

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS BÉNIGNES ODONTOGÉNIQUES : À PROPOS D'UN CAS D'ODONTOME MANDIBULAIRE

BENIGN ODONTOGENIC TUMORS MANAGEMENT: ABOUT A CASE OF MANDIBULAR ODONTOMA

BANCOLE POGNON S A¹, TAMBA B², GASSAMA BARRY B² C, KOUNTA A², BA A², DIA TINE S², DIALLO B.²

1 : Service de Stomatologie CNHU Cotonou 01 BP 386 Cotonou (Bénin)

2 : Service de Chirurgie buccale, Département d'Odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie Dakar (Sénégal)

Correspondance : Dr Sylvie Arlette BANCOLE POGNON

Service de Stomatologie, Centre National Hospitalo-Universitaire de Cotonou, Bénin

Courriel : pobasfr@yahoo.fr ; adresse postale : 02 BP 1376 Cotonou Bénin

RÉSUMÉ

Les tumeurs bénignes odontogéniques des maxillaires constituent un groupe hétérogène comprenant plusieurs entités qui diffèrent de par leur histologie. Parmi elles, on peut citer les odontomes qui, selon l'OMS, existent sous 2 formes : l'odontome composé plus couramment retrouvé dans la région antérieure du maxillaire et l'odontome complexe, habituellement localisé dans la région postérieure de la mandibule. Qu'il s'agisse d'odontome simple ou composé, leur découverte peut être fortuite ; toutefois, ils peuvent se révéler par une tuméfaction ou par un retard d'éruption dentaire.

Le diagnostic présomptif, en dehors des signes cliniques souvent frustes, repose essentiellement sur la radiographie qui renseigne sur la tonalité de l'image, son contour, le caractère mono ou polygéodique et les signes dentaires. L'odontome se présente à la radiographie sous la forme d'une masse radio-opaque, entourée d'un liseré très net avec de minuscules éléments bien individualisés. Le traitement est chirurgical et l'évolution est sans récurrence si l'énucleation est complète.

Dans ce travail, il est rapporté un cas d'odontome de la région mandibulaire antérieure observé chez un enfant de 12 ans et traité chirurgicalement. Le but de cette étude est de mettre en exergue d'une part, la nécessité de rechercher une tumeur odontogénique devant toute absence de dent non extraite et d'autre part, attirer l'attention sur l'apport de la radiographie panoramique dans le diagnostic présomptif de ces tumeurs et leur traitement chirurgical dominé essentiellement par l'énucleation.

MOTS CLÉS : TUMEURS BÉNIGNES ODONTOGÉNIQUES, RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE, ODONTOME COMPOSÉ.

SUMMARY

The benign odontogenic tumors of mandibular, constitute a heterogeneous group comprising several entities that differ by their histology. Among them, one can quote the odontoma which according to the WHO, are available in 2 forms: the compound odontoma more commonly found in the anterior part of the maxillary and the complex odontoma usually located in the posterior region of the mandible. Whether it be odontoma simple or compound, their discovery may be coincidental; however they can be by a swelling, or by a delay of dental eruption.

The presumptive diagnosis, outside of the clinical signs often rough, is primarily based on the ray, which provides information on the tone of the image, its contour, the character mono or polygeodic dental and the signs. The odontoma is presented to the radiography in the form of a radio opaque ground surrounded by a border of net with tiny individualized elements well. The treatment is surgical and the evolution is without recurrence if the exeresis is complete.

We report in this work a case of anterior mandibular odontoma observed in a child of 12 years old and treated surgically. The purpose of this study is to highlight on the one hand the need to search for a odontogenic tumor in front of any absence of non-tooth extracted and on the other hand attract the attention on the contribution of the panoramic radiography in the presumptive diagnosis of these tumors and their surgical treatment dominated mainly by the enucleation.

KEYWORDS: BENIGN ODONTOGENIC TUMORS, PANORAMIC X-RAY, COMPOUND ODONTOMA.

INTRODUCTION

Les odontomes sont des tumeurs bénignes odontogéniques mixtes, composés d'un épithélium odontogénique proliférant dans un tissu ecto-mésenchymateux cellulaire. Ils résultent d'anomalies de développement et ne sont pas d'authentiques tumeurs [2]. Tous les tissus dentaires mous et minéralisés y sont représentés.

La plupart des odontomes sont diagnostiqués chez l'enfant au cours de la deuxième décennie. La localisation à la région antérieure des maxillaires est habituelle, environ 60% des cas [3].

Selon la classification de l'OMS, il en existe deux types : l'odontome composé et l'odontome complexe [1].

Le traitement classique est l'énucléation chirurgicale. On n'observe généralement pas de récurrence si l'énucléation est complète.

Il est rapporté dans ce travail, un cas d'odontome de la région mandibulaire antérieure observé chez un enfant de 12 ans et traité chirurgicalement. Dans ce cas clinique, ce sont surtout la tuméfaction, la rétention dentaire et les signes radiologiques qui ont permis aux auteurs de poser un diagnostic présomptif.

Le but de ce travail est, d'une part, de mettre en exergue la nécessité de rechercher une tumeur odontogénique devant toute absence de dent non extraite et d'autre part, attirer l'attention sur l'apport de la radiographie panoramique dans le diagnostic présomptif de ces tumeurs et leur traitement chirurgical dominé essentiellement par l'énucléation.

OBSERVATION

Abd. D., garçon de 12 ans, a été référé par son chirurgien dentiste traitant pour la prise en charge d'une tumeur de la mandibule.

L'examen clinique avait permis de constater une tuméfaction discrète, accompagnée d'un léger comblement vestibulaire, sans signes inflammatoires.

Quant à la radiographie panoramique, la seule incidence disponible, elle a montré une opacité disharmonieuse, de siège mandibulaire antérieur, constituée par l'accumulation de multiples corps dentaires rudimentaires (figure 1). L'ensemble était cerné par un halo clair aux contours bien définis au dessous desquels la 33 était bloquée.

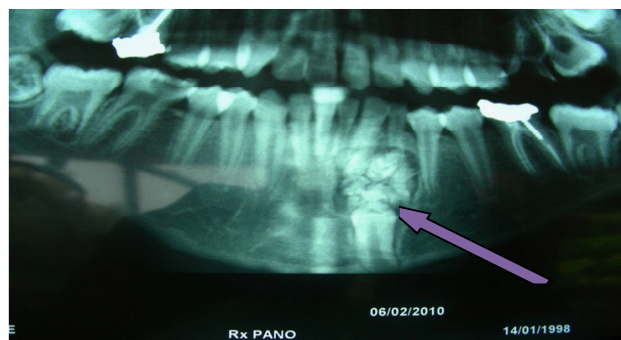


Figure 1 : panoramique révélant la tumeur

Le traitement chirurgical a été décidé et pratiqué sous anesthésie loco-régionale et sous couverture antibiotique et antalgique.

L'acte opératoire a consisté en une incision intrasulculaire vestibulaire, allant de la 42 à la 35, avec deux incisions de décharge mésiale (face distale 42) et distale (face mésiale 35). Un lambeau de pleine épaisseur a été récliné; il a permis de découvrir la corticale externe déjà soufflée par endroit et la capsule tumorale accolée à la muqueuse. L'ablation du reste de la corticale non lysée a été faite à la fraise. La capsule a été ouverte et 19 dents miniatures ont été extraites au total (figure 2). La 33 a ensuite été extraite; elle était située sur le rebord basilaire de la mandibule en position très vestibulaire avec une coudure apicale très prononcée et bifide. Tous les débris de la capsule tumorale et du tissu osseux ont été éliminés à la curette. La cavité tumorale a été nettoyée et le lambeau repositionné et suturé par des points de Blairs au niveau des papilles et des points séparés au niveau des incisions de décharge. Les conseils post-opératoires ont été donnés aux parents: poursuite du traitement médicamenteux, vessie de glace.

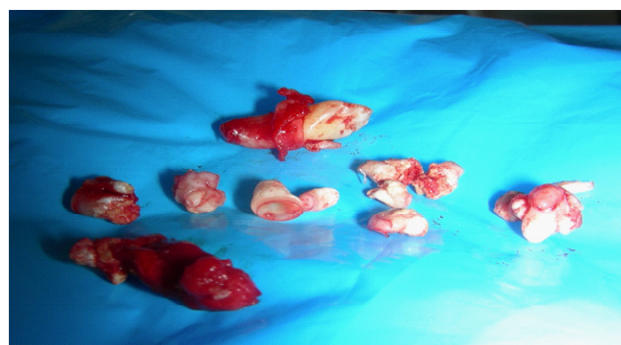


Figure 2 : pièce opératoire

Les visites de contrôle post – opératoires effectuées à J 3, J 7 et J 15 ont permis de constater après l'ablation des fils de suture une évolution favorable. Dix huit mois après l'intervention, l'enfant a été référé à un service d'orthodontie pour prendre en charge la dysharmonie consécutive à l'absence de la 33. Il n'y a pas eu de suites opératoires à type d'inflammation, d'infection ou de récurrence.

COMMENTAIRES

Les odontomes composés ou simples font partie d'un groupe plus large de tumeurs bénignes odontogéniques dont plusieurs classifications ont été proposées. Parmi ces tumeurs, l'on distingue celles dites épithéliales sans induction de mésenchyme avec en tête de file, en Afrique, l'améloblastome qui est défini comme une tumeur bénigne invasive siégeant dans 80% des cas à la mandibule. En effet, dans ce continent, selon des études antérieures, l'améloblastome reste le type histologique de tumeurs odontogéniques le plus fréquemment rencontré avec des prévalences allant de 63 à 95,7% selon les pays ^[4-9].

Quant aux odontomes, certains auteurs dans des études faites essentiellement dans les pays du Nord, les considèrent comme les tumeurs bénignes odontogéniques les plus répandues avec une fréquence variant de 22% à 45% ^[10-13]. L'odontome composé reste le plus fréquent 55% à 77% ^[12-14]. Dans la sous région ouest africaine, les odontomes sont relativement rares.

Les odontomes peuvent être vus à tous les âges, mais leur pic de survenue est plus élevé au cours de la deuxième décennie. Pour Sanchez et al. ^[11], les odontomes composés seraient diagnostiqués à des âges plus précoces que les odontomes complexes. Généralement asymptomatiques ^[15], les odontomes sont de découverte fortuite sur une radiographie ^[2,11]. Mais, ils peuvent être symptomatiques ou se manifester par une tuméfaction ou par l'absence d'une dent définitive sur l'arcade et située dans une position ectopique du fait de l'odontome.

Le défaut d'éruption dentaire qui peut être constaté dans 48% des cas est parfois le principal motif de consultation rapporté ^[10,11]; tel était le cas du patient de cette observation. Il doit faire rechercher une tumeur odontogénique. En effet, l'odontome interfère fréquemment avec l'éruption dentaire ^[11, 15]. L'odontome composé a souvent été cité parmi les étiologies des retards d'éruption des dents du bloc incisivo-canin ^[16, 17].

Le volume de l'odontome composé est très variable. Lorsqu'il est très important, il fait souvent obstacle à la migration des germes normaux et déplace les dents évoluées ^[18].

Quoi qu'il en soit, seule l'histologie permet d'avoir une certitude diagnostique ; néanmoins l'imagerie demeure un excellent moyen d'exploration avant la chirurgie. Certes, l'idéal aurait été d'avoir dans le bilan radiologique, en plus de la panoramique, un scanner facial. Dans ce cas, nous nous sommes basés sur la radiographie panoramique qui était suffisamment explicite pour nous montrer (figure 1):

- une image radiologique témoignant de la composante odonto-cémento ou ostéo-cémento formatrice de la tumeur ;

- un contour avec une bordure nette, soulignée d'une ligne épaisse et surtout une multitude de corps dentaires rudimentaires.

Cette image est similaire à celle décrite par Lézy et al. ^[19] de l'odontome comme une image radio-opaque incluse dans un maxillaire qui peut se présenter sous forme d'une accumulation « de dents miniatures » plus ou moins disharmonieuses (odontome composé) ou de nodules radio-opaques souvent associés à une dent incluse (odontome complexe).

La radiographie panoramique peut être optimisée dans nos services où le scanner n'est pas toujours disponible par certaines précautions techniques, notamment par le fait de mettre le patient en bout à bout incisif, de coller sa langue au palais et enfin d'effacer la lordose cervicale. Certes, ces artifices sont du ressort du technicien de radiologie, mais ils permettent d'éviter la projection des vertèbres cervicales sur la partie mandibulaire antérieure et de réduire la clarté aérienne du cliché.

Histologiquement, l'odontome composé est limité par une capsule qui renferme de multiples petites dents constituées chacune de tissus minéralisés (émail, dentine et cément) et de pulpe dentaire ^[2].

Le traitement de choix de l'odontome, surtout quand il interfère avec l'éruption d'une dent permanente ou déplace une dent adjacente, est l'exérèse chirurgicale sous anesthésie générale ou de préférence locale avec voie d'abord endo- buccale ^[12]. L'option chirurgicale majeure qu'est l'enucléation peut, dans certains cas, être associée à la chirurgie orthodontique afin de permettre une

mise en place éventuelle de la dent incluse sur l'arcade si elle n'est pas ankylosée. Cela suppose une collaboration pluridisciplinaire où chaque praticien évaluera les difficultés, les contraintes et les chances de succès d'un tel traitement.

La récurrence des odontomes est rare si l'exérèse est complète. L'exérèse de la tumeur était complète chez le patient présenté dans ce travail, ce qui laisse espérer que les risques de récurrence sont minimes.

CONCLUSION

Les odontomes sont des tumeurs relativement rares dans nos régions. Toutefois, l'absence chez un patient d'une dent sur l'arcade, quand elle n'a pas été extraite, doit faire évoquer le diagnostic de tumeur odontogénique jusqu'à preuve du contraire. Le traitement de choix de cette tumeur est son exérèse chirurgicale complète pour minimiser les risques de récurrence et espérer l'éruption de la dent retenue. Toutefois, le schéma thérapeutique idéal serait la possibilité d'une thérapeutique pluridisciplinaire (chirurgie buccale, orthodontie, parodontie) bien planifiée.

REFERENCES

1. KRAMER I.R.H., PINDPORG J.J., SHEAR M. Histological Typing of Odontogenic Tumour. WHO. *International Histological Classification of Tumours; Second Edition* ; Berlin Springer 1992 : 16-21.
2. LE CHARPENTIER Y., AURIOLE M., « Histopathologie bucco-dentaire et maxillo faciale » Masson Paris 1997 : 30-31
3. PIETTE E, GOLDBERG M., « La dent normale et pathologique » France De Boeck 2001 : 350-351
4. PARKINS GE, ARMAH G, AMPOFO P. Tumours and tumour-like lesions of the lower face at Korle Bu Teaching Hospital, Ghana-an eight year study. *World J Surg Oncol*. 2007 May; 75: 48.
5. LADEINDE AL, AJAYI OF, OGUNLEWE MO, ADEYEMOWL, AROTIBA GT, BAMBOSE BO, AKINWANDE JA. Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005 Feb ; 99 (2) : 191-5.
6. CHIDZONGA MM, LOPEZ PEREZ VM, PORTILLA ALVAREZ AL. Ameloblastoma: the Zimbabwean experience over 10 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 Jul ; 82 (1) : 38-41.
7. ADEBAYO ET, AJIKE SO, ADEKEYE EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Dec ; 63 (12) : 1786.
8. SIMON EN, MERKX MA, VUHAHULA E, NGASSAPA D, STOELINGA PJ. A 4 year prospective study on epidemiology and clinicopathological presentation of odontogenic tumors in Tanzania. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005 May ; 99(5) : 598-602.
9. KPEMISSI E, AMANA B, TCHANDANA K Tumeurs mandibulaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, à propos de 91 cas. *Mali Médical* 2009 ; 24(3) : 47-52
10. TOMIZAWA M, OTSUKA Y, NODA T., "Clinical observations of odontomes in Japanese children : 39 cases including one recurrent case" – *International journal of paediatric Dentistry* 2005 ; 15(1) : 37-43
11. SÁNCHEZ O H, LECO BERROCAL M I, MARTÍNEZ GONZÁLEZ J M., « Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomes » *Med Oral P Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Nov 1 ; 13(11) : 730-4.
12. DAGISTAN S, GOREGEN M, MILOGLU Ö, « Compound odontoma associated with maxillary impacted permanent central incisor Tooth: a case report » *The Internet Journal of Dental Science*. 2007 ; 5(2)
13. LEBEAU J. ET COLL. « Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie » Elsevier Masson Paris 2009 : 82
14. LESCLOUS PH, MARTINEAU C., « Dents surnuméraires et odontomes conduites à tenir ». *Réalités cliniques* 1995, 3 : 341-349
15. BALLY J, SECKINGER C, MANGIARDI E, ANASTASIO D., "Approche chirurgicale et pré orthodontique face à une incisive centrale retenue par un odontome complexe. A propos d'un cas » *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 2010, 249 : 59-67
16. DOSTIE A, FRECHETTE J P, CHEHADE A J., « La revue des tumeurs odontogènes » *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* 2008 ; 45 : 418
17. CHHOUL H, TALEB B, EL ALLOUSSI M, EL WADY W, AMEZIAN R., "La rétention de l'incisive centrale : étiologies locales, approches diagnostiques et thérapeutiques" Faculté de Médecine dentaire de Rabat Université Mohamed V www.fmdrabat.ac.ma/mjd/N1/pedodontie, consulté le 08/04/2010
18. CAVEZIAN R, PASQUET G, BEL G, BALLER G., "Imagerie dento-maxillaire : approche radio clinique" Masson Paris 2006 : 100-101
19. LEZY J P, PRINC G., « Pathologie maxillo faciale et stomatologie » Masson 3ème édition 2003 : 131