RMOS

Publié le 23/06/2025

Article original / Original article

Revue Méditerranéenne d'Odonto - Stomatologie

Améloblastome mandibulaire : de la découverte à la reconstruction– à propos d'un cas clinique

Sabrine Nsir [a,b] ,Ghada Bouslama [a,b] ,Fadwa Ghanmi[a,b], Nour Sayda Ben Messaoud [a,b] ,Lamia Oualha [a,b], Souha Ben Youssef [a,b]

E-mail adress : sabrinensir1998@gmail.com

Téléphone : +21620089136

a- Oral Surgery Unit, Dental Medicine Department in University Hospital Farhat Hached, Sousse, University of Sousse, Tunisia

b- Research Laboratory: LR 12SP10: Functional and Aesthetic Rehabilitation of Maxillary, University of Sousse, Tunisia

RÉSUMÉ:

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne, à malignité locale, issue des débris épithéliaux de Malassez après la régression de l'organe de l'émail. Représentant environ 30 % des tumeurs bénignes de la mandibule, il se caractérise par une croissance lente, localement agressive, et un fort potentiel de récidive. Le chirurgien-dentiste joue un rôle central dans sa prise en charge, depuis le diagnostic précoce jusqu'à la réhabilitation prothétique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans ayant consulté pour une tuméfaction mandibulaire unilatérale indolore évoluant depuis cinq mois. L'imagerie a révélé une lésion radioclaire bien délimitée avec rupture de la corticale vestibulaire et refoulement du canal mandibulaire. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'améloblastome folliculaire. Bien qu'un traitement conservateur puisse être envisagé dans certains cas, une résection chirurgicale avec greffe osseuse autogène a été retenue, afin de limiter le risque de récidive. Ce cas illustre l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire pour assurer à la fois l'éradication de la lésion et une restauration fonctionnelle et esthétique optimale

Mots-clés : Améloblastome, Tumeur odontogène, folliculaire, résection.

Introduction :

L'améloblastome est une tumeur épithéliale bénigne des maxillaires, localement invasive, qui ne représente que 1 % de toutes les tumeurs buccales. Environ 80 % des améloblastomes se développent dans la mandibule, dont 70 % dans la région molaire et la branche montante, 20 % dans la région prémolaire, 10 % dans la région incisive(1). Elle est caractérisée par une prolifération d'épithélium odontogène, habituellement de type folliculaire ou plexiforme, au sein d'un stroma fibreux.

L'OMS a redéfini en 2022 la classification histologique des tumeurs odontogènes : Les améloblastomes se répartissent en 5 formes (2) : Améloblastome conventionnel ou multiloculaire (le plus fréquent, entre 80% et 90%), Améloblastome uniloculaire, Améloblastome périphérique extra osseux (extrêmement rare), Améloblastome adénoïde et Améloblastome métastasique. (2)

Nous rapportons un cas d'améloblastome mandibulaire chez une patiente ayant bénéficié d'une exérèse chirurgicale et d'une reconstruction par une greffe osseuse autogène.

Observation :

Une patiente âgée de 39 ans, en bon état général, a consulté pour une tuméfaction mandibulaire unilatérale, indolore, évoluant depuis 5 mois. L'examen clinique a révélé la présence d'une tuméfaction endo buccale, recouverte par une muqueuse érythémateuse, ulcérée par endroits. L'exploration radiologique a montré, sur le cliché panoramique (Fig. 1), une image mon géodique bien limitée, localisée au niveau de la branche horizontale et du ramus mandibulaire gauche. Un rapport étroit entre la lésion et le nerf alvéolaire inférieur a été observé.

La tomodensitométrie (Fig. 2) a révélé un processus lacunaire de l'hémi-mandibule gauche, atteignant l'incisure mandibulaire et le processus coronoïde (Fig. 2A), soufflant les corticales osseuses avec rupture par endroits, et refoulant le canal mandibulaire vers le bord basilaire (Fig3.B,C).

Le tableau clinique et l'aspect radiologique faisaient évoquer un kératokyste ou un améloblastome conventionnel.

Figure 1 : Radiographie panoramique montrant l'aspect mon géodique de l'améloblastome intéressant la branche horizontale et le ramus mandibulaire

Figure 2 : Examen de tomodensitométrie montrant : sur la figure A une coupe coronale révélant une lésion hypodense atteignant l'incisure mandibulaire et le processus coronoïde. La figure B (coupe axiale en fenêtre large) montre une rupture des corticales osseuses et refoulement du canal mandibulaire et la figure C, une coupe axiale en fenêtre étroite, mettant en évidence l'absence d'envahissement des parties molles.

En raison de la taille de la lésion, le patient a été adressé dans le service de Chirurgie maxillo-faciale pour une prise en charge chirurgicale. L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale. Une résection mandibulaire a été réalisée (Fig.3,4,5,6), suivie d'une reconstruction à l'aide d'une greffe osseuse autogène prélevée sur la crête iliaque (Fig.7,8), fixée par des plaques d'ostéosynthèse (Fig.9).

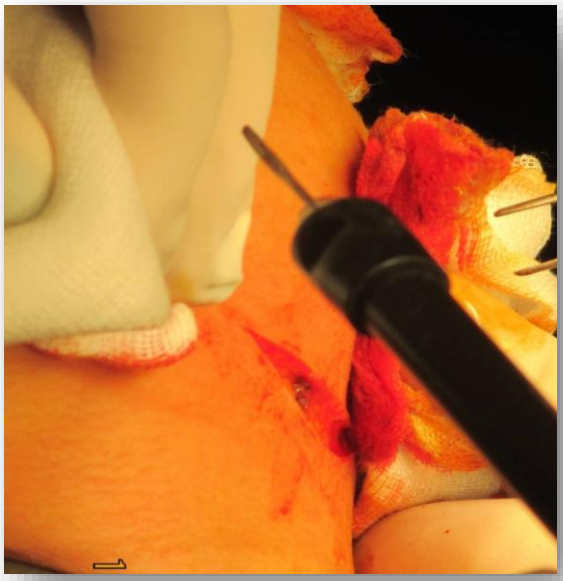

Fig 3 : voie d'abord exo buccale : incision par bistouri électrique

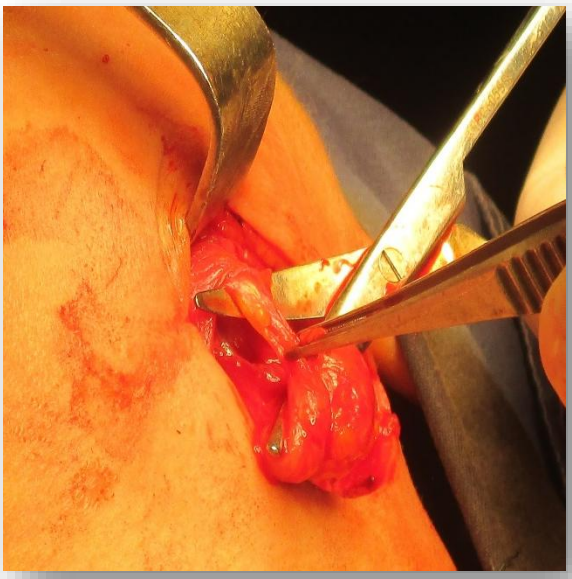

Fig 4: dissection du plan cutané et musculaire

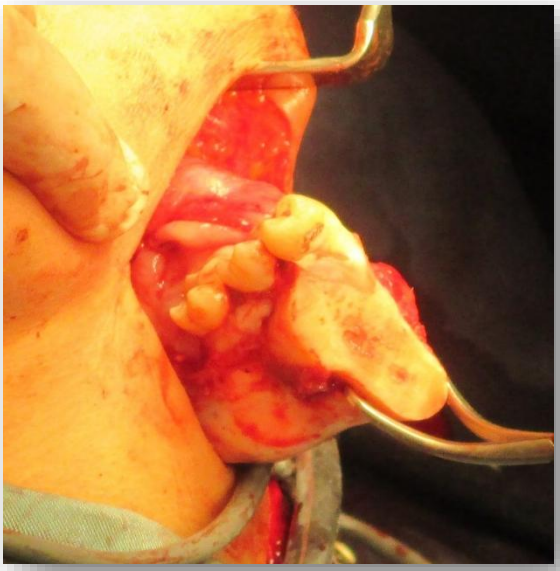

Fig 5 : résection mandibulaire interruptrice par la scie électrique

Fig 6: aspect lobulé de la branche mandibulaire et rupture de la corticale

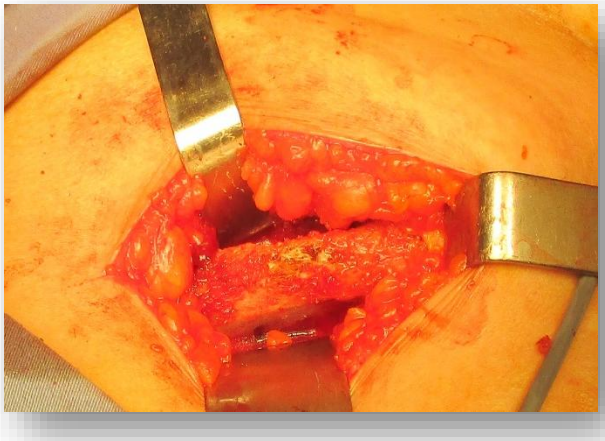

Fig 7 : incision au niveau de la crête illiaque pour prélever la greffe osseuse autogène

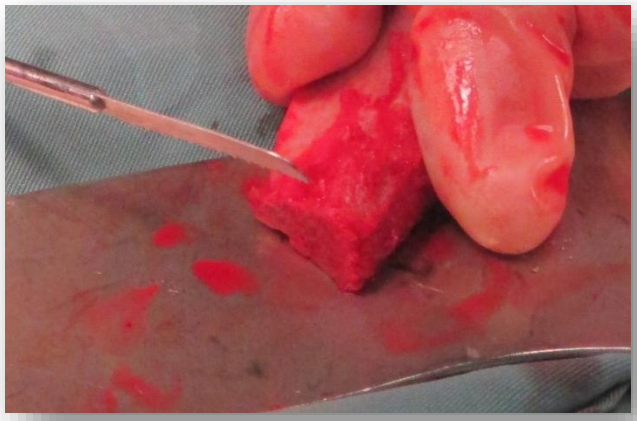

Fig 8 : adaptation du greffon à la morphologie de l'os mandibulaire

Fig. 9 : fixation de la greffe osseuse non vascularisée par des plaques d'ostéosynthèse et blocage bi maxillaire

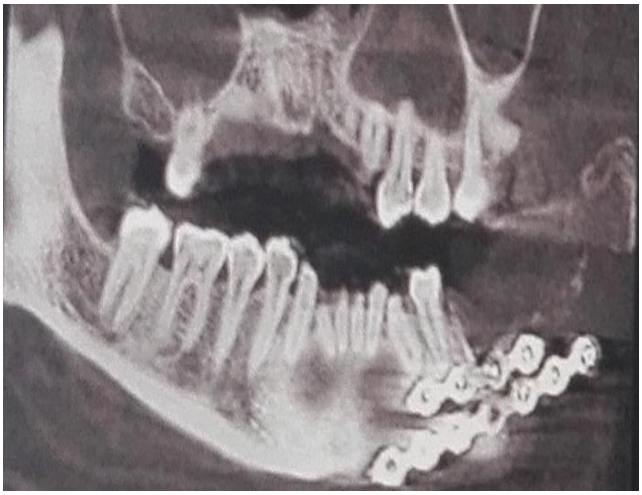

Fig10 : contrôle radiologique post-

L'examen anatomopathologique a conclu à un améloblastome de type folliculaire constitué d'un follicule améloblastique tapissé par un épithélium cylindrique palissadique en périphérie et étoilé au centre, entouré par une condensation fibro-hyaline.

Nous avons revu le patient deux mois plus tard dans le cadre d'un suivi et en vue de sa réhabilitation prothétique (Fig.10).

Discussion :

L'amélobastome est un néoplasme polymorphique bénin, localement invasif, avec une architecture folliculaire ou plexiforme dans un stroma fibreux (3), ces deux types étant les plus fréquemment rencontrés. Plusieurs autres formes histologiques ont également été décrites, notamment l'améloblastome à cellules granuleuses, le type desmoplasique, vasculaire, acanthomateux, ainsi que l'améloblastome kératosique. Elle touche plus souvent la mandibule que le maxillaire avec une légère prédisposition pour les quatrièmes et cinquième décennies (4). L'améloblastome se manifeste généralement par une tuméfaction de croissance lente et asymptomatique. Les signes dentaires les plus fréquemment rapportés dans la littérature comprennent des mobilités dentaires, des malocclusions, des anomalies d'éruption des dents dans les régions prémolaire et molaire, ainsi qu'un retard de cicatrisation alvéolaire après des extractions dentaires (5). La découverte peut être fortuite, à un stade infraclinique, lors d'un examen radiologique de routine. L'examen clinique, quant à lui, doit permettre d'évaluer avec précision l'étendue et la localisation de la lésion (6).

Deux attitudes chirurgicales peuvent être envisagées face à un améloblastome, en fonction de la localisation anatomique de la lésion, de son aspect radiologique et de son type histologique. La première approche consiste en un traitement radical d'emblée, le plus souvent par une résection interruptrice de l'os mandibulaire comme dans notre cas, notamment en cas de lésions poly géodiques, d'envahissement du rebord basilaire ou dans les localisations maxillaires où l'extension de la tumeur guide la résection (7,8). La deuxième approche privilégie un traitement plus conservateur, comme la marsupialisation ou l'énucléation, particulièrement indiqué chez les patients jeunes ou dans les cas de lésions peu extensives (9).

Plusieurs études ont évalué le taux de récidive des améloblastomes à la suite des traitements soit conservateur ou radical. L'améloblastome folliculaire est le sous type histologique le plus fréquemment associé à une récidive. Ce dernier est retrouvé dans environ 50% des cas et nécessite de ce fait une attention particulière (10).

Tableau 1: Classification clinique, radiologique et histologique des améloblastomes bénins selon l'OMS (2022)

Types d'améloblastomes	Types histologiques	Principales caractéristiques	Aspect radiologique	Taux de récidive
Améloblastome multi kystique/conventionnel	Folliculaire /plexiforme++ Autres : acanthomateux, Desmoplasique, Vasculaire Granulaire..	Âge moyen : 36 ans, H/F1, Siège : mandibule+++ Facteurs de risque : dents incluses, kyste dentigère	Radioclaire multiloculaire aspect en « bulle de savon » Une apparence uniloculaire est moins fréquente	Élevé
Améloblastome unikystique	Unikystique luminal Unikystique intraluminal Unikystique mural : le plus agressif	Âge moyen : 16 ans Associé à des dents incluses	Radioclaire uniloculaire le plus souvent Parfois multiloculaire	Faible à modéré
Améloblastome périphérique	Identique à l'améloblastome conventionnel	Âge moyen : entre 50 et 70 ans Localisation : gencive, crête édentée Tumeur exo phytique de petite taille	Dépression osseuse	Faible
Améloblastome adénoïde	Architecture cribriforme avec pseudo kystes, structure de type canal et tourbillons+ Présence des cellules claires	Tuméfaction indolore avec un pic d'incidence dans la 4ème décennie, H/F>1	Lésion radioclaire et uniloculaire avec des limites bien définies	Élevé
Améloblastome métastasiant	Histologie identique à l'améloblastome conventionnel	Améloblastome qui métastase malgré son aspect bénin : pulmonaire70 %, ganglionnaire 28 %et osseuse 12 %	Similaire à l'améloblastome conventionnel	Élevé

Conclusion :

L'améloblastome est une tumeur localement invasive qui, malgré son caractère bénin, présente une agressivité notable, en particulier par sa forte tendance à la récidive. Le médecin dentiste reste un maillon indispensable dans la prise en charge. Le traitement constitue un défi pour le chirurgien : il doit traiter le patient avec un risque faible de récidive tout en lui assurant un résultat esthétique et fonctionnel optimal, d'où l'éternelle discussion lors du choix de l'option thérapeutique : traitement radical ou traitement conservateur ?

Le chirurgien-dentiste intervient non seulement dans le dépistage précoce, mais aussi dans le suivi postopératoire et la réhabilitation prothétique.

references:

1. El Sayed M, Touny M, Ibrahim N, Al-Azzawi Z. A rare case of huge maxillary ameloblastoma in a 3.5 years old girl. Int J Surg Case Rep. 2020;72:448-53.

2.Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. Head Neck Pathol. 2022 Mar;16(1):63-75.

3. PIETTE E, GOLDBERG M. La dent normale et pathologique. Bruxelles: DE BOECK. 2001; 1: 386p

4. Chala S, Nassih M, Rzin A, Jidal B. Ameloblastoma of the mandible. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2002;103:247-50.

5. Nitassi, S., Boulaadass, M., Tobi, I., Essakali, L., & Kzadri, M. (2009). Améloblastome: diagnostic et traitement. A propos de 26 cas. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*, *15*(2), 93-100.

6.MEDAGHRI ALAOUI, O., EL BOUIHI, R., & YAHYA, I. B. (2012). Améloblastome: prise en charge par le médecin dentiste. *MBCB. Médecine buccale chirurgie buccale*, *18*(3), 221-227.

7. Chala S, Nassih M, Rzin A, Jidal B. Ameloblastoma of the mandible. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2002;103:247-50.

8. Dostie A, Fréchette J-P, Chehade AJ. Une revue des tumeurs odontogènes. J Ordre Dent Québec 2008;45:413-23

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. *Antonoglou GN, S_andor GK, Recurrence rates of intraosseous ameloblastomas of the jaws: A systematic review of conservative versus aggressive treatment approaches and meta-analysis of non-randomized studies.*