

TUMEUR ODONTOGENE ADENOMATOIDE ET PREMOLAIRE SOUS-ORBITAIRE

A propos d'une observation

DILU N. J.*, BOBE A**, MUYEMBI***, LELO T. ****

INTRODUCTION

Une tuméfaction isolée des maxillaires, d'apparition et d'évolution lente, fait penser habituellement aux kyste et tumeur odontogènes selon les différents caractères cliniques et radiologiques. Le kyste dentigère est fréquemment en rapport avec une dent incluse.

L'inclusion d'une prémolaire supérieure est moins fréquente que celle de la canine. La localisation sous-orbitaire, décrite pour les canines supérieures incluses, est rare pour une prémolaire.

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) est une tumeur bénigne rare des maxillaires [3, 5, 6, 10, 12, 17, 24, 28, 30, 34].

Cliniquement et radiologiquement le diagnostic initial est souvent celui d'un kyste dentigère (folliculaire), notamment à cause de la fréquence de l'association avec une dent incluse [3, 4, 15, 19, 30]. Des tuméfactions atteignant des grandes dimensions sont d'observation assez particulière, voire rare [7, 24, 25].

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, venue de ± deux milles kilomètres de Kinshasa, qui a consulté pour une volumineuse tuméfaction génienne droite, obstruant l'œil droit. La tumeur, totalement indolore, était dépressible par endroit donnant l'impression d'une balle de celluloid et avait entraîné une obstruction nasale droite. Elle avait déformé la face depuis environ deux ans.

L'examen clinique a noté :

- une tuméfaction vestibulaire allant de 1.1 à 1.8, sans fistulisation ; la persistance de 5.4 sur l'arcade et absence de 1.4. Pas de voussure palatale.
- une absence des troubles neurologiques, ophtalmologiques, en dépit de l'obstruction oculaire.
- une absence d'adénopathies cervico-faciales.

* Médecin Stomatologiste et chirurgien maxillo-facial

** Médecin stomatologue

*** Chirurgien-Dentiste - Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

**** Service de Radiologie

Cliniques Universitaires de Kinshasa B.P.123 - Kinshasa XI - République Démocratique du Congo.

Figure 1 : photographie de face montrant la tuméfaction et l'obstruction oculaire



La radiographie et la tomodensitométrie montrent une dent ectopique en position sous-orbitaire, en dessous de laquelle on note une image de poche kystique de dimension 67 mm x 46 mm, radio-transparente, dans le sinus maxillaire droit, sans rupture de la corticale. La cloison nasale et intersinuso-nasale sont déviées vers la gauche. Une radiographie rétro-alvéolaire confirme l'absence de 1.4 au-dessus de 5.4.

Figure 2 : TDM : coupe axiale et coronale : dent ectopique, déviation de la cloison intersinuso-nasale.

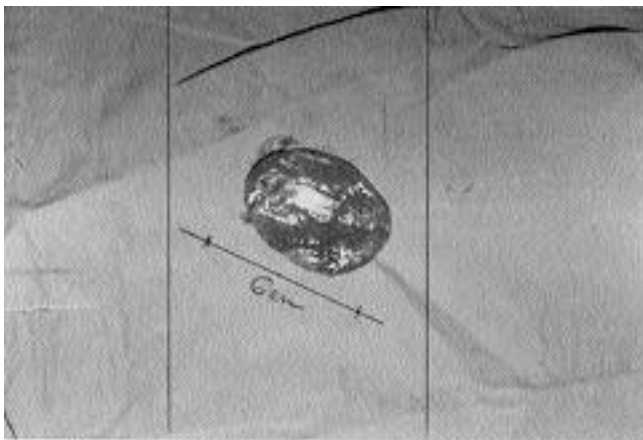


Devant ce tableau le diagnostic de kyste dentigère sur 1.4 incluse est évoqué.



L'intervention chirurgicale est pratiquée par voie endobuccale sous AG et INT. La poche kystique contenait \pm 150 ml du liquide citrin. Le décollement total est réalisé avec avulsion de la dent. Il s'agit d'une prémolaire avec couronne dirigée vers le bas.

Figure 3 : pièce opératoire montrant la dent accolée à la poche kystique



Les suites opératoires ont été simples.

L'examen histo-pathologique de la pièce a révélé une paroi kystique avec des masses tumorales faites des structures pseudo-canaliculaires et des masses spiralées. Aspect d'une tumeur odontogène type adénomatoïde alias adéno-améloblastome, tumeur pouvant être partiellement kystique.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

La tumeur odontogène adénomatoïde a été décrite pour

la première fois en 1907 par DREIBLADT comme un «pseudo-adenoma adamantinoma» [21, 24]. En 1948, STAFNE fut le premier à l'individualiser comme une entité histologique distincte parmi les tumeurs odontogènes [31]. Finalement c'est PHILIPSEN et BIRN, en 1969, qui retiennent la terminologie de Tumeur odontogénique adénomatoïde [25]. Elle est aussi connue sous la dénomination d'adéno-améloblastome [1, 8, 23] du fait de la présence des aspects glanduliformes ou des formations canaliculaires (ductlike structures) avec une basale nette [6, 12, 30] et fait partie du groupe des tumeurs odontogéniques épithéliales et conjonctives, avec ou sans formation du tissu dentaire dur de la classification de l'OMS [20].

Du point de vue fréquence, beaucoup d'auteurs s'accordent sur le fait que c'est une tumeur relativement rare [3, 6, 10, 12, 30].

Elle représente environ 3 % des tumeurs odontogènes [3, 13, 28]. Cette fréquence est par contre deux fois plus élevée dans la population africaine noire ; elle varie entre 6,2 à 6,8 % [2, 16]. Cette différence de prévalence semble se retrouver d'ailleurs pour toutes les tumeurs odontogènes [18].

Elle survient préférentiellement chez les sujets jeunes de sexe féminin ; l'âge moyen varie entre 17 à 20 ans [3, 4, 11, 14, 25, 30, 32]. Son siège habituel est la partie antérieure du maxillaire supérieur [5, 13, 14, 25, 32] où elle est souvent prise pour un kyste folliculaire et c'est l'examen histo-pathologique qui vient redresser le diagnostic [3, 4, 6, 12, 19, 30].

Du point de vue pathogénie et histogénèse, cette tumeur rare dériverait de la couche externe de l'organe de l'émail ou de l'épithélium de bordure d'un kyste folliculaire et son développement serait centripète [3, 12, 29]. Cette notion expliquerait la confusion radio-clinique entre l'adéno-améloblastome et le kyste folliculaire. Il peut même exister une possibilité d'association entre les deux [29].

Cliniquement le diagnostic évoqué est celui d'un kyste dentigère avec les éléments suivants :

- tuméfaction kystique,
- une inclusion dentaire ; la lenteur d'évolution sans douleur et sans signes neurologiques
- les signes radiographiques : image radio claire, uniloculaire, bien limitée avec bordures bien marquées.

Tumeur odontogène...

D'après les études de GIANANTI et coll. en 1970, et de COURTNEY et KERR en 1975, cette tumeur est associée d'une dent incluse dans 74 % des cas et dans 2/3 des cas, il s'agit d'une canine [30].

Pour le maxillaire supérieur, un volumineux kyste peut survenir en cas de 3ème molaire supérieure où il peut envahir la tubérosité, le sinus maxillaire en entier. La dent est souvent en position ectopique [10].

Cette situation n'est presque pas décrite pour une prémolaire, encore moins la 1ère prémolaire supérieure qui ne vient qu'au bas de l'échelle de fréquence des dents incluses, moins encore des dents ectopiques.

La fréquence de son inclusion vient après la 3ème molaire supérieure, les canines inférieures et supérieures [9, 12, 30], tandis que ZEITOUN et PECHEUR rapportent cette fréquence après celle de la canine [24, 34].

Bien que ces lésions kystiques soient l'apanage des dents incluses, elles atteignent que rarement des volumes monstrueux [7, 24, 26].

Cette situation survient particulièrement dans les pays où l'infrastructure sanitaire n'est pas très développée : les malades devant parcourir plusieurs kilomètres pour trouver un spécialiste, tel le cas rapporté dans cet article.

Devant un cas de dents ectopiques localisées dans le massif facial et devant un volume lésionnel important, un bilan tomo-densitométrique apporte des renseignements intéressants sur l'extension de la lésion et guidera l'acte opératoire.

La TOA se développe souvent dans les régions antérieures du maxillaire et ressemble à un kyste dentigère [15, 19] et peut prêter à confusion. Le kyste dentigère émane de la partie cervicale de la dent incluse et seule la partie coronaire est incluse dans la masse, tandis que dans l'adéno-améloblastome (TOA) souvent c'est toute la dent, la couronne et la racine, qui est contenue dans la paroi de la poche kystique [13, 19]. Ce qui est bien vu dans cette observation. (fig2.) Dans les cas très évolués, on peut trouver des foyers radio-opaques plus ou moins marqués [24, 34].

Nous rappelons que devant un examen clinique bien conduit et des éléments radiologiques précis, la biopsie préopératoire est inutile et pourrait même s'avérer dange-

reuse, particulièrement s'il s'agit d'un améloblastome, bien que peu fréquent dans cette région [10, 12, 19, 22, 30], s'il y a coexistence ou une greffe d'améloblastome. Cette coexistence possible est rapportée dans la littérature [12,30].

Si la biopsie s'impose pour une quelconque raison, elle devra être faite par le chirurgien qui prendra le malade en charge .

Seul l'examen histo-pathologique de la pièce opératoire déterminera la nature exacte des lésions comme nous venons de le constater dans notre observation.

Il est donc logique de considérer l'adéno-améloblastome dans le diagnostic différentiel de kyste folliculaire au niveau du maxillaire supérieur ; il en est de même de l'améloblastome, bien que peu fréquent [10, 12, 19, 22, 30]. Il faudra penser, en outre, au carcinome adénoïde kystique et à la tumeur muco-épidermoïde [24, 27].

Du point de vue thérapeutique, l'attitude consiste en une exérèse complète de la poche kyste (énucléation).

Enfin, on pourrait se poser la question de savoir pourquoi la dent incluse se localise dans cette position sous-orbitaire ?

Est-ce une position ectopique dès le départ et le kyste se serait formé autour de la couronne ? Ou alors, la dent était simplement incluse et le développement kystique l'aurait refoulé vers le haut ?

La deuxième explication semble être la plus habituelle [30].

CONCLUSION

Vu la difficulté de diagnostic et la confusion clinique et radiographique constatée par plusieurs auteurs la possibilité de TOA, tumeur rare, doit être envisagée devant un tableau de kyste folliculaire, et donc des images radio-transparentes au niveau des maxillaires supérieurs. Particulièrement si l'image est associée à une dent incluse voire ectopique.

Contrairement à l'améloblastome, le traitement de la tumeur odontogène adénomatoïde est plus simple, parce qu'elle est limitée, bien encapsulée et son évolution est bénigne, sans récives.

Tumeur odontogène...

RESUME

Les auteurs présentent un cas d'un volumineux kyste intra-sinusal associé d'une prémolaire supérieure incluse à localisation sous-orbitaire. L'accent est mis sur la rareté de cette ectopie, sur le diagnostic différentiel radio-clinique et sur l'association possible entre la tumeur odontogène adénomatoïde et le kyste folliculaire. Un examen tomodontométrique a montré une large image kystique intra-sinusienne droite en dessous d'une dent en position sous-orbitaire. C'est l'examen histo-pathologique qui a conclu à une tumeur odontogène adénomatoïde alias adéno-améloblastome. Une énucléation complète du kyste et l'extraction de la dent ont été réalisées et les suites ont été simples.

Mots clés : Tumeur odontogène adénomatoïde (TOA alias Adéno-améloblastome) prémolaire sous-orbitaire - dent ectopique- kyste dentigère

SUMMARY

One case of a voluminous cyst developed into the maxillary sinus associated with an infra-orbital location of embedded upper premolar is reported. The authors point out this rare location of an embedded upper premolar, the radio-clinic differential diagnosis and the possible association between the adenomatoid odontogenic tumour and the dentigerous cyst. A CT - Scan examination showed a large maxillary radiolucent image under a tooth in infra-orbital localization. Histological examination revealed the lesion to be adenomatoid odontogenic tumour. Complete enucleation of the cyst and extraction of the tooth were performed by oral way with success.

Key-words : Adenomatoïd odontogenic tumour (AOT), Infra-orbital premolar, embedded tooth, dentigerous cyst.

REFERENCES

- 1 - ABRAMS A.M. et coll.
Adeno-ameloblastoma, a clinical pathologic. Study of 10 new cases.
Cancer, 1968, 22 : 175.
- 2 - AJAGBE H.A., DARAMOLA J.O., JUNAID T.A., AJAGBE A.O.
Adenomatoïd odontogenic tumour in a Black African population :
Report of thirteen cases.
J. Oral Maxillofac. Surg., 1985, 43 : 683-687.
- 3 - AROLE F.O., ARAIN A.H. and TAIWO E.O.
Adenomatoïd odontogenic tumour (Adeno-ameloblastoma).
Odonto-stomatol Trop, 1982, 4 : 171-175.
- 4 - AROTIBA G.T., AROTIBA J.T., OLAITAN A.A., AJAYI O.F.
The adenomatoid odontogenic tumour: An analysis of 57 cases in a
black African population.
J.Oral.Maxillofac.Surg.1997, 55 : 146-148.
- 5 - AWANGE D.O.
Adenomatoïd odontogenic tumour(Adenoameloblastoma). A review.
East Afr. Med J. 1991,68 : 155.
- 6 - BROCHERIOU D. et A. de ROQUANCOURT
Anatomie pathologique dentaire et stomatologique.
ED CDP, Paris, 1987, pp. 48-49,58.
- 7 - CANTALOUBE D., RIVES J.M., Le BOURGEOIS M., CYMES M.,
LARROQUE G. et SEURAT P.
Volumineux kyste odontogénique à développement intrasinusal. A
propos de deux observations à Dakar.
Odonto-stomatol Trop, 1987 ; 2 : 81-84.
- 8 - CHAMBERS K.S.
The adeno-ameloblastoma.
Br.J.Oral.Surg ;1973, 10 : 310.
- 9 - CHAPUT A.
Stomatologie.
Ed. Med. Flammarion, Paris, 1967, pp. 80-82 ; 373-380.
- 10 - CHOMETTE G. et GUILBERT F.
Tumeurs odontogènes des maxillaires.
Encycl.Méd.Chir., Paris, Stomatologie I, 22081 A10, 4-1983.
- 11 - COURTNEY R.M., KERR D.A.
The odontogenic adenomatoid tumour : a comprehensive study of
twenty new cases.
Oral Surg 1975, 39: 424
- 12 - DECHAUME M., GRELLET M., LAUDENBACH P., PAYEN J.
Précis de Stomatologie.
MASSON, Paris, 1980, pp. 93-94 ; 236-237, 241.
- 13 - GEIST S.Y., MALLON H.L.
Adenomatoïd odontogenic tumour. Report of an unusually large lesion
in the mandible.
J. Oral. Maxillofac Surg.1995, 53 : 714-717.
- 14 - GIANSAANTI J.S., SOMEREN A., WALDRON C.A.
Odontogenic adenomatoid tumour (Adenoameloblastoma) : Survey of
111 cases.
Oral Surg. 1970, 30 : 69.
- 15 - GINISTY D., METTOUDI J.D., ADAMSBAUM C., et coll.
Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires de l'enfant.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 1996, 97 : 12-16.
- 16 - GREER R.O. [Discussion]
The adenomatoid odontogenic tumour. Analysis of 57 cases in a black
African population.
J. Oral. Maxillofac. Surg. 1997, 55 : 14-15.

Tumeur odontogène...

- 17 - GUILBERT F. et CHOMETTE G.
Kystes des maxillaires.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Stomatologie I, 22081 A15, 4-1983.
- 18 - HARDT N. et SCHLENK E.
Tumeurs odontogènes.
Rev Mens Suisse Odontostomatol 1992; 102 : 735-37
- 19 - HOLLANDER L., OMMELL K. A.
Dental Radiology. In:» A Global textbook of Radiology» I., PETTERSON H. Ed., Nicer, OSLO, 1995, 263 - 296.
- 20 - KRAMER I.R.H., PINDBORG J.J., SHEAR M.
Histological typing of odontogenic tumours.
Berlin, Germany : Springer-Verlag.1992 : 7-9.
- 21 - LUCAS R.B.
Pathology of tumours of the oral tissues (Ed 4).
Edinburgh. Scotland, Churchill, Livingstone, 1984 : p66.
- 22 - MARSOT-DUPUCH K.
Sinusite maxillaire révélatrice d'une localisation naso-sinusienne d'un améloblastome.
Ann Radiol, 1991,34: 131-132.
- 23 - OEHLERS F.A.
The so-called adenoameloblastoma.
Oral Surg.1961,14 :712
- 24 - PECHEUR A., DE CLERQ D., REYCHLER H.
La tumeur odontogène adénomatoïde.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac, 1992, 93 : 341-344.
- 25 - PHILIPSEN H.P., BIRN H.
The adenomatoïd odontogenic tumour, ameloblastic adenomatoïd tumour or adeno-ameloblastoma.
Acta Pathol. Microbiol. Scand. 1969, 75 : 375-398.
- 26 - PHILIPSEN H.P., REICHART P.A., ZHANG K.H., et Al.
Adenomatoïd odontogenic tumour: Biologic profile based on 499 cases.
J. Oral. Pathol. Med, 1991, 20 :149
- 27 - PIETTE E.
Pathologie dentaire non carieuse.
In: PIETTE E., REYCHLER H. (Eds) «Traité de Pathologies buccale et maxillo-faciale». Bruxelles, DE BOECK-Université, 1991: 1244.
- 28 - REGEZI J.A., KERR D.A., COURTNEY R.M.
Odontogenic tumours: Analysis of 706 cases.
J. Oral. Surg. 1978, 36 : 771-778.
- 29 - ROUCHON C.
Tumeurs kystiques des maxillaires.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Stomatologie I, 22081 A10, 10-1972.
- 30 - SHAFER W. G., HINE M. K., BARNET M.
A text book of Oral Pathology.
Saunders Company 1983, pp. 66-69, 260-265,279,289.
- 31 - STAFNE E.C.
Epithelial tumours associated with developmental cysts of the maxilla.
Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol 1948,1 : 887.
- 32 - TOIDA M., HYODO I., OKUDA T.
Adenomatoïd odontogenic tumour report of two cases and survey of 126 cases in Japan.
J. Oral Maxillofac Surg 1990, 48 : 404.
- 33 - VIGNEUL J.-C., ROUCHON C.
Traitement des tumeurs bénignes des maxillaires.
Encycl. Méd. Chir., Paris, Stomatologie I, 22087 A10, 5-1974.
- 34 - ZEITOUN I.M., DHANRAJANI P.J., MOSADONI H.A.
Adenomatoïd odontogenic tumour arising in a calcifying odontogenic cyst.
J.Oral.Maxillo-fac.Surg 1996, 54 : 634-637.