les patients de sexe masculin dans 49,02 % des cas avec un sex-ratio de 0,94.

Sur une série de 10 patients, Bou-El-Harmel [4] a trouvé une prédominance dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans (40 %) avec un âge moyen de 39 ans, et des extrêmes de 13 à 66 ans, contre une moyenne d'âge de 34 ans pour Benhalima et al. [3] et 35 ans et 38 ans respectivement pour Jeblaoui et al. et Bourjilat et al. [5, 6]. Cette différence de tranche d'âge s'explique par le fait que l'âge de découverte de cette tumeur est extrêmement variable et peut par conséquent se rencontrer à tout âge.

La tuméfaction osseuse constatée par le patient et/ou son entourage a été le motif de consultation le plus constant avec 90,20 % des cas, ce que confirment les études de Benhalima et al. [3], et Jeblaoui et al. [5], en Tunisie. Ils ont souligné

Tableau I. Répartition de l'effectif des patients selon les tranches d'âge.

Table I. Distribution of patients according to ages.

Tranches d'âge	Effectif	Fréquence (%)
0-15	5	9,80
16-30	22	43,14
31-45	17	33,33
+ 45	7	13,73
Total	51	100,00

Tableau II. Répartition de l'effectif des patients selon la localisation anatomique de la tumeur.

Table II. Distribution of patients according to the anatomical location of the tumor.

Localisation	Effectif	Fréquence (%)
Hémimandibule droite	18	35,29
Hémimandibule gauche	24	47,06
Bilatérale	9	17,65
Total	51	100,00

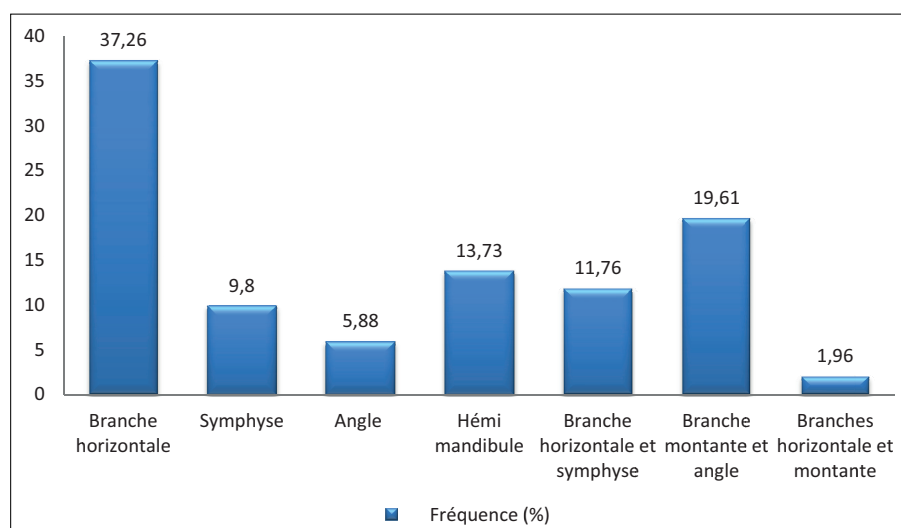
**Fig. 1.** Répartition de l'effectif des patients selon le siège anatomique de la tumeur.

Fig. 1. Distribution of patients according to the anatomic site of the tumor.

Tableau III. Répartition de l'effectif des patients selon le type d'intervention chirurgicale.

Table III. Distribution of patients according to the actual type of surgery.

Type d'intervention chirurgicale	Effectif	Fréquence
Chirurgie conservatrice	29	56,86
Chirurgie radicale avec désarticulation de l'ATM	12	23,53
Chirurgie radicale sans désarticulation de l'ATM	10	19,61
Total	51	100,00

Tableau IV. Répartition de l'effectif des patients selon l'examen anatomopathologique.
Table IV. Distribution of patients according to the pathological examination.

Examen anatomopathologique	Effectif	Fréquence (%)
Améloblastome simple	45	88,24
Améloblastome remanié	3	5,88
Améloblastome papillaire	2	3,92
Améloblastome à malignité locale	1	1,96
Total	51	100,00

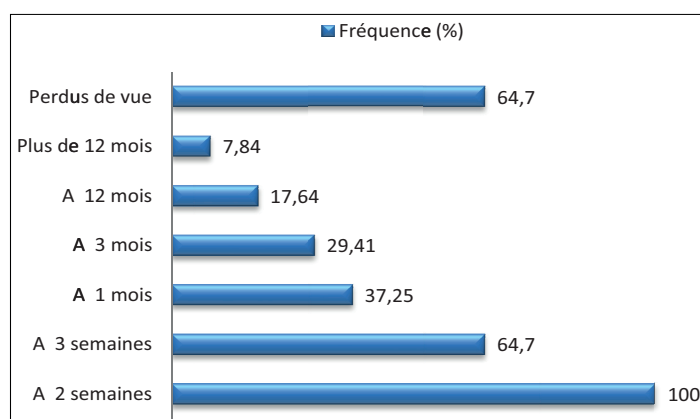


Fig. 2. Répartition de l'effectif des patients selon le suivi postopératoire.
Fig. 2. Distribution of patients according to the postoperative follow-up.

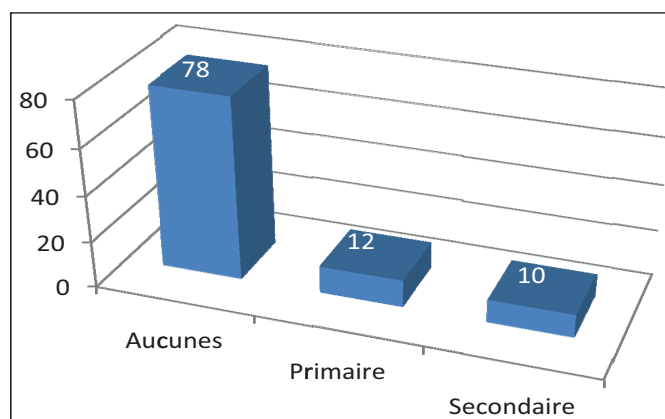


Fig. 3. Répartition de l'effectif des patients selon le nombre de récurrences.
Fig. 3. Distribution of patients according to the actual number of recurrences.

le volume important de ces tumeurs au moment du diagnostic. Dans la littérature occidentale, on ne retrouve pas cette notion de tuméfaction déformante car les patients viennent en consultation très tôt et bénéficient d'une prise en charge précoce, ce qui améliore le pronostic du traitement.

Dans notre étude, la localisation anatomique principale était l'hémimandibule gauche (47,06 %) avec une zone de prédilection sur la branche horizontale (37,26 %) et la branche montante et l'angle mandibulaire (19,61 %). Ces résultats sont en concordance avec les données de la littérature [3-7].

Pour la prise en charge, 56,86 % de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice contre 43,14 % de chirurgie radicale en concordance avec la plupart des études antérieures [1-7]. Pour plusieurs auteurs, l'indication de la chirurgie radicale est systématique dans tous les cas de récidi- ves [3, 5, 6]. Les six cas d'améloblastomes de la mandibule chez l'enfant, traités par traitement conservateur, ont montré des résultats satisfaisants et aucune déformation osseuse [8]. Dans notre étude, en plus de la récurrence tumorale, nous avons inclus comme critère d'indication à la chirurgie radicale, le volume tumoral et la localisation anatomo-topographique de la tumeur, alors que pour Nitassi et al. [9] le traitement radical était d'emblée indiqué lorsque la lésion était polygédodique.

Dans notre série, nous avons observé six cas de récurrence primaire et cinq cas de récurrence secondaire, ceci s'explique par le choix du traitement conservateur effectué sur ces patients. De plus le nombre important de perdus de vue ne permet pas d'avoir une vision objective du nombre de récurrences dans cette étude. Dans l'étude d'Adeyemo et al. [10], le risque de récurrence serait de l'ordre de 36 à 100 % après traitement conservateur, et de l'ordre de 0 à 21 % après traitement radical. Jebbloui et al. [5] ont rapporté 8 cas de récurrence, sur une période de 11 ans. Sur une série de 26 cas, Nitassi et al. [9] ont rapporté 6 cas de récurrence durant une période de 6 ans, dont 4 cas de récurrence primaire et 2 cas de récurrence secondaire. Dans une étude portant sur 50 cas, Ghandi et al. [11] ont retrouvé 80 % de récurrence après énucléation et curetage, et moins de 50 % après traitement radical, cette différence s'explique par le plateau technique (microchirurgie, et immunohistochimie) et la précocité diagnostique.

Conclusion

La prévalence de l'améloblastome mandibulaire reste élevée chez les patients consultant au service de chirurgie buccale du CHU OS à Bamako, au Mali. L'améloblastome mandibulaire est caractérisé par son agressivité locale, ce qui justifie une prise en charge chirurgicale précoce et adéquate, afin de diminuer la récurrence tumorale. Nous espérons que cette étude contribuera à une meilleure éducation et information des patients, afin de garantir une meilleure qualité de vie à ces patients atteints d'améloblastome mandibulaire.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Vallicioni J, Loun B, Dassonville O, Poissonnet G, Ettore F, Demard F. Les améloblastomes : Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie cervico-faciale 2007;124:166-171.
2. Aka GK, Kouakou RK, Djemo R, Ouattara B, Gadegbeku SA. Réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Cocody Rev Ivoir. Odontostomatol 2006;8:39-48.
3. Benhalima H, Rafi H, Slaoui S, Kzadri M. L'améloblastome mandibulaire: Problèmes thérapeutiques. Médecine du Maghreb 1992;34:26-28.
4. Bou-El-Harmel F. Améloblastome mandibulaire (Étude rétrospective à propos de 10 cas). Thèse de médecine. Université de Fès, Maroc, 2011, N° 135/11.
5. Jebbloui Y, Ben Neji N, Haddad S, Ouertatani I, Hchicha S. Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2007;107:52-56.
6. Bourjilat M, Janah A, Kadiri F, Detsouli M, Chekkoury IA, Bencheikroun Y. Améloblastome des maxillaires : Aspects anatomocliniques et thérapeutiques. À propos de 26 cas. JF ORL 2001;50:254-258.
7. Crezoit GE, Gadegbeku S, Ouattara B, Bile JLA. Étude rétrospective de 30 cas d'améloblastome mandibulaire opérés en Côte d'Ivoire de 1992 à 2000. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2003; 104:25-28.
8. Chala S. Les améloblastomes de la mandibule à propos de 16 cas. Thèse de Médecine Dentaire. Université de Rabat, Maroc, 2000, N° 33.
9. Nitassi S, Boulaadass M, Tobi I, Essakali L, Kzadri M. Améloblastome : diagnostic et traitement. À propos de 26 cas. Rev Méd Buccale et Chir buccale 2009;15:93-100.
10. Adeyemo WL, Bangbose BO, Ladeinde AL, Ogunlewe MO. Surgical management of ameloblastomas: Conservative or radical approach? A critical review of the literature. Oral Surgery 2008;1:22-27.
11. Ghandi D, Ayoub AF, Pogrel MA, Macdonald G, Brocklebank IM, Moos KF. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. J Oral Maxillofac Surg 2006;64:1010-1014.