

AMÉLOBLASTOME MANDIBULAIRE PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE

S. TEBRA MRAD , M. BARHOUMI , M. BOUSLAMA *, M. ABDELKEFI *, M. BELCADHI * ,
H. AMARA **, C. KRAIEM **, K. BOUZOUITA*, N. BOUAOUINA

SERVICE DE CANCÉROLOGIE RADIOTHÉRAPIE.

*SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

**SERVICE DE RADIOLOGIE.

CHU FARHAT HACHED SOUSSE. TUNISIE

RESUME

L'améloblastome est la tumeur odontogénique la plus fréquente. Il représente 1% des tumeurs mandibulaires et maxillaires et atteint la mandibule dans 80% des cas.

Son traitement se base essentiellement sur la chirurgie lorsque cela est possible. La radiothérapie est réservée aux formes inopérables localement évoluées et métastatiques.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient présentant un améloblastome mandibulaire kystique traité par radiothérapie exclusive.

Mots clés: Améloblastome, mandibule, radiothérapie

SUMMARY

Ameloblastoma is the most frequent odontogenic tumor. It accounts for 1 % of tumors of the maxilla and involve the mandible in 80 % of the cases.

Treatment consists of surgery. Radiotherapy is indicated for the locally evolved and metastatic inoperable forms.

Authors report a case of a patient presenting a mandibular ameloblastoma treated by exclusive radiotherapy.

Key words: Ameloblastoma, mandible, radiotherapy

INTRODUCTION

L'améloblastome est une tumeur odontogénique bénigne caractérisée par son agressivité locale et par sa propension aux récives. Sa localisation est mandibulaire dans 80% des cas. Il n'existe pas de consensus pour son traitement qui peut être chirurgical conservateur ou radical mais également par radiothérapie. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un améloblastome mandibulaire traité par radiothérapie exclusive.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 71 ans sans antécédents particuliers qui a consulté pour une tuméfaction de la mandibule évoluant depuis une année. Le scanner initial a objectivé une masse tumorale de 6,5 cm de diamètre responsable d'une lyse totale de l'hémi mandibule droite, arrivant jusqu'à la fosse infra temporale et envahissant la glande parotidienne, l'espace para pharyngé droit, le muscle masséter droit et l'espace pré vertébral (Fig 1).

La biopsie a conclu à un améloblastome kystique de la mandibule. Devant le caractère agressif de la tumeur, un bilan d'extension comportant une radiographie thoracique, une échographie abdominale et une scintigraphie osseuse, a été pratiqué. Cette dernière a objectivé des hyperfixations suspectes vertébrales dont la nature

secondaire à été infirmée par l'IRM.

la masse tumorale en fin d'irradiation.

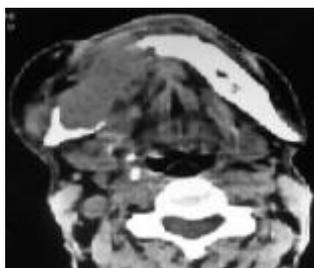
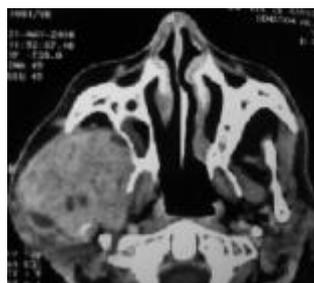


Fig 1: Scanner initial injection IV du produit de contraste (Coupes axiales) : Masse tumorale de 6,5cm de diamètre responsable d'une lyse totale de l'hémi mandibule droite



La tumeur a été jugée inopérable et le patient a été traité par radiothérapie exclusive au cobalt 60 à la dose de 64,8 Gray à raison de 1,8 Gray par séance, 5 séances par semaine moyennant un scanner en position de traitement et une dosimétrie prévisionnelle par deux champs obliques coplanaires. L'irradiation a été moyennement tolérée par le patient et on a assisté à l'affaissement quasi-total de

Une IRM de contrôle (Fig 2) faite à six mois de la fin de la radiothérapie a conclu à une lyse de la branche mandibulaire droite avec disparition de la masse tumorale. Le patient est actuellement vivant sans récurrence locale à 20 mois après la fin de la radiothérapie.

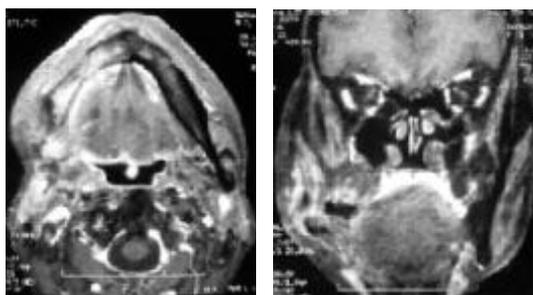


Fig 2: IRM de contrôle (séquences axiales et coronales pondérées T1 avec Fat Sat et injection de gadolinium): disparition de la masse tumorale avec persistance de lyse de la branche mandibulaire droite

DISCUSSION

L'améloblastome ou adamantinome est la tumeur odontogénique la plus fréquente. Il représente 1% des tumeurs mandibulaires et maxillaires et 10% de toutes les tumeurs mandibulaires odontogéniques (1, 2, 3). C'est une tumeur épithéliale histologiquement bénigne mais ayant un comportement malin par son pouvoir invasif et déformant local (4, 5). L'âge de survenue est de 50-60 ans avec une prédominance masculine (2, 3). Le diagnostic est généralement fait à l'occasion de manifestations dentaires ou devant l'apparition d'une tuméfaction mandibulaire (6). On distingue 3 types histologiques : l'améloblastome uni kystique, multi kystique et périphérique représentant respectivement 13%, 86% et 1% des améloblastomes (7, 2). La survenue de métastases est rare mais possible et doit faire considérer, dès lors, la tumeur comme maligne. Les localisations métastatiques les plus fréquentes sont pulmonaires, ganglionnaires, osseuses puis viscérales (3, 8). La chirurgie demeure le traitement de référence dans les formes opérables. Cependant, il n'existe pas de consensus quant aux méthodes chirurgicales les plus

appropriées. On distingue globalement des techniques conservatrices telles l'énucléation, le curetage et la cryochirurgie et des techniques radicales dont les résections marginales, segmentaire et composite (5, 9, 10, 11). La décision thérapeutique devrait être guidée par la clinique, la radiologie et l'histologie. En effet, l'agressivité de la tumeur dépend des caractéristiques suivantes : type compact ou poly kystique, aspect en « bulles de savon », limites floues à la radiologie et types folliculaires et plexiformes à l'histologie. La présence d'un de ces signes indique qu'il s'agit d'un améloblastome à haut pouvoir invasif et indique une chirurgie radicale (12). Un taux plus important de récurrences locales, pouvant atteindre les 100% a été retrouvé chez les patients traités par chirurgie conservatrice comparativement à ceux traités de façon radicale, comme l'ont démontré de nombreuses études (1, 9, 12). Ceci a amené plusieurs auteurs à proposer le traitement radical d'emblée, même s'il s'agit d'une tumeur bénigne (9, 12). Une marge de sécurité de 1 -1,5 cm est nécessaire pour diminuer le risque de récurrence (12). Quant à la radiothérapie ; elle est réservée aux formes localement évoluées et permettrait de réduire la taille tumorale en agissant surtout sur l'extension tumorale aux parties molles (3, 11, 13). Elle est aussi indiquée en cas de refus des patients d'une chirurgie mutilante. Elle ne constitue pas le traitement de choix des tumeurs opérables (13, 14). Dans la série d'Atkinson et al, 10 patients étaient traités par irradiation dont 3 en association à une chirurgie. L'évolution était favorable pour 9 cas. Un seul a récidivé après 9 ans et a été traité par chirurgie puis décédé à 14 ans de la radiothérapie (15). Ceci témoigne de la radiosensibilité de ses tumeurs. Par ailleurs, la radiothérapie peut être utilisée en préopératoire pour réduire la taille tumorale et rendre la tumeur opérable (13). Elle est également indiquée en cas de métastases essentiellement osseuses (14).

L'évolution est lente et le délai de survenue de métastases est également long d'où la nécessité d'un suivi à long terme (3, 8).

CONCLUSION

Bien que le nombre de cas rapportés dans la littérature soit trop faible, l'améloblastome est une tumeur agressive et cause une destruction locale massive.

La chirurgie demeure le traitement de référence dans les formes opérables ; elle peut être conservatrice mais essentiellement radicale. La radiothérapie est réservée aux tumeurs inopérables et / ou métastatiques.



REFERENCES

1. Eckardt. M, Kokemuller.H, Flemming. P, Schultze.A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction. A review of twenty years. Journal of crano-maxillofacial surgery 2009, 37, 36- 41.
2. Vanoven. BJ, Parker N.P, Petruzzelli.G.J. Peripheral ameloblastoma of the maxilla: a case report and literature review. American journal of otolaryngology-head and neck medicine and surgery 2008;29: 357-360.
3. Abada R.L, Kadiiri F, Tawfik. N, Benchakroun. N, Bouchbika Z, Chekkoury A. I, Benchakroun .Y, Benider . A. Métastases multiples d'un améloblastome mandibulaire
Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale ; 2005 :106(3) :177-80.
4. Nitassi.S, Boulaadass.M, Tobi.I, Essakali.L et Kzadri.M .Améloblastome: diagnostic et traitement. A propos de 26 cas. Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15 : 93-100.
5. Ben Halima .H, Rafi .H, Slaoui .S, Kzadri .M. L'améloblastome mandibulaire Problèmes thérapeutiques. Médecine du Maghreb 1992;34 :25-31
6. Benhammou.A, Boulaadass. M, Hajji. F, Essakali. L et Kzadri. M. Cas historique d'améloblastome mandibulaire géant. Med Buccale Chir Buccale 2009; 15: 101-105.
7. Hamet. J, Raybaud. H, Rocca. J, Mahler. P, Lombardi.T. Unicystic ameloblastoma in a child: A case study and review of the literature International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra, Volume 3, Issue 4, 192-196.
8. Hasim.W.F, Poon.C.C.H, Smith.A.C.H. Prolonged survival with confirmed metastatic pulmonary ameloblastoma. Int.J.Oral Maxillofacial.Surgery 2007; 36:953- 955.
9. Ghandhi. D, Ayoub. A, Pogrel. M, MacDonald. G, Brocklebank.L, Moos. K. Ameloblastoma: A Surgeon's Dilemma. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2006;64(7): 1010-4.
10. Bouletreau .P, Paraque .AR, Steve M, Ranoarivony T ,Chossegras .C , Ruhin. B. Prise en charge d'un améloblastome mandibulaire. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale. 2006 ; 107(1) : 52-6.
11. Dounia.K, Harding. B K, Khatib. K, Nassik .M, Goudot .P, Rzin .A, Jidal .B. Traitement de l'améloblastome mandibulaire : chirurgie radicale ou conservatrice ? Actualités odonto-stomatologiques 2008;241 :53-60.
12. Jebblaoui .Y, Ben Neji. N, Haddad. S , Ouertani. L, Hchicha S. Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale 2007 ; 108 : 419-23
13. Gardner D.G. Radiotherapy in the treatment of ameloblastoma. Int.J.Oral Maxillofacial.Surgery. 1988; 17: 201-205.
14. Vallicioni. J, Loum. B, Dassonville. O, Poissonnet. G, Ettore. F, Damard. F. Les améloblastomes. Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico faciale. 2007;124: 166-71.
15. Atkinson. C.H, Harwood, A.R and Cummings, B.J. Ameloblastoma of the jaw. A reappraisal of the role of megavoltage irradiation. Cancer 1984: 53: 869-73.