



Cas Clinique

Tumeur Odontogène Adénomatoïde Extra-folliculaire

Odontogenic adenomatoid extrafollicular tumor: a case report

Essama Eno Belinga L^{1,2}, Nokam Abena ME³, Nganwa Djiakam G¹, Engbang Ndamba JP¹, Abeng Mbozo'o E¹, Ngowe Ngowe M¹, Bengondo Messanga C³.

ABSTRACT

Nous rapportons les aspects diagnostique, thérapeutique et pronostique d'une tumeur maxillaire chez une jeune femme reçue au service de stomatologie de l'Hôpital Général de Douala au Cameroun. Un examen clinique rigoureux, une investigation radiographique ainsi qu'un examen anatomopathologique ont permis de poser le diagnostic de certitude de tumeur odontogénique adénomatoïde extra-folliculaire. Le traitement a consisté en une énucléation chirurgicale complète de la tumeur sous anesthésie locale. Une radiographie postopératoire à 3 mois a montré un comblement satisfaisant du défaut osseux sans récurrence.

RÉSUMÉ

We report diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of a maxillary tumor in a young female seen in the stomatology department of the Douala General Hospital in Cameroon. Comprehensive approach based on clinical, radiological and histopathological findings allowed a definitive diagnosis of odontogenic adenomatoid extrafollicular tumor. Treatment consisted of complete surgical enucleation under local anesthesia. Three months later, postoperative X-ray showed satisfactory filling of the bone defect without recurrence.

1 : Faculté de Médecine et de Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala,
2 : Hôpital Général de Douala,
3 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I

Auteur correspondant : Dr Essama Eno Belinga Lawrence
Université de Douala Cameroun BP : 2701, Douala, Cameroun
Hôpital Général de Douala, BP : 4856, Douala, Cameroun
Téléphone : 00 237 651 43 13 13
Adresse e-mail : laubell@yahoo.fr

Mots clés : Tumeurs Odontogènes, Tumeur Odontogène Adénomatoïde.

Keywords : Odontogenic Tumors, Adenomatoïd Odontogenic Tumor.

INTRODUCTION

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) est une tumeur épithéliale bénigne comportant des structures pseudo-canalaires (*duct-like structures*)¹. C'est une tumeur rare représentant moins de 5% des tumeurs odontogènes¹⁻¹². Largement décrite chez le sujet caucasien, elle a fait l'objet de peu de publications chez le sujet noir africain²⁻¹¹.

La TOA se caractérise par des lésions d'évolution lente, pouvant atteindre des formes volumineuses avec des répercussions sur le plan esthétique, fonctionnel et des difficultés de prise en charge des formes volumineuses dans notre contexte^{5,6,8,9}.

Le diagnostic positif est avant tout histologique. Trois variantes ont été décrites du point de vue clinique et radiologique selon la localisation intra ou extra-osseuse de la TOA à savoir les variantes folliculaire, extra-folliculaire et périphérique¹⁻¹¹. Nous rapportons ici les aspects diagnostique, thérapeutique et pronostique d'une Tumeur Odontogénique Adénomatoïde Extra-Folliculaire à l'Hôpital Général de Douala (HGD) au Cameroun.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 27 ans s'est présentée au service de stomatologie de l'HGD pour une tuméfaction maxillaire, non douloureuse évoluant depuis 03 mois. L'interrogatoire n'a pas relevé d'antécédents

médicamenteux, médicaux et chirurgicaux particuliers. Aucune intoxication alcoolo-tabagique n'a été rapportée. A l'examen clinique exobuccal, nous avons objectivé une asymétrie faciale, avec une déformation de la lèvre supérieure associée à une tuméfaction maxillaire antérieure. La sensibilité des lèvres était conservée. La palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales était sans particularité.

L'examen endobuccal a révélé une tuméfaction vestibulaire antérieure comblant le vestibule et siégeant dans la région incisivo-canine de l'hémi-maxillaire gauche. La muqueuse en regard était de couleur normale, lisse, tendue, souple suggérant une soufflure de la corticale vestibulaire. La patiente avait une hygiène bucco-dentaire moyenne avec un indice d'hygiène orale (*oral hygiene index*) de 1,5, elle était en denture permanente avec 32 dents en bouche. Une mésioversion de la couronne de la dent 22 a été notée. Le test de vitalité au froid des dents se trouvant au niveau du bloc incisivo-canin supérieur était positif. La patiente ne présentait aucune carie.

Une radio panoramique dentaire a été effectuée et a montré une lésion uniloculaire radioclaire siégeant entre les racines des dents 21 et 22 par ailleurs non résorbées ; de même le refoulement en distale de la racine de la dent 22 a également été objectivé. Au terme de l'examen clinique et radiologique le diagnostic présomptif était en faveur d'une tumeur maxillaire odontogène bénigne.

Le traitement a consisté à une énucléation chirurgicale complète de la tumeur sous anesthésie locale puis un lavage de la cavité au sérum salé et des sutures avec des fils 4:0 non résorbables ont été réalisés. La patiente étant prise en charge en ambulatoire une prescription médicamenteuse antibiotique (Amoxicilline 2g/jour pendant 07jours) a été faite afin d'éviter toute infection post chirurgicale. Un antalgique et un bain de bouche ont également été prescrits (paracétamol codéiné 600mg/50mg à raison de 1cp 3x/ jour pendant 05 jours, puis des bains de bouche à la chlorhexidine 0,2% 2x/ jour pendant 08 jours).

La pièce opératoire a été immédiatement fixée dans un flacon contenant du formol puis envoyée pour un examen histo-pathologique. Les résultats de l'examen étaient en faveur d'une TOA Extra-folliculaire. L'histopathologie a montré une prolifération tumorale encapsulée solide (1x0,8x0,8 cm) faite de cellules épithéliales arrondies ou cuboïdes disposées en nappes et formant par endroit des structures glandulaires. Il s'y associait des cellules hyper chromatiques sans atypies. Le stroma fibreux était moyennement vascularisé sans micro-calcifications.



Figure 1 : Tuméfaction région incisivo-canine hémimaxillaire gauche et mésio-version de la couronne de la 22.



Figure 2 : Orthopantomogramme standard : Image radiolaire uniloculaire siégeant entre les racines des dents 21 et 22 et divergeant la racine de la 22.



Fig 3 : Voie d'abord vestibulaire gauche et exérèse chirurgicale de la tumeur.



Figure 4 : Pièce d'exérèse : Tumeur encapsulée

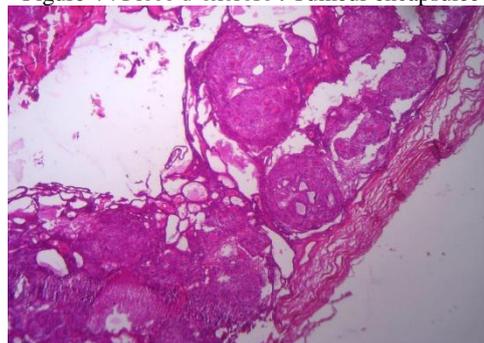


Figure 6a

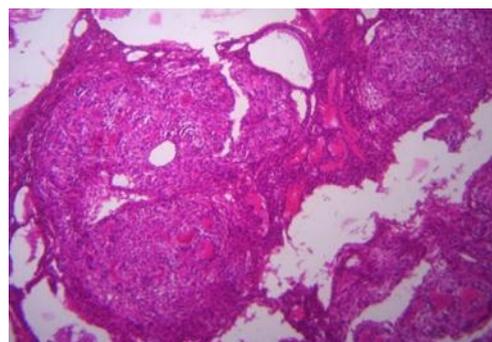


Figure 6b

- a- Coupe histologique montrant une prolifération épithéliale constituée de petites cellules arrondies ou cuboïdes disposées en nappes ou structures glandulaires (Hemateine-Eosine X 4)
b- : Hemateine- Eosine X 40

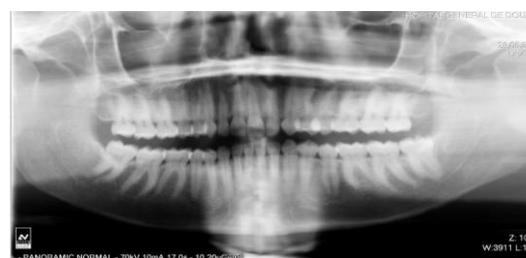


Figure 7 : Orthopantomogramme standard : Cicatrisation osseuse à 3 mois du défaut entre les racines des dents 21 et 22, repositionnement axial de la dent 22

Les suites opératoires ont été simples. Un suivi du patient a été réalisé et une radiographie postopératoire à 3 mois a révélé une cicatrisation osseuse satisfaisante sans récurrence.

DISCUSSION

La dénomination de TOA a été proposée par Philipsen et Birn en 1969 et adoptée pour la première fois dans la première édition de 1971 de la Classification histologique internationale des tumeurs odontogènes, des kystes et des lésions apparentées du maxillaire^{1,2}. D'autres dénominations ont été utilisées par le passé pour définir cette lésion, à savoir tumeur adénomatoïde améloblastique, adénoaméloblastome, adamantinome. Introduites dans la nouvelle classification des maladies parodontales les tumeurs odontogènes correspondent aux troubles systémiques pouvant entraîner une perte de tissu parodontal en l'absence de parodontite¹³.

Trois variantes ont été décrites du point de vue clinique et radiologique selon la localisation intra ou extra-osseuse de la TOA à savoir les variantes folliculaire, extra-folliculaire et périphérique^{2,3,6,7}. La variante folliculaire, plus fréquente est en rapport avec une dent incluse et apparaît à la radiographie comme une image uniloculaire radio-transparente, bien limitée, circonscrite par une paroi radio-opaque associée à une dent incluse, le plus souvent la canine maxillaire permanente. La variante extra-folliculaire moins fréquente, n'est pas en rapport avec les dents. Elle se présente à la radiographie comme une lésion radio-transparente située entre, au-dessus ou superposée aux racines des dents adjacentes à la tumeur et qui peuvent être résorbées ou non. La variante périphérique, rare, correspond à une lésion extra-osseuse située au niveau des tissus mous.

Les travaux de Chrcanovic en 2019 ont rapporté un effectif de 739 cas folliculaire, 247 cas extrafolliculaire et 30 cas périphérique parmi 1558 cas colligés³. Shimari et al en 2017 rapportent sur une série de 14 cas, 9 cas folliculaires, 3 cas extra-folliculaire siégeant entre les racines des dents et 2 cas périphériques extra-osseux³. En 2016 Adisa et al au Nigeria retrouve 40 cas extra-folliculaire, 20 cas extra-folliculaire et 1 cas périphérique extra-osseux parmi les 61 cas colligés⁷. Arotiba et al en 1997 ont retrouvé un effectif de 39 Cas folliculaire et 13 cas extrafolliculaire et 1 cas périphérique parmi les 57 cas colligés⁶.

La TOA touche le sujet jeune, avec une prédominance féminine. Chrcanovic et al ont rapporté un âge moyen de 16,3±6.0 ans des sujets présentant la forme folliculaire, 23,9±12.0 pour ceux présentant la forme extrafolliculaire et 16,5±7,1 pour la variante périphérique³. Dans cette étude, la variante extrafolliculaire était plus représentée chez les femmes (64,8%) que les hommes (35,2%). Adisa et al au Nigeria ont rapporté un âge moyen de 24,7 ± 11,9 ans chez les personnes présentant une TOA extrafolliculaire avec un sexe ratio homme : femme de 8:12⁷. Arotiba et al rapporte quant à eux un âge moyen de 20,39 ± 13,8 ans et un sexe ratio femme : homme de 1,6:1 chez les personnes noires africaines présentant une TOA extrafolliculaire⁶.

Le siège de prédilection de la TOA est maxillaire antérieur et les lésions sont la plupart des cas asymptomatiques. La présence de perforation osseuse corticale, de résorptions ainsi que des déplacements dentaires ont également rapporté³⁻¹¹.

Chrcanovic et al ont rapporté une localisation maxillaire dans 61,8% des cas dont 52,4% pour la variante extrafolliculaire³; dans cette étude 86,7% des cas extracellulaires étaient asymptomatiques, 47,6% présentaient une résorption de la corticale osseuse et 79,7% ne présentaient pas de résorption radiculaire des dents adjacentes à la tumeur. Adisa et al au Nigéria ont rapporté une localisation maxillaire des TOA Extrafolliculaire dans 35% des cas contre 65% des cas à la mandibule⁷. Les travaux d'Arotiba et al en 1997 sur 57 cas ont retrouvé une symptomatologie caractérisée par une tuméfaction douloureuse dans 85% des cas ainsi que des plaintes à type de blocage nasal⁶; dans cette étude, la forme extrafolliculaire avait une localisation mandibulaire dans 69,2% des cas. Le blocage nasal observé dans les travaux d'Arotiba s'expliquerait par l'extension tumorale au niveau de la région nasale d'où l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoce de ces tumeurs.

Le cas décrit ici correspond du point de vue clinique et radiologique à la variante extrafolliculaire de la TOA.

Sur le plan histologique les TOA sont des tumeurs encapsulées se caractérisant par la présence, de cellules épithéliales arrondies ou cuboïdes disposées en nappes ou structures glandulaires (*duct-like structures*). Seul l'examen anatomopathologique permet de déterminer la nature exacte de la lésion. Du fait de la nature bénigne, du faible taux de récurrence, et du caractère encapsulée de ces tumeurs, l'énucléation chirurgicale complète constitue le traitement de choix³⁻¹¹. Compte tenu de la faible extension de notre lésion, une énucléation chirurgicale complète de la tumeur sous anesthésie locale a été réalisée et la pièce opératoire a fait l'objet d'un examen histopathologique.

Les récurrences des TOA sont rares et ont été imputées à la technique chirurgicale de décompression ou marsupialisation³.

Le suivi radiologique à 3 mois montre un comblement du défaut osseux avec un repositionnement axial de la dent 22.

CONCLUSION

Devant une tuméfaction maxillaire, siégeant au niveau de la région maxillaire antérieure chez une jeune femme le chirurgien-dentiste devra penser à une tumeur odontogène adénomatoïde extra-folliculaire.

RÉFÉRENCES

- 1- A. K. El-Naggar, J. K. C. Chan, J. R. Grandis, T. Takata, and P. W. H. O. Slootweg, Classification of Head and Neck Tumours, IARC WHO Classification of Tumours, No 9, 4th edition, 2017.
- 2- Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumour: a collaborative retrospective study. J Oral Pathol Med. 2007;36(7):383-393.
- 3- Chrcanovic BR, Gomez RS. Adenomatoid odontogenic tumor: An updated analysis of the cases reported in the literature. J Oral Pathol Med. 2019;48(1):10-16.

- 4- Al-Shimari F, Chandra S, Oda D. Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(11)
- 5- La Monaca G, Pranno N, di Gioia CRT, Pompa G, Vozza I, Cristalli MP. Surgical Management of Extrafollicular Variant of Adenomatoid Odontogenic Tumor in the Maxillary Posterior Region. *Case Rep Dent.* 2019;2019:3787696.
- 6- 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(2):146-150.
- 7- Adisa AO, Lawal AO, Effiom OA, et al. A retrospective review of 61 cases of adenomatoid odontogenic tumour seen in five tertiary health facilities in Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2016;24:102.
- 8- Sy A, Nao, EEM, Ndiaye M, Faye MB, Mbod A.B. Tumeur odontogénique adénomatoïde. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale.* 2010. 24.
- 9- Dilu N.J., Bobe A., Muyembi, Lelo T. Tumeur Adénomatoïde et prémolaire sous orbitaire. A propos d'une observation. *OdontoStomatolTropi.* 1999. 87 :33-37
- 10- Mosavat F, Rashtchian R, Zeini N, Goodarzi Pour D, Mohammed Charlie S, Mahdavi N. An Extrafollicular Adenomatoid Odontogenic Tumor Mimicking a Periapical Cyst. *Case Rep Radiol.* 2018;2018:6987050
- 11- Keubou BL B, Sando Z, Fewou A, Bengondo M.C, Essame O.J.L. Profil histo-pathologique des pseudo-tumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires à Douala, Cameroun. *Health Sci.Dis.* 2016. 17(2)
- 12- Reddy Kundoor VK, Maloth KN, Guguloth NN, Kesidi S. Extrafollicular Adenomatoid Odontogenic Tumor: An Unusual Case Presentation. *J Dent (Shiraz).* 2016;17(4):370-374.
- 13- Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S183-S203..