

AMELOBLASTOME DU SINUS MAXILLAIRE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

ADOU A.* , SOUAGA K.* , KONAN E.** , ASSA A.** , ANGOH Y.*

INTRODUCTION

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne développée à partir des débris épithéliaux de MALASSEZ après régression de l'organe de l'émail (2). Du fait de sa propension à envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récurrence après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale.

Son site habituel est mandibulaire. Les rares localisations maxillaires sont observées dans la région tubérositaire. Les kystes radiculo-dentaires sont les plus fréquentes des formations kystiques du maxillaire (6). L'améloblastome à localisation sinusienne est rare et pose un problème de diagnostic précoce surtout quand il est greffé sur un kyste péri-coronaire ; il est fort heureusement rare. Le cas que nous présentons en est une illustration.

I - OBSERVATION

Mlle K. L., 13 ans, nous a été adressée pour une tumeur nasogénienne gauche évoluant depuis huit mois. Elle se plaignait d'une obstruction nasale partielle gauche puis totale vers les deux derniers mois d'évolution. Il n'y avait pas d'autres signes fonctionnels.

L'examen clinique révèle une tuméfaction sous orbito-nasogénienne gauche, mesurant cinq centimètres de diamètre, déviant le nez vers la droite (fig. 1). Sous une peau marquée par une cicatrice de traitement traditionnel, la tumeur est résistante au centre, indolore et craquante sous le doigt comme une balle de «ping-pong» à la périphérie. La rhinoscopie antérieure montre une obstruction complète de la fosse nasale gauche et la déviation de la cloison nasale vers la droite (fig. 2). On ne note ni diplopie ni anesthésie sous orbitaire et labiale supérieure. A l'examen endobuccal, le vestibule supérieur gauche est comblé par une tumeur allant de

la dent 21 à la dent 27. La muqueuse est saine. L'articulé dentaire est normal. La canine lactéale gauche ou 63 est encore sur l'arcade et la canine permanente ou 23 n'est perçue nulle part dans les environs de son site habituel.

Figure 1 : Tumeur nasogénienne



Figure 2 : Tumeur obstruant la narine



Au plan radiographique, l'incidence de BLONDEAU a mis en évidence un sinus maxillaire gauche complètement opaque et surtout la présence de la canine facilement identifiable dans la région ethmoïdale. Le contour du sinus est régulièrement soufflé. La tomodynamométrie, plus expressive, montre un sinus maxillaire gauche déformé, agrandi dans son ensemble par une image kystique cernant la couronne de la 23. On distingue bien cette dent ectopique dont la racine est implantée dans l'angle ethmoïdo-maxillaire et la couronne fait issue dans le sinus (fig. 3).

* UFR d'Odontostomatologie Abidjan

** UFR des Sciences Médicales Abidjan

Figure 3 : Sinus gauche agrandi par la tumeur, aspect en double contour



Nous avons retenu comme diagnostic, le kyste péri-coronaire et l'indication d'une exérèse chirurgicale sous anesthésie générale est programmée. Malgré la taille importante de la tumeur, dans le souci de minimiser les séquelles, nous avons préféré à la voie cutanée la voie endo-buccale et avons réalisé une énucléation-curetage en monobloc. L'examen histologique de la pièce opératoire nous a révélé un améloblastome typique. Les suites opératoires ont été simples. Le galbe normal de la région sous orbitaire gauche est retrouvé au bout d'un an. Le risque de récurrence étant très élevé après énucléation selon GUILBERT, la surveillance postopératoire a été poursuivie jusqu'à la deuxième année postopératoire où nous avons perdu notre patiente de vue.

II - DISCUSSION

Les tumeurs améloblastiques des maxillaires restent un des chapitres les plus épineux en stomatologie et en chirurgie maxillo-faciale. Il en existe plusieurs variétés :

1. Les améloblastomes typiques sont caractérisés par :
 - leur fréquence lors de la 3ème décennie,
 - leur localisation élective à la mandibule (90 %) (4),
 - leur évolution particulière. En effet, non traitées, ces tumeurs sont progressives, expansives et envahissantes. Après exérèse, les risques de récurrences sont élevés. Leur dégénérescence maligne est rare.
2. L'adéno-améloblastome qui est une tumeur de la 2ème décennie à localisation préférentiellement maxillaire (65 %) (4), a une évolution lente, sans aucune tendance à la récurrence même après un traitement conservateur.

3. Le mélando-améloblastome, tumeur de l'enfant jeune, de localisation presque maxillaire exclusive, a une évolution rapide mais sans aucune tendance à la récurrence.

4. L'odontome améloblastique touche l'adolescent lors de l'évolution de la dentition définitive, il n'y a pas de localisation préférentielle, il peut récidiver après exérèse.

Le cas d'améloblastome typique intra-sinusal que nous rapportons suscite plusieurs commentaires. Composé de formations épithéliales reproduisant les éléments de la lame dentaire l'améloblastome peut naître dans la paroi d'un kyste (4) sur une dent incluse. Notre cas clinique en est la confirmation.

Les signes cliniques sont tardifs et l'améloblastome est souvent de découverte radiologique fortuite notamment au début. Les signes dentaires à type de déplacements permettent de faire un diagnostic assez précoce dans les localisations mandibulaires. Au maxillaire, l'améloblastome reste longtemps asymptomatique, comme chez notre jeune patiente où après plusieurs mois d'évolution on a vu apparaître une accentuation du relief maxillo-malaire, une obstruction nasale et un comblement du vestibule sans aucun signe dentaire.

Au plan diagnostique, comme l'a dit CERNEA : «le diagnostic des tumeurs osseuses se fait radiographie en mains» (fig. 3). En effet, la radiographie permet d'émettre des hypothèses avant le résultat de l'examen histologique.

L'âge de notre patiente qui ne correspond pas à l'âge habituel (3ème décennie), ne nous a pas permis d'évoquer l'améloblastome dans nos hypothèses diagnostiques.

Certains kystes ont été rapidement écartés. Il s'agit :

- des kystes paramédians qui n'ont pas d'expression sinusienne (kyste dysembryoplasique naso-labial ou globulo-maxillaire),
- des kystes primordiaux et épidermoïdes qui sont essentiellement mandibulaires,
- des kystes folliculaires qui ne concernent que les dents immatures,
- du kyste épithélial odontogène calcifié, aucune calcification intra-sinusienne n'a été observée.

Cette observation nous interpelle sur :

- l'importance de l'examen anatomo-pathologique qui permet le diagnostic et dicte la conduite thérapeutique.

Améloblastome...

tique. Sans cet examen, nous serions restés sur le diagnostic kyste péri-coronaire sur canine ectopique.

- L'importance d'une surveillance post-opératoire rigoureuse et prolongée.

CONCLUSION

L'améloblastome typique, tumeur bénigne kystique effroyablement récidivante et localement extensive doit

faire l'objet d'une exérèse complète.

Il convient d'attirer l'attention sur le fait que des kystes odontogènes, d'apparence clinique et radiologique banale, peuvent être en fait des améloblastomes typiques.

D'où l'intérêt de l'examen histologique des pièces d'exérèse des formations kystiques.

RESUME

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne développée à partir des débris épithéliaux de MALASSEZ. Du fait de sa propension à envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récidive après exérèse, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale.

La localisation mandibulaire est la plus fréquente. Au niveau maxillaire il est le plus souvent observé dans la région tubéreuse.

Les auteurs rapportent dans ce travail un cas d'améloblastome développé à partir du kyste péri-coronaire d'une canine ectopique intra sinusienne.

Mots clés : améloblastome, sinus maxillaire, kyste péri-coronaire, canine ectopique.

ABSTRACT

The ameloblastoma is benign odontogen tumour developed from epithelial remains of MALASSEZ. Because of the inclination to invade in an inexorable way all the surrounding tissues and of the faculty of recurrence after removal, one attributes him the qualifier of good-hearted tumour to local wickedness.

The mandibulary localization is the most frequent. Toward the maxillary, it is mostly observed in the tuberosity region.

The authors report in the work one case of ameloblastoma developed from the pericoronal cyst of an intrasinusal ectopic canine tooth.

Key words : ameloblastoma, maxillary sinus, pericoronal cysts, ectopic canine tooth.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABRAHAMS J.J., OLIVIERO P.J.
Odontogenic cysts : improved imaging with a dental CT software program.
Am. J. Neuroradiol. 1993 : 14, 367-370.
- 2 - ACHARD J.L.
Tumeurs bénignes et kystes des maxillaires. In : Révision accélérée en odonto-stomatologie, pp 233-246 Ed. Maloine, Paris 1988.
- 3 - CUDENNEC Y.F., PONCET J.L., BUFFE P.
Kystes du maxillaire. In : Encycl. Méd. Chir. Paris, ORL 1992 : 20482A10.
- 4 - DELAIRE J., BILLET I., LUMINEAU J.P., SCHMIDT J.
Le traitement chirurgical des grands kystes des maxillaires.
Rev. Stomatol. chir. Maxillofac. 1980 : 81, 3-9.
- 5 - GADEGBEQU A.S., CREZOIT G.B.E., ADOU A., ANGOH Y., MAREGA F.B.
L'améloblastome en milieu africain.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1994 : 95, 2, 70-73.
- 6 - GUILBERT A.
Traitement des tumeurs améloblastiques des maxillaires.
Rev. Stomatol.-Odonto. Nord. Fr. 1982 :122, 43-44.
- 7 - GUILBERT F., CHOMETTE G., LE CHARPENTIER Y., AURIOL M.
Les images radiographiques types.
In : Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs des maxillaires, pp 204-229
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1993, 94, 4.
- 8 - GUILBERT F., CHOMETTE G., LE CHARPENTIER Y., AURIOL M.
Les tumeurs récidivées.
In : Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs des maxillaires, pp 238-246
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1993, 94, 4.
- 9 - GUILBERT F., CHOMETTE G., LE CHARPENTIER Y., AURIOL M.
Symptomatologie d'appel - Orientation diagnostique.
In : Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs des maxillaires, pp 199-203
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1993, 94, 4.
- 10 - MARSOT-DUPUCH K., BRUNEREAU L.
Kyste folliculaire remanié simulant une lésion sinusienne.
Ann. Radiol. 1991 : 34, 146-148.
- 11 - REYCHLER H.
Revue des pseudo-kystes et lacunes osseuses des maxillaires.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1988 : 89, 190, 8.
- 12 - SYLVESTRE A., SOULIE D., RIZZOLI P., HELIE O., LE FRIANT G., CORDOLIANI Y.S.
Kystes radiculo-dentaires à expression sinusienne.
J. Radiol. 1995 : 76, n°6, pp 379-382.
- 13 - UNDERHILL T., KATZ J., POPE T., DUNLAP C.
Radiologic findings of diseases involving the maxilla and mandible.
Am. J. Roentgenol. 1992 : 159, 345-350.