

# TUMEUR ODONTOGENIQUE ADENOMATOÏDE

A. SY , E.E.M. NAO \*, M. NDIAYE \*, M.B. FAYE \*\*, A. B. MBODJ \*\*\*

SERVICE D'ORL, HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM. SENEGAL

\* SERVICE D'ORL, HÔPITAL FANN. SENEGAL

\*\*SERVICE D'ORL, HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR. SENEGAL

\*\*\* SERVICE DE CHIRURGIE DENTAIRE, HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM. SENEGAL

## RESUME

Les auteurs présentent un cas d'une volumineuse tuméfaction du maxillaire supérieur. Une tomographie réalisée a montré une volumineuse image kystique avec une dent incluse. Le traitement a consisté en une maxillectomie partielle. L'examen histologique de la pièce opératoire a mis en évidence une tumeur odontogénique adénomatoïde.

**Mots clefs :** tumeur odontogénique adénomatoïde, kyste dentigène

## SUMMARY

The authors present a case, a large swelling of the upper jaw. A CT scan performed showed a picture with cystic included a tooth. Histological examination of the removed tissue revealed an adenomatoid odontogenic tumor

**Keywords:** adenomatoid odontogenic tumor, dentigerous cyst

## INTRODUCTION

La tumeur odontogénique adénomatoïde est une tumeur épithéliale odontogène bénigne, anciennement appelée adéno-améloblastome [1] car considérée autrefois comme une variante de l'améloblastome. Elle a été décrite pour la première fois par STAFNE en 1948 [1, 2]. Il s'agit d'une tumeur rare, d'évolution lente, dont le traitement est essentiellement chirurgical. Les auteurs rapportent un nouveau cas en passant en revue les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques.

## OBSERVATION:

P. S, âgé de 17 ans, de sexe masculin, sans antécédent particulier, a été reçu en consultation dans notre service le 14 janvier 2008 pour une tuméfaction de l'hémiface gauche, au niveau jugal, évoluant depuis plus de 4 ans. Il n'y avait pas d'autre signe associé : pas de douleur, la sensibilité labio-jugale et cutanéomuqueuse était normale. La tuméfaction déformait l'hémiface gauche en refoulant la lèvre supérieure et l'aile nasale gauche avec une réduction importante du calibre de la fosse nasale gauche (d'environ 1/3), sans retentissement fonctionnel et un effacement du sillon naso-génien gauche (Figure 1a).

L'examen endobuccal retrouvait une volumineuse voussure de l'hémipalais gauche, ferme, arrondie, comblant le sillon gingival, s'étendant de la dent 12 à la dent 24 avec une muqueuse en regard saine (Figure 1b). En dedans, cette voussure dépassait la ligne médiane d'environ 1 cm;

en arrière, elle ne dépassait pas les 2/3 antérieurs de l'hémipalais gauche. Elle mesurait environ 85mm en mésio-distale, 60mm de hauteur et 65mm en vestibulo-linguale. Les dents 22 et 23 étaient absentes.



Fig. 1 a-b : Aspect en préopératoire

Un examen tomographique du massif facial réalisé le 21 janvier 2008 a mis en évidence une image arrondie du maxillaire supérieur gauche, bien circonscrite, avec une coque périphérique dense, avec en son sein une image de tonalité hyperdense, évoquant une dent incluse (figure 2). Les corticales vestibulaires et linguales étaient nettement amincies par la tumeur.



Figure 2 : TDM en coupe axiale : tumeur avec une dent incluse

Le traitement a consisté en une maxillectomie partielle gauche réalisée le 04 mars 2008 (figure 3).



Figure 3 : Vue per-opératoire

L'ostéotomie médiale est passée par l'emplacement de la dent 12 après avoir procédé à son extraction ; à ce niveau, il existait une ligne de démarcation nette entre la tumeur et l'os maxillaire sain (énucléation). L'ostéotomie latérale est passée par l'emplacement de la dent 24 après avoir procédé à son extraction ; à ce niveau, la frontière n'étant pas nette, nous empiétons sur l'os sain, d'environ 0,5 cm (maxillectomie partielle).

Les suites opératoires ont été simples et l'hospitalisation a duré une semaine.

Une réhabilitation prothétique a été réalisée quelques semaines plus tard (figure 4).



Figure 4 : Patient avec prothèse

## DISCUSSION :

La tumeur odontogénique adénomatoïde (TOA) est une tumeur épithéliale odontogène bénigne [2, 3] et relativement rare [2, 4, 5, 6]. Elle représente seulement 0,1% des kystes et tumeurs du maxillaire [3] et 3% des tumeurs odontogènes [2, 3, 4, 7].

La TOA se rencontre surtout au cours de la deuxième décennie de vie avec un âge moyen variant de 17 à 20 ans [2, 3, 4, 8]. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Le sex-ratio est de 0,5 [3]. L'âge de notre patient se trouve dans cet intervalle ; cependant, il est de sexe masculin.

Au plan clinique, la partie antérieure du maxillaire supérieur constitue le siège de prédilection de la lésion et plus particulièrement au niveau de la région des canines [2, 3, 7] qui sont souvent incluses dans la tumeur. C'est ainsi que cette tumeur a parfois été décrite sous le nom de "tumeur 2/3" ; car environ 2/3 des cas surviennent chez de jeunes patients, 2/3 des cas sont à localisation maxillaire, 2/3 des cas sont associés à une dent incluse et 2/3 de ces dents sont des canines.

Cette tumeur est de découverte tardive et se présente sous la forme d'une tuméfaction génienne, le plus souvent volumineuse. Ce volume tient, non seulement à une évolution lente et indolore de la tumeur, expliquant un retard à la consultation et au diagnostic [3], mais aussi à la pauvreté, à la négligence et à l'insuffisance des infrastructures sanitaires dans notre contexte. Tel est le cas de notre malade.

Ailleurs, le développement préférentiel de la TOA au niveau du maxillaire supérieur pose le problème de diagnostic différentiel avec le kyste dentigène, du fait de leur ressemblance [2, 9, 10]. Cependant, un bilan tomographique associé à une radiographie panoramique dentaire peut aider à lever cette confusion. En effet le kyste dentigène émane de la partie cervicale de la dent incluse et seule la partie coronaire est incluse dans la masse tandis que dans la TOA, souvent c'est toute la dent qui est contenue dans la paroi de la poche kystique [2, 7, 10]. Dans tous les cas, seul l'examen histo-pathologique de la pièce opératoire précisera la nature exacte de la lésion. Il permet d'éliminer également un améloblastome bien que peu fréquent dans cette région [2, 10]. Il montre une tumeur bien circonscrite faite d'une prolifération épithéliale constituée de petites cellules formant des travées, des tourbillons et des aires glandulaires [3].

Du point de vue thérapeutique, l'attitude consiste en une exérèse complète de la poche kystique, c'est-à-dire une énucléation [1, 2]. Cette technique apparaît tout à fait suffisante pour éradiquer ce type de lésion car les récurrences sont rares [1].

Cependant, notre patient a bénéficié d'une maxillectomie partielle compte tenu du volume de la masse.



## CONCLUSION

La TOA est une tumeur rare, bénigne d'évolution lente. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique de la pièce opératoire et le traitement consiste en une simple énucléation car les récives sont rares après chirurgie contrairement à l'améloblastome.

## REFERENCES

- 1-Farah-Klibi F, Ferchichi I, Beyaarassou H, Zairi I, Rameh S, Adouani A, Benjlani SB, Zermani R. La tumeur odontogénique adénomatoïde : deux cas. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007; 108:61-64
- 2- Dilu NJ, Bobe A, Muyembi I. Tumeur odontogène adénomatoïde et pré-molaire sous-orbitaire : A propos d'une observation. Odonto-Stomatologie Tropicale. 1999 ; 87 : 33-37
- 3- Lahlou M, Benhalima H, Tadlaoui N, Lazraka, Kzadri M. Tumeur odontogène adénomatoïde : une nouvelle observation. Méd buc chir buc. 2005; 11(2):97-101.
- 4-Arole FO, Arain AH, Taiwo EO. Adenomatoid odontogenic tumor (Adenameloblastoma). Odonto-stomatol Trop. 1982 ; 4 : 171-175
- 5- Brocheriou D, De Roquancourt A. Anatomie pathologique dentaire et stomatologique. ED CDP, Paris. 1987 ; 58:48-49.
- 6- Chomette G, Guilbert F. Tumeurs odontogènes des maxillaires.

- 7- Geist SY, Mallon HL. Adenomatoid odontogenic tumor. Report of an unusually large lesion in the mandible. J. Oral. Maxillofac Surg.1995; 53: 714-717
- 8- Arotiba GT, Arotiba JT, Olaitan AA, Ajayi OF. The adenomatoid odontogenic tumor: An analysis of 57 cases in a black African population. J.Oral.Maxillofac.Surg.1997; 55: 146-148.
- 9- Ginisty D, Mettoudi JD, Adamsbaum C. Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires de l'enfant. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.1996; 97: 12-16.
- 10- Hollander I, ommell KA. Dental Radiology. In: "A Global textbook of Radiology" I., PETTERSON. H. Ed., Nicer, OSLO. 1995: 263 – 296