

**PUBLICATIONS AFRICAINES D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

**REVUE INTERNATIONALE DU COLLEGE D'ODONTO-STOMATOLOGIE
AFRICAIN ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**



Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac ISSN 1817-552x

Juin 2019, Vol 26, N°2



**Juin 2019
Volume 26, Numéro 2**



**Éditions Universitaires
de Côte d'Ivoire**



ADMINISTRATION

COMITÉ D'HONNEUR

Pr Jacob VILASCO+, Pr Seydou Hamed TOURE+, Pr Huguette ROUX +,
Pr François AKA-GBLANH+, MCA Boniface Gérard NGOUONI +
Pr Samuel GADEGBEKU, Pr N'DIORO NDIAYE, Pr BAKAYOKO-LY Ramata,
Dr Maryvonne NGAPETH-ETOUNDI, Pr Allou ASSA, Pr Demba DIALLO, Pr Boubacar DIALLO,
Dr Abdoul Aziz YAM

COMITÉ DE RÉDACTION

Directeur de publication : Pr Aka Louka KATTIE

Rédacteur en chef : Pr Benjamin DJEREDOU

Rédacteurs en Chef Adjoints : Pr KONAN Emmanuel, MCA Jean-Claude N'CHO,
MCA Raphiou DIALLO

Secrétariat de la rédaction : MCA Lydie BEUGRE-KOUASSI, Dr Kouakou SOUAGA,
Dr Dominique NGUESSAN

Chargé de l'Espace Scientifique de la Revue (ESR) du COSA-CMF : Pr Emmanuel KONAN,
MCA Koffi Sylvain N'GUESSAN, MCA Aboudramane BAMBA

Secrétaire: Madame BLI Lou Christine (balelou2011@gmail.com; (00225) 41 033 324/08 287 434)

CORRESPONDANTS AFRIQUE

Bénin: Dr David DJOSSOU, UFR Odontologie, Faculté des Sciences de la Santé,
Université d'Abomey Calavi, Cotonou

Burkina Faso : MCA Tarcissus KONSEM et Dr Jocelyne GARE-KOPIHO CHU YO, Ouagadougou

Cameroun : MCA Charles BENGODO, Yaoundé

Gabon: MCA Alain MAKUNGU, Libreville

Guinée : MCA Raphiou DIALLO, CHU Conakry

Mali: MCA Hamady TRAORÉ, Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU-CNOS, Bamako

Niger : MCA Hamadou BOUKAR Hôpital Communal Niamey

Sénégal : MCA Mocktar GUEYE, Institut d'Odonto-Stomatologie, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar

Togo : Dr Palakina Jérémie AGODA, CNHU Lomé

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Akaï ADOU, Pr Viviane AKA-KOFFI, Dr Yves ALLARD, Pr Delman ASSI, Pr Ramata BAKAYOKO-LY,
Pr Henri-Michel BENOIST, Dr Rasmané BEOGO, Pr Jean-Bertin BEUGRE, Pr Emmanuel CREZOIT,
Pr Soukèye DIA-TINE, Pr Falou DIAGNE, Pr Boubacar DIALLO, Pr Pape Demba DIALLO,
Dr Raphiou DIALLO, Pr Benjamin DJEREDOU, Pr Babacar FAYE, Pr Daouda FAYE,
Pr Bernard GIUMELLI, Pr Aka Louka KATTIE, Pr Justin KOFFI, Pr Emmanuel KONAN,
Dr Tarcissus KONSEM, Pr Cheikh Mbacké LÔ, Pr Edmée MANSILLA, Pr Babacar
M'BODJ, Pr Emilienne N'CHO-OKA, Pr Ibrahim N'GOM, Pr Marie-Josée TANON-ANO, H,
Pr Babacar TOURE, Pr Liantsoa Fanja Emmanuel RALAIARIMANANA, Pr Adam SECK-DIALLO.

ADRESSE SOCIALE : UFR d'Odonto-Stomatologie, Université Félix HOUPOUET BOIGNY Cocody-Abidjan, 22 BP 612 Abidjan 22 Côte d'Ivoire
Tél: (00225) 22 44 75 80 - Mob : (00225) 05 68 96 74- E-mail : revuecosacmf@gmail.com / bdjeredou@yahoo.fr

Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo- Fac ISSN 1817-552x

SOMMAIRE

Éditorial

Molaires temporaires mandibulaires : étude des sites physiologiques de rhyzalyse chez le sujet mélanivoirien (KONÉ K et *al.*)

6 - 12

Cancers oro-maxillo-faciaux au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUÉDRAOGO de Ouagadougou (MILLOGO M et *al.*)

42 - 47

Biocompatibilité cellulaire des alliages à base de nickel et de cobalt utilisés en prothèse fixée : étude *in vitro*. (BINATÉ A et *al.*)

13 - 18

Améloblastomes : aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique à Cotonou (VODOUHÈ UB et *al.*)

48 - 54

Traitement prothétique fixé et réactions parodontales: enquête au service de prothèse du département d'odontologie de Dakar (THIOUNE N et *al.*)

19 - 23

Hernie post traumatique du corps adipeux de la joue : à propos d'un cas et revue de la littérature (LENGANE IN et *al.*)

55 - 57

Prise en charge de la douleur orofaciale au cabinet dentaire : enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes du Burkina Faso (GUIGUIMDÉ WPL et *al.*)

24 - 29

Modèle de mission de soins chirurgicaux maxillo-faciaux. A propos de la prise en charge de 1075 fentes labio-palatines (DIOP R et *al.*)

58 - 61

Maladies parodontales et diabète : où en sommes-nous aujourd'hui ? (KOUADIO KF et *al.*)

30 - 36

Les fractures de l'étage moyen de la face au CHU de Conakry (DIALLO OR et *al.*)

62 - 67

Aspects cliniques et diagnostiques des tumeurs bénignes de la muqueuse buccale : à propos de 60 cas colligés à l'hôpital général de Grand-Yoff de Dakar (GASSAMA BC et *al.*)

37 - 41

Chers amis,

La revue du Collège d'Odonto-Stomatologie Africain et de Chirurgie Maxillo-Faciale (COSACMF) est la première revue des spécialités de la tête et du cou, éditée et gérée entièrement en Afrique.

Depuis 26 ans qu'elle paraît, cette revue facilite les échanges et le dialogue entre praticiens de la sous-région et au-delà. C'est pourquoi, il est du devoir de chacun de nous de tout mettre en œuvre pour consolider cet outil de promotion de l'odontologie, de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale.

Ce numéro 2 du volume 26 du mois de juin 2019 aborde des thèmes divers et variés tels que les biomatériaux, la prothèse, la pédodontie, la parodontologie, la pathologie et la chirurgie oro-maxillo-faciale.

J'espère que le lecteur trouvera des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer dans sa pratique quotidienne.

Je voudrais adresser mon dernier mot aux auteurs : chers collègues, merci d'avoir consacré du temps, chacun dans sa discipline, pour nous faire part de votre expérience.

Très cordialement,

Prof El Hadj Babacar MBODJ

Professeur Titulaire en Odontologie

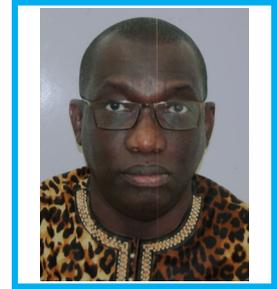
Agrégé de Prothèses Adjointes

Chef du Service de Prothèses

Directeur Adjoint de l'Institut d'Odonto-Stomatologie

Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie

Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Sénégal



AMÉLOBLASTOMES : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE À COTONOU

AMELOBLASTOMA : EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS IN COTONOU

VODOUHÈ UB¹, DO SANTOS ZOUNON A¹, HOUNKPATIN SHR², BÉHÉTON R¹,
BIO-TCHANÉ I¹, ADJIBABI W¹, YÉHOUESSI-VIGNIKIN B¹

1. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, 01 BP188 Cotonou, Bénin
2. Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, BP123 Parakou, Bénin



Correspondance : Ulrich Bidossèssi VODOUHÈ

Email : bidulrich@yahoo.fr

Tél : (+229)97-67-11-65/ 95-42-54-32

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif de l'étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'améloblastome dans un hôpital de Cotonou au Bénin.

Matériel et méthode : l'étude était transversale et descriptive. Elle a été réalisée à l'hôpital Saint Luc de Cotonou et a concerné les patients reçus et traités pour améloblastome entre le 1^{er} Janvier 2001 et le 31 Décembre 2016.

Résultats : En 16 ans, 47 patients atteints d'améloblastome des maxillaires ont été recensés, soit une prévalence de 03 cas par an. L'âge moyen des patients était de 31 ans avec des extrêmes de 15 ans et 64 ans. Le sex ratio était 0,62. Les manifestations cliniques de la maladie étaient dominées par les signes bucco-dentaires avec, en tête, la tuméfaction maxillaire (43 cas : 91,49%) et la mobilité dentaire (37 cas : 78,72%). L'améloblastome était multiloculaire dans 32 cas (68,09%) et uniloculaire dans 15 cas (31,91%). La corticale basale paraissait conservée chez 38 patients (80,85%). Le traitement a consisté en une chirurgie radicale dans 9 cas et une chirurgie conservatrice dans 38 cas. L'améloblastome était folliculaire dans 21 cas (44,68 %), plexiforme dans 14 cas (29,79%) et kystique dans 12 cas (25,53%). L'évolution a été favorable chez tous les patients.

Conclusion : L'améloblastome peut survenir à tout âge avec une prédilection pour le sujet jeune de sexe féminin. La prise en charge précoce est le gage d'un meilleur pronostic fonctionnel et esthétique.

MOTS-CLÉS : AMÉLOBLASTOME, ÉPIDÉMIOLOGIE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT.

ABSTRACT

Introduction: the aim of the study was to determine the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of the affection in one hospital of Benin.

Material and method: The study was transverse and descriptive. It was carried out at the hospital Saint Luc in Cotonou and related to the received and treated patients for ameloblastoma between January 1st 2001 and December 31st 2016.

Results: in 16 years, 47 patients reached for ameloblastoma of the jawbones were listed either a prevalence of 03 cases per year. The average age of the patients was 31 years with 15 years and 64 years as extremes. The sex ratio was 0,62. The clinical signs of the disease were dominated by the oral signs with jawbone's tumefaction on top: 43 cases (91,49%), followed by dental mobility: 37 cases (78,72%). The ameloblastoma was multilocular in 32 cases (68,09%) and unilocular in 15 cases (31,91%). The cortical basal appeared preserved for 38 patients (80,85%). The treatment was a radical surgery in 9 cases (19,15%) and conservative in 38 cases. Ameloblastoma was follicular in 21 cases (44,68 %), plexiform in 14 cases (29,79%) and cystic in 12 cases (25,53%). The evolution was favorable for all patients.

Conclusion: the ameloblastoma can occur at any age with a predilection for the female young subject. In Benin, the affection is seen tardily at consultation. The early management is the guarantee of a better functional and aesthetic prognosis.

KEY-WORDS: AMELOBLASTOMA, EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS, SURGERY.

INTRODUCTION

L'améloblastome ou adamantinome est une tumeur odontogène bénigne à fort potentiel récidivant et qui se développe aux dépens des maxillaires. Il représente environ 14 % des tumeurs et kystes des maxillaires [1,2]. C'est la tumeur odontogène d'origine épithéliale la plus fréquente avec d'importantes manifestations cliniques [3, 4, 5, 6]. L'affection représente 50 % des tumeurs odontogéniques avec pour siège de prédilection la mandibule [7]. Selon Vignikin-Yéhouessi et al à Cotonou en 2007 [8], les améloblastomes peuvent survenir à tout âge, mais ils semblent être l'apanage de l'adulte jeune. L'expression clinique fréquente est une tuméfaction de la mandibule qui peut être de consistance variable [8]. L'imagerie médicale permet d'orienter le diagnostic et d'en évaluer l'étendue. Le diagnostic de certitude de l'améloblastome est basé sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Le traitement de l'affection est chirurgical. Le protocole de prise en charge et la technique opératoire sont toutefois très discutés [9,10].

L'objectif de la présente étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'améloblastome dans un hôpital de Cotonou où la maladie est prise en charge.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude était transversale et descriptive. Elle a été réalisée à l'hôpital Saint Luc de Cotonou et a concerné les patients reçus et traités la première fois pour améloblastome entre le 1^{er} Janvier 2001 et le 31 Décembre 2016. Ont été inclus dans l'enquête, les patients dont l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire après la première exérèse, a confirmé le diagnostic d'améloblastome. Une fiche d'enquête pré-établie a permis de recenser les données contenues dans les dossiers médicaux des patients concernés. Ces dossiers ont été répertoriés au préalable dans les registres de consultation ORL et dans les registres des comptes rendus opératoires. L'améloblastome était évoqué devant la tuméfaction faciale ou endobuccale développée aux dépens des maxillaires ou de la mandibule. Les troubles de la mastication pouvaient aussi orienter vers le diagnostic. Un scanner du massif facial ou un orthopantomogramme a permis d'apprécier l'aspect des lésions (uni ou multiloculaire), leur siège, leur caractère lytique ou non et leur extension éventuelle aux organes de voisinage.

L'exérèse tumorale était l'acte chirurgical adopté dans tous les cas. Elle était dite conservatrice lorsqu'il s'agissait d'une exérèse tumorale large sans résection osseuse interruptrice. La chirurgie était dite radicale dans les autres cas. Dans ce type d'intervention, une reconstruction pourrait être nécessaire. La surveillance post-opératoire était basée sur l'examen clinique périodique et les contrôles radiographiques.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, le motif de consultation, le délai entre le début de la symptomatologie et la première consultation médicale, l'anamnèse, les signes radio-cliniques, le type de chirurgie effectué et l'évolution.

Les données recueillies ont été analysées avec les logiciels Epi info, SPSS version 3.0. L'étude s'est conformée à tous les principes éthiques applicables à la recherche médicale incluant des êtres humains. Un climat de confidentialité a été observé, les noms des patients n'ont figuré dans aucun document relatif aux résultats de cette étude.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Prévalence

En 16 ans, 47 patients atteints d'améloblastome des maxillaires ont été recensés soit une prévalence de 03 cas par an.

Age et sexe

L'âge moyen des patients était de 31 ans avec des extrêmes de 15 ans et 64 ans. Dix-huit patients étaient de sexe masculin. Les sujets de sexe féminin étaient au nombre de 29 soit 61,70%. Le sex ratio était 0,62. La figure 1 renseigne sur la répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge en année.

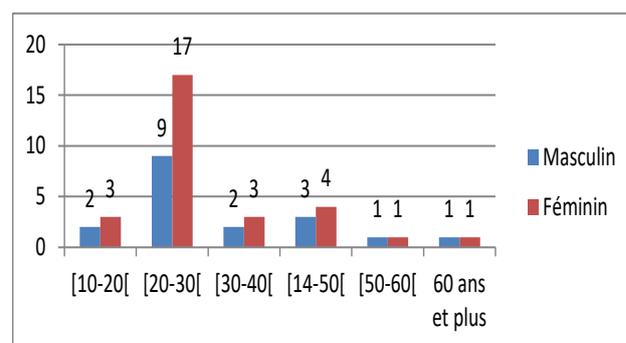


Figure 1: répartition des patients selon le sexe et l'âge en année.

Délai avant la consultation

Il était en moyenne de 04 ans avec des extrêmes de 03 mois et 08 ans.

Motif de consultation

Le tableau I résume les différents motifs de consultation enregistrés

Tableau I : répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	n	%
Tuméfaction faciale ou endobuccale	43	91,49
Douleur endobuccale	3	06,38
Trouble de la mastication	01	02,13
Total	47	100

SIGNES CLINIQUES

Les manifestations cliniques de l'améloblastome enregistrées, ont été réparties dans le tableau II en signes fonctionnels et signes physiques.

Tableau II : répartition des patients selon les signes cliniques de l'améloblastome

Signes fonctionnels	n	%
Déformation faciale	43	91,49
Douleur endobuccale	3	06,38
Trouble de la mastication	22	46,81
Douleur faciale	13	27,66
Hypoesthésie labio-mentonnaire	8	17,02
Otalgie réflexe	04	08,51
Signes physiques	n	%
Tuméfaction maxillaire	43	91,49
Mobilité dentaire	37	78,72
Trouble de l'articulé dentaire	33	70,21
Déplacement dentaire	28	59,57
Absence de dent	11	23,40
Limitation de l'ouverture buccale	29	61,70
Lésion gingivale ulcéro-bourgeonnante	14	29,79
Gingivorragie	12	25,53
Fistule cutanée	03	06,38
Rhinorrhée purulente	03	06,38

La tuméfaction était dure dans 40 cas (85,11%), ferme dans 4 cas (08,51%) et rénitente dans 3 cas (06,38%). La lésion était sensible à la palpation chez 38 (80,85%) patients et indolore chez 9 (19,15%) sujets. Elle mesurait plus de 4 cm de grand axe dans 43 cas (91,49%) et moins de 4 cm dans 4 cas (08,51%).

SIGNES RADIOLOGIQUES

Au total, 41 patients (87,23%) ont réalisé un orthopantomogramme chacun. Les six autres patients (12,77%) ont eu un scanner du massif facial. La tuméfaction était mandibulaire dans 45 cas (95,75%) et maxillaire dans 2 cas (04,25%).

Le tableau III renseigne sur la distribution des patients selon le siège de la tumeur.

Tableau III : répartition des patients selon le siège de la tumeur

Siège de la tumeur	n	%
Symphyse	19	40,43
Symphyse, parasymphyse et corps	12	25,53
Corps et angle	06	12,77
Hémimandibule	05	10,64
parasymphyse et corps	03	06,38
Tubérosité maxillaire	02	04,25
Total	47	100

L'améloblastome était multiloculaire dans 32 cas (68,09%) et uniloculaire dans 15 cas (31,91%). L'imagerie a permis d'objectiver des lyses de racine dentaire dans 41 cas (87,23%). La corticale basale paraissait conservée chez 38 patients (80,85%).

L'ostéolyse de la corticale basale était constatée chez 9 patients (19,15%) avec un envahissement des parties molles dans 3 cas (06,38%) et une effraction de la partie postérieure du ramus ou du bord basilaire dans 6 cas (12,77%).

Les figures 2, 3 et 4 illustrent une tumeur géante de la mandibule.



Figure 2 : vue de profil d'un patient présentant une volumineuse tumeur mandibulaire

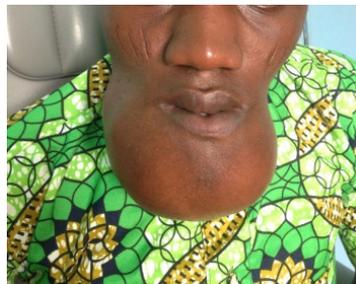


Figure 3 : vue de face d'un patient présentant une volumineuse tumeur mandibulaire



Figure 4 : orthopantomogramme montrant une large image uniloculaire avec lyse de la corticale basale

TYPE DE CHIRURGIE

Le traitement a été chirurgical dans tous les cas. Il a consisté en une chirurgie radicale par résection osseuse segmentaire interruptrice d'emblée chez tous les patients présentant une lyse de la corticale basale: 9 cas (19,15%). Une reconstitution de la mandibule a été réalisée avec un greffon iliaque dans 2 cas et une maxillaire vissée a été fixée dans 2 autres cas. Un traitement conservateur constitué d'énucléation avec curetage osseux sans solution de continuité a été effectué chez 31 patients (65,96%). Une résection non interruptrice a été réalisée dans 7 cas (14,89%).

RÉSULTATS HISTOPATHOLOGIQUES

L'améloblastome était folliculaire dans 21 cas (44,68 %), plexiforme dans 14 cas (29,79%) et kystique dans 12 cas (25,53%).

EVOLUTION

Pour les traitements conservateurs, l'évolution a été marquée par la récurrence de l'améloblastome dans 8 cas (17,02%). Une deuxième énucléation a été effectuée dans tous ces cas sans récurrence après un recul de plus de deux ans. Il n'y a pas eu de récurrence chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie radicale.

DISCUSSION

De cette étude, il ressort qu'en moyenne 3 cas d'améloblastome sont recensés par an. Cette incidence est proche de celles notées par d'autres auteurs tels que Vignikin-Yehouessi et *al* au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou au Bénin en 2007, Nitassi et *al* au Maroc en 2009, Bel Hadj Hassine et *al* en Tunisie en 2017, avec respectivement 2, 3 et 2 cas par an [8,11,12]. Cette faible prévalence appelle à la vigilance du praticien. Il ressort toutefois de l'étude de Nitassi et *al*, que l'affection est plus fréquente dans la population noire africaine [11]. L'âge moyen des patients était de 31 ans avec une prédominance entre 21 et 40 ans. Cette tranche d'âge de prédilection notée, rejoint celles d'études antérieures. En effet, des travaux de Olusanya et *al* [13] en 2013 au Nigéria, Oomens et Van der Waal [14] en 2014 en Hollande, il se déduit que la majorité des patients atteints d'améloblastome avaient entre 30 et 60 ans avec une moyenne d'âge approximative de 30,4 ans en Afrique, et 42,3 ans en Europe. Dans la série de Nitassi et *al*,

la moyenne d'âge était de 30 ans [11]. Bel Hadj Hassine et *al* [12] en Tunisie ont signalé une moyenne d'âge de 36 ans et ½. JahradHaq et *al* quant à eux ont noté une moyenne d'âge plus élevée qui est de 41 ans [15]. Certains auteurs en ont conclu que l'améloblastome survient essentiellement entre 30 ans et 40 ans avec une légère prédisposition pour les sujets de 20 à 35 ans [11]. Pourtant, les âges extrêmes dans cette série étaient 15 ans et 64 ans. Bel Hadj Hassine et *al* ont enregistré des patients de 3 ans et 75 ans [12]. JahradHaq et *al* ont identifié des extrêmes de 12 ans et 79 ans [15]. L'améloblastome peut donc survenir à tout âge, dès l'adolescence, malgré sa prédilection pour l'adulte jeune.

La prédominance était féminine dans cette série avec un sex ratio de 0,62. Ce constat est identique à celui fait par JahradHaq et *al* [15] de même que El bousaadani et *al* [16] qui avaient noté des sex ratio respectifs de 0,93 et 0,6 dans leurs études. La prédominance était aussi féminine chez Ba et *al* [17] qui avaient enregistré un sex ratio de 0,94. Par contre, Fomete et *al* ont noté une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,31 [18]. Laborde et *al* ont aussi signalé un sex ratio de 1,46 [19]. Nitassi et *al* [11] de même que Iyogun et *al* [4] quant à eux ont eu des sex ratio de 1. La prédominance de l'affection selon le genre varie donc d'une région à une autre. L'améloblastome semble néanmoins être l'apanage du sujet jeune de sexe féminin.

Le délai avant la consultation était en moyenne de 04 ans avec des extrêmes de 03 mois et 08 ans dans la présente étude. Ce délai, souvent long, ne permettait pas une prise en charge précoce de l'affection. En effet, les patients sont vus tardivement avec de volumineuses tumeurs. Selon les résultats de Bel Hadj Hassine et *al* [12], 30% des patients avaient consulté entre 1 et 5 ans après le début de la maladie. El Bousaadani et *al* [16] ont noté un délai moyen de consultation d'un an. Dans la série de Fomete et *al* [18], la durée d'évolution des symptômes variait entre 7 mois et un an.

La tuméfaction faciale ou endo-buccale était le principal motif de consultation dans cette étude. Ce signe était retrouvé au premier plan par Ba et *al* [17] avec 90,20% dans leur série. La tuméfaction était aussi le signe le plus fréquent enregistré par d'autres auteurs [11, 16, 18, 19]. C'est l'aspect inesthétique induit par la lésion qui amenait les patients à se rendre à l'hôpital. La douleur endobuccale a été signalée par 3 patients (06,38%) dans cette étude. Il s'agissait de douleur

survenue après manipulation à domicile de la tumeur avec des objets contondants. Il s'en était suivi une surinfection de la lésion. Les signes buccodentaires ont constitué la quasi-totalité des tableaux cliniques présentés. Ces manifestations de la maladie recensées, étaient identiques à celles enregistrées dans d'autres études [8, 16, 17, 20]. L'imagerie a joué un rôle essentiel dans le diagnostic de l'améloblastome. Elle a permis d'apprécier l'aspect des lésions, leur nombre et leur étendue intra osseux ou vers les organes de voisinage. L'ostéolyse peut également être évaluée sur les images radiologiques. Le type de chirurgie a pu être proposé à partir des résultats de l'imagerie. La mandibule était le siège de prédilection de l'améloblastome (95,75%) dans cette étude. Ce constat a fait l'unanimité dans d'autres études [4, 7, 8, 11, 17, 18, 20]. La topographie lésionnelle était très variable au niveau de la mandibule. Cependant, la localisation symphysaire était la plus recensée : 19 cas (40,43%). Les débris épithéliaux de Malassez issus de l'embryogenèse et de l'odontogenèse, puis non résorbés au niveau de la portion édentée de la mandibule pourraient en être la cause [20, 21]. Pour Nitassi et al [11], les 3 types d'images radiologiques observés dans l'améloblastome sont les lésions uniloculaires ou multiloculaires de la mandibule et une opacité au niveau du sinus maxillaire. La tomodensitométrie apporte une aisance au diagnostic par un bilan d'extension plus précis. Elle permet une analyse dans les 3 plans de l'espace avec les possibilités de faire des reconstructions osseuses surfaciques en 3 dimensions. Les lésions y ont souvent une allure tumorale à bords irréguliers et à contenus organisés en traversés par de fines lamelles osseuses isodenses [11]. L'améloblastome d'aspect multiloculaire a le plus fréquent dans cette étude : 32 cas (68,09%). Il en est de même dans d'autres travaux [4, 11, 20]. Le traitement conservateur comme choix thérapeutique a prédominé dans cette étude. Il était motivé par la volonté des patients qui, malgré les sensibilisations, préféreraient le traitement conservateur de peur d'avoir une déformation faciale majeure précoce et inesthétique. Pourtant, le traitement radical est le plus recommandé car il semble, à terme, moins mutilant que les traitements conservateurs répétés sur récurrence tumorale [20]. Dans la présente étude, les petites lésions de moins de 2 cm, traités par énucléation ou résection non interrompue, n'ont pas récidivé. Le traitement conservateur peut consister en une énucléation, une cautérisation, un curetage,

une cryothérapie ou une marsupialisation. Il a pour avantages d'engendrer une défiguration à un moindre degré et de préserver une meilleure qualité de vie post opératoire [10, 23]. Le traitement conservateur garde son indication lorsque les patients sont vus tôt. Pour Nitassi et al, le traitement conservateur doit être fortement recommandé chez l'enfant car le tissu osseux y est en pleine croissance [11]. Toutefois, un suivi régulier correct devrait être instauré. La taille de l'échantillon et l'absence d'une cohorte comparative ne permettent pas de conclure à l'efficacité de ce traitement dans cette série. Le traitement radical consiste en une résection avec perte importante de substance osseuse, responsable d'une solution de continuité. La fracture est corrigée par une reconstruction immédiate ou différée avec un greffon et une réhabilitation prothétique [10, 22]. Le traitement radical serait moins pourvoyeur de récurrence. Seuls des traitements conservateurs ont été source de récurrence dans cette étude. De plus, certains auteurs pensent que le risque de dégénérescence maligne est plus important dans les cas de chirurgie itérative [11]. La reconstruction a été immédiate chez les patients ayant eu un traitement radical dans cette série. Sur 9 indications de reconstruction, seuls 4 patients ont pu être réhabilités du fait d'un manque de moyens financiers pour honorer les reconstructions dans les autres cas. Il faut noter que, dans les 2 cas de fixation par plaque vissée, le matériel avait été offert aux patients. Dans leur série, Chukwunneke et al étaient confrontés au même problème [24]. Par conséquent, ils n'ont enregistré aucune reconstruction pour les 32 cas de résections interrompues réalisées. Fomete et al ont aussi signalé 9 cas de reconstruction sur 38 résections interrompues [18]. Selon Efiom et al, le taux relativement élevé des récurrences serait fonction des facteurs moléculaires étiologiques, de la qualité et de la précocité de la prise en charge [10]. En effet, plusieurs auteurs, à l'issue de leurs études, ont incriminé la dysrégulation moléculaire d'une protéine dans la survenue de l'améloblastome [25]. Il s'agit de la mitogen-activated protein kinase (MAPK). Le profil anatomopathologique de notre échantillon était constitué de lésions de type folliculaire (44,68%), plexiforme (29,79%) et kystique (25,53%). Ce profil histopathologique rejoint les résultats d'études antérieures [8, 20]. Dans la présente série, il n'y a pas eu d'améloblastome malin tel que décrit dans d'autres études [10].

CONCLUSION

L'améloblastome est une affection bénigne rare qui peut survenir à tout âge avec une pré-dilection pour le sujet jeune. L'affection est plus fréquente dans la population noire africaine. La prise en charge précoce est le gage d'un meilleur pronostic fonctionnel et esthétique. Les difficultés financières constituent un obstacle important en Afrique subsaharienne pour assurer un traitement adéquat. La forme folliculaire est la plus fréquente au Bénin. Lorsqu'elle est de grande étendue, la résection osseuse s'impose avec reconstruction par différents matériaux. L'usage de la fibula pour reconstruire la solution de continuité créée par le traitement radical reste le prochain défi à relever dans notre contexte d'exercice, du fait de son caractère moins onéreux.

RÉFÉRENCES

1. LASISI TJ, ADISA AO, OLUSANYA AA. Appraisal of jaw swellings in a Nigerian tertiary healthcare facility. *J Clin Exp Dent* 2013; 5: e42-7.
2. OGINI FO, STOELINGA PJ, AJIKE SA et al. A prospective epidemiological study on odontogenic tumours in a black African population, with emphasis on the relative frequency of ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015 ; 44: 1099-1105.
3. BASSEY GO, OSUNDE OD, ANYANECHI CE. Maxillofacial tumors and tumor-like lesions in a Nigerian teaching hospital: an eleven year retrospective analysis. *Afr Health Sci* 2014;14(1):56-63.
4. IYOGUN CA, UKEGHESON GE, OMITOLA OG. Evaluation of Histopathological Subtypes of Ameloblastoma in a Tertiary Institution in Southern Part of Nigeria. *International Journal of Oral & Maxillofacial Pathology*. 2014; 5(4):07-11.
5. LAWAL AO, ADISA AO, POPOOLA BO. Odontogenic tumours in children and adolescents: a review of forty-eight cases. *Ann Ib Postgrad Med* 2013; 11(1):7-11.
6. OCHICHA O, IYOGUN CA, OMITOLA OG et al. Odontogenic tumours in Kano; Northan Nigeria. *Afr J Oral Health* 2014; 4(1):9-13.
7. AHOSSI V, LARRAS P, PARIS M et al. Améloblastome unikystique plexiforme mandibulaire: à propos d'un cas. *Rev Odont Stomat* 2009; 38:53-63.
8. VIGNIKIN-YEHOUESSI B, FLATIN M, N'TIA F-W et al. Améloblastomes des maxillaires : aspects cliniques, radiologiques et histopathologiques en orl au CNHU de Cotonou (1980-2006). *Journal de la Société de Biologie Clinique*, 2007; 11 : 17-21.
9. KENNEDY WR, WERNING JW, KAYE FJ et al. Treatment of ameloblastoma and ameloblastic carcinoma with radiotherapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2016 ; 273: 3293-3297.
10. EFFIOM OA, OGUNDANA OM, AKINSHIPON AO, AKINTOYE SO. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. *Oral Diseases*, 2018 ; 24 : 307-16.
11. NITASSI S, BOULAADASS M, TOBI I et al. Ameloblastoma : diagnosis and treatment. Report of 26 cases. *Med Buccale Chir Buccale*, 2009; 15: 93-100.
12. BEL HADJ HASSINE M, OUALHA L, AYACHI S et al. Les améloblastomes : étude rétrospective. AOS, 2017 ; 284 : 1-6. Publication numérique consulté le 26 Février 2019 sur le site : <https://doi.org/10.1051/aos/2017044>.
13. OLUSANYA AA, ADISA AO, LAWAL AO et al. Gross surgical features and treatment outcome of ameloblastoma at a Nigerian tertiary hospital. *Afr J Med Med Sci*, 2013 ; 42: 59 -64.
14. OOMENS MA, VAN DER WAAL I. Epidemiology of ameloblastomas of the jaws; a report from the Netherlands. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2014; 19: e581-e583.
15. JAHRAD H, SARAH S, MARK M et al. Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2016; 54(9):1001-5.
16. EL BOUSAADANI A, BENBAKH Z, ABADA R et al. Améloblastome mandibulaire : série de cas. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2014 ; 131(4), Supplément October 2014, Page A125.
17. BA B, SINGARÉ D, DIALLO M et al. Ameloblastoma: a study of 51 cases. *Med Buccale Chir Buccale*, 2016; 22:7-11.
18. FOMETE B, ADEBAYO ET, OGBEIFUN JO. Ameloblastoma: Our clinical experience with 68 cases. *Journal of Orofacial Sciences*, 2014; 6(1): 17-24.
19. LABORDE A, NICOT R, WOJICKT et al. Améloblastome des maxillaires : prise en charge thérapeutique et taux de récurrence. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2017 ; 134 (1) : 6-1.
20. AGODA P, AMANA B, PEGBESSOU E et al. Ameloblastome mandibulaire: profil épidémiologique des sujets atteints. A propos de 30 cas dans le CHU Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé (Togo). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac*, 2015; 22(3): 14-22.

21. AGODA P, AMANA B, BOKO E et al. Les accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-CAMPUS de Lomé (TOGO) : *Rev Iv Odonto-Stomatol* 2009; 11 (1): 31-36.
22. SHEN YF, RODRIGUEZ ED, WEI FC et al. Aesthetic and functional mandibular reconstruction with immediate dental implants in a free fibular flap and a low-profile reconstruction plate: five-year follow-up. *Ann Plast Surg*, 2015; 74: 442-446.
23. DANDRIYAL R, GUPTA A, PANT S et al. Surgical management of ameloblastoma: conservative or radical approach. *Natl J Maxillofac Surg* 2011; 2: 22-27.
24. CHUKWUNEKE FN, AJUZIEOGU O, CHUKWUKA A et al. Surgical challenges in the treatment of advanced cases of ameloblastoma in the developing world: The authors' experience. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:150-5.
25. BROWN NA, BETZ BL. Ameloblastoma: a review of recent molecular pathogenetic discoveries. *Biomark Cancer* 2015; 7: 19-24.

Conflit d'intérêt: aucun.