

TRAITEMENT DE L'AMÉLOBLASTOME MAXILLAIRE : QUEL RÔLE POUR UNE CHIRURGIE CONSERVATRICE ?

MAXILLARY AMELOBLASTOMA MANAGEMENT: WICH ROLE FOR A CONSERVATIVE SURGERY ?

BÉOGO R.¹, COULIBALY T.A.¹, TRAORÉ I.¹, MILLOGO M.¹, KONSEM T.², OUÉDRAOGO D.²

1- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : Docteur BÉOGO Rasmané

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Sanou Souro,

01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso, Email : rbeogo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Une chirurgie conservatrice est parfois suggérée dans le traitement de la localisation maxillaire de l'améloblastome bien que l'exérèse radicale soit recommandée.

Cette étude rapporte les résultats du traitement initial de l'améloblastome maxillaire par une énucléation, chez deux patients. Sur la base de cette expérience et d'une revue de la littérature, les conditions et les limites de la chirurgie conservatrice dans le traitement de la localisation maxillaire de l'améloblastome sont discutées.

La récurrence de l'améloblastome maxillaire est potentiellement mortelle. La chirurgie conservatrice ne devrait pas avoir de rôle dans le traitement de la localisation maxillaire de l'améloblastome sauf chez l'enfant, les patients refusant la chirurgie radicale ou en cas de tumeurs unikystiques sans infiltration de la paroi.

Mot clés : Améloblastome- Maxillaire- Chirurgie conservatrice.

ABSTRACT

Conservative surgery is advocated in the treatment of maxilla améloblastome although radical excision is recommended.

This study reports the results of primary treatment of maxillary ameloblastoma by enucleation in two patients. On the basis of experience of recurrences in both patients and a review of the literature, the conditions and limits of conservative surgery in the treatment of maxillary ameloblastoma are discussed.

Maxillary ameloblastoma recurrence is potentially lethal. Conservative approach should not have a role for the treatment of maxillary ameloblastoma unless in children, patients refusing radical surgery or in case of unicystic tumours without cystic wall invasion.

Key words: Ameloblastoma- Maxillary- Conservative Surgery.

INTRODUCTION

L'améloblastome est une tumeur classiquement bénigne mais agressive, caractérisée par un potentiel de récurrence post opératoire élevé. Son traitement est encore parfois un sujet de controverses en raison de la hantise d'une mutilation faciale et de la récurrence post opératoire de la tumeur. Le traitement de choix actuel de la localisation maxillaire de l'améloblastome est une exérèse radicale ^[1,2]. Cependant, une chirurgie conservatrice est parfois pratiquée en dépit du risque de récurrence élevé de la tumeur ^[3,4].

Le but de ce travail est de déterminer le rôle de l'exérèse conservatrice dans le traitement de l'améloblastome maxillaire sur la base de notre expérience et d'une revue de la littérature.

OBSERVATION

Cas 1. Un patient de 22 ans a été reçu pour une récurrence d'un améloblastome folliculaire à localisation maxillaire postérieure. La tumeur avait été traitée par une énucléation un an auparavant. Le traitement de la récurrence a consisté en une exérèse avec au moins 1 cm de marge de tissus péri lésionnels. A onze ans après cette dernière intervention, le malade n'a pas présenté de signes de récurrence de la tumeur.

Cas 2. Un patient de 26 ans a présenté une récurrence d'un améloblastome kystique du maxillaire à localisation antérieure. La lésion avait été traitée par une énucléation dix ans auparavant. Quatre ans après le traitement de la récurrence de la tumeur par une exérèse avec au moins 1 cm de marge de tissus péri lésionnels, aucune nouvelle récurrence n'a été constatée.

DISCUSSION

Le traitement de l'améloblastome maxillaire pose le difficile choix entre une chirurgie radicale et une exérèse conservatrice. La chirurgie radicale implique une maxillectomie partielle ou totale ^[1,5]. Elle est de l'avis de certains auteurs, un traitement excessif d'une tumeur avant tout classiquement bénigne ^[6,7]. Selon Feinberg et al, ceci est particulièrement vrai quand il s'agit de l'enfant chez qui une chirurgie mutilante pourrait compromettre la croissance faciale ^[5]. Ce point de vue est partagé par d'autres auteurs qui suggèrent une exérèse conservatrice de l'améloblastome chez l'enfant ^[3,8,9,10]. Le potentiel évolutif lent de

l'améloblastome et une surveillance rapprochée autorisent cette approche en attendant la fin de la croissance pour une exérèse radicale en cas de récurrence de la tumeur. Au maxillaire, une lacune unique fait évoquer de nombreuses lésions justiciables d'une exérèse conservatrice, au premier des quelles, un kyste ^[11]. Une biopsie pour un examen histologique avant l'exérèse de la lésion suspecte peut être de réalisation difficile en raison de sa situation profonde. Aussi, le diagnostic de l'améloblastome maxillaire peut n'être porté qu'à l'examen histologique de la pièce d'énucléation d'une lésion considérée au départ comme étant un kyste ^[1,11,12]. Selon certains auteurs, la localisation maxillaire antérieure de l'améloblastome est justiciable d'une chirurgie moins agressive que l'exérèse radicale car distante des structures vitales de la fosse infra temporale et de la base du crâne ^[7,13]. Pour d'autres, l'améloblastome unikystique de type 1 ou 2 de Ackerman ^[14] est justiciable d'une exérèse conservatrice et d'une surveillance car associé à un faible potentiel de récurrence ^[15]. En outre, l'exérèse radicale, en raison de l'altération de la qualité de vie à laquelle elle est associée, pourrait ne pas être acceptée par certains patients. Selon Sachs ^[7], beaucoup de patients opteraient pour une méthode conservatrice au prix d'une surveillance rapprochée et du traitement d'une récurrence de la tumeur plutôt que pour une exérèse radicale et une chirurgie réparatrice.

L'améloblastome bien qu'étant une tumeur bénigne sur le plan histologique, est cliniquement agressif. Ses caractéristiques cliniques sont considérées comme étant celles d'une tumeur bénigne et d'une tumeur maligne ^[3]. Des études de coupes de section d'améloblastome solide ou multikystique montrent la présence de cellules jusqu'à huit millimètres au-delà des limites radiologiques de la tumeur ^[16]. L'améloblastome unikystique de type 3 de Ackermann caractérisée par une infiltration tumorale de la paroi, a une agressivité comparable à celle de l'améloblastome solide ou multikystique ^[14]. La preuve de l'absence d'infiltration de la paroi de l'améloblastome unikystique ne peut être établie qu'après l'examen histologique de toute la pièce d'exérèse de la lésion ^[17]. En outre, la forme irrégulière d'une tumeur maxillaire postérieure ou la présence de racines dentaires intra-lésionnelles pourraient favoriser une exérèse incomplète de la tumeur après une énucléation ^[17,18]. L'utilisation de la cryothérapie au nitrogène liquide ou de la solution de Carnoy dont l'intérêt est rapporté après l'exérèse

conservatrice est non indiquée au maxillaire en raison des muqueuses nasale et sinusienne^[15,19]. Les rapports anatomiques du maxillaire confèrent à l'améloblastome maxillaire, particulièrement celui de sa localisation postérieure, un potentiel d'extension vers des structures anatomiques fonctionnelles ou vitales telles que l'orbite, la fosse infra temporale et la cavité crânienne. La chirurgie de la récurrence est potentiellement plus mutilante que l'exérèse radicale initiale, voire non salvatrice^[12,20]. L'exérèse itérative des récurrences de la tumeur augmente les risques de morbidité et de mortalité de ce traitement sous anesthésie générale. En outre, le renchérissement du coût du traitement de la maladie et les mutilations faciales répétées pourraient finir par être à l'origine d'une démission du patient, particulièrement, dans les milieux à ressources limitées. De même, bien qu'exceptionnelle, la dégénérescence maligne d'une récurrence de l'améloblastome avec des métastases pulmonaires est rapportée^[1].

CONCLUSION

Le traitement de choix de l'améloblastome du maxillaire est la chirurgie radicale. Aussi, l'exérèse conservatrice dans le traitement de cette tumeur ne devrait-elle se concevoir que chez l'enfant, les patients refusant la chirurgie radicale ou dans les formes unikystiques sans infiltration de la paroi. Elle devrait être impérativement associée à une surveillance post opératoire rapprochée.

RÉFÉRENCES

- 1- ZWAHLEN R.A, GRATZ K.W. Maxillary ameloblastomas: a review of the literature and of a 15-year database. *Craniomaxillofac Surg* 2002; 30: 273-9.
- 2- CARLSON E.R, MARX R.E. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical Management. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:484-94
- 3- HONG J, YUN P.Y, CHUNG I.H, MYOUNG H, SUH J.D et Al. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2007; 36: 283-8
- 4- HERTOOG D, VAN D.E.R WAAL I. Ameloblastoma of the jaws: A critical reappraisal based on a 40-years single institution experience. *Oral Oncol.* 2010;46;61-4.
- 5- FEINBERG S.E, STEINBERG B. Surgical management of ameloblastoma: Current status of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81 (4): 383-38.
- 6- UENO S, MUSHIMOTO K, SHIRASU R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:11-5.
- 7- SACHS S.A: Surgical excision with peripheral ostectomy. A definitive, yet conservative approach to the surgical management of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:476-83.
- 8- TANAKA N, MURATA A, YAMAGUCHI A, KOHAMA G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88:11-5.
- 9- AL-KHATEEB T, ABABNEH K.T. Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:13-8.
- 10- HUANG IY, LAI S.T, CHEN C.H, CHEN C.M, WU C.W, SHEN Y.H. Surgical management of ameloblastoma in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104:478-85.
- 11- LI T.J, WU Y.T, YU S.F, YU G.Y. Unicystic ameloblastoma: A clinicopathologic study of 33 Chinese patients. *Am J Surg Pathol* 2000;24(10):1385-92.
- 12- NASTRI A.L, WIESENFELD D, RADDEN B.G, SCULLY J.E.C. Maxillary ameloblastoma: A retrospective study of 13 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;33:28-32.
- 13- GARDNER D.G. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:161-6.
- 14- ACKERMANN G.L, ALTINI M, SHEAR M. The unicystic ameloblastoma: A clinicopathological study of 57 cases. *J Oral Pathol* 1988: 17: 541-46.
- 15- CHAPELLE K.A.O.M, STOELINGA P.J.W, WILDE DE P.C.M, BROUNS J.J.A, VOORSMIT R.A.C.A. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42:381-90.
- 16- CARLSON, E.R. Ameloblastoma. *Symposium on Odontogenic Tumors, AAOMS 82nd Annual Meeting and Scientific Sessions, San Francisco, CA, September 23, 2000*
- 17- LEE P.K, SAMMAN N, NG I.O. Unicystic ameloblastoma—Use of Carnoy's solution after enucleation. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004: 33: 263-67.
- 18- LAU S.L, SAMMAN N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:681-90
- 19- POGREL M.A, MONTES D.M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:807-12.
- 20- BREDEKAMP J.K, ZIMMERMAN M.C, MICKEL R.A. Maxillary Ameloblastoma A Potentially Lethal Neoplasm. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:99-104