

November 2024

Tuméfaction palatine révélatrice d'une tumeur odontogène adénomatoïde

Mehri Turki

Hôpital universitaire Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie

Follow this and additional works at: <https://digitalcommons.aaru.edu.jo/iajd>

Recommended Citation

Turki, Mehri (2024) "Tuméfaction palatine révélatrice d'une tumeur odontogène adénomatoïde," *International Arab Journal of Dentistry*. Vol. 8: Iss. 2, Article 12.

Available at: <https://digitalcommons.aaru.edu.jo/iajd/vol8/iss2/12>

This Original Article is brought to you for free and open access by Arab Journals Platform. It has been accepted for inclusion in International Arab Journal of Dentistry by an authorized editor. The journal is hosted on [Digital Commons](#), an Elsevier platform. For more information, please contact marah@aarj.edu.jo, rakan@aarj.edu.jo.

A PALATAL TUMEFACATION, REVELATING AN ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR

Mehri Turki*

Abstract

Adenomatoid odontogenic tumor is a benign epithelial tumor diagnosed more often in young women and more dominant in the anterior region of the maxilla. The discovery of the tumor is generally seen during a radiological examination. The histological examination is essential to confirm the diagnosis. In the present clinical case, we review the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic characteristics of this type of tumor.

Keywords: Odontogenic tumor - dentigerous cyst - impacted tooth - adenomatoid odontogenic tumor – enucleation.
IAJD 2017;8(2):74-77.

TUMÉFACTION PALATINE RÉVÉLATRICE D'UNE TUMEUR ODONTOGÈNE ADÉNOMATOÏDE

Résumé

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) est une tumeur épithéliale bénigne habituellement observée chez la femme jeune au niveau de la région antérieure du maxillaire. La découverte de cette tumeur est généralement fortuite lors d'un examen radiologique dont l'image lésionnelle prête à confusion avec d'autres pathologies osseuses qui peuvent d'ailleurs être synchrones à cette tumeur. L'examen histologique est indispensable pour étayer le diagnostic. A travers cette observation clinique, nous passons en revue les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de la TOA.

Mots- clés : tumeur odontogénique - kyste dentigère - dent incluse - tumeur odontogène adénomatoïde – énucléation.
IAJD 2017;8(2):74-77.

* Unité de Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale et Esthétique,
Hôpital universitaire Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie
turkiymen@yahoo.fr

Introduction

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) a été décrite pour la première fois en 1907 par Dreibladt et dénommée adénoaméloblastome [1]. Son appellation actuelle revient à Philipsen et Birn [2] en 1969; elle a été adoptée dans la classification de l'OMS [3] en 1971 et fait désormais partie du groupe des tumeurs odontogéniques épithéliales et conjonctives avec ou sans formation du tissu dentaire dur. Ces auteurs ont aussi suggéré que cette entité ne peut pas être considérée comme variante de l'améloblastome puisqu'elle a un comportement différent. A travers cette observation clinique, nous décrivons les manifestations cliniques et radiologiques et nous discutons les diagnostics différentiels et les caractéristiques histologiques de cette entité pathologique.

Observation clinique

Un homme de 58 ans sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une tuméfaction indolore au niveau du palais, d'évolution lente et progressive.

L'examen clinique a objectivé la présence d'une tuméfaction palatine gauche déviant le raphé médian vers le côté controlatéral et qui était recouverte d'une muqueuse saine (Fig. 1). Cette tuméfaction était ferme et indolore à la palpation. Le vestibule supérieur gauche était comblé. En ce qui concerne l'arcade dentaire supérieure, une absence de la canine homolatérale et une mobilité de la dent #22 sans atteinte de la vitalité dentaire ont été notées. L'orthopantomogramme a objectivé une image ovulaire radio-claire bien limitée s'étendant du bord distal de la dent #12 jusqu'au bord distal de la dent # 25 et englobant la canine supérieure gauche en totalité. Les racines des dents # 22 et 24 étaient divergentes. Il n'y avait pas de résorption radiculaire en regard de cette lésion (Fig. 2).

L'exploration tomodontométrique a révélé la présence d'une image à contours bien limités, hypodense,



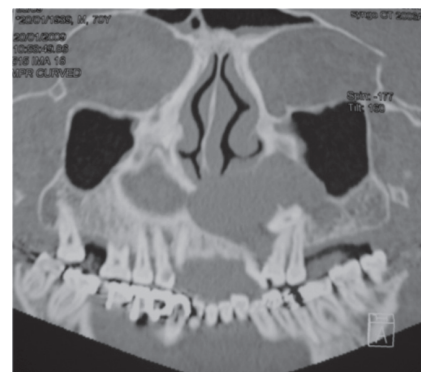
Fig. 1: photo endobuccale montrant une tuméfaction palatine.



Fig. 2 : l'orthopantomogramme a révélé une image uniloculaire englobant la canine #23. Absence de résorption radiculaire.



Figs. 3 et 4 : TDM coupes axiale et coronale. Image hypodense bien limitée à l'hémi-maxillaire gauche.



hétérogène contenant une inclusion dentaire (Figs. 3 et 4).

A priori, le diagnostic le plus probable était en faveur d'un kyste dentigère. Cependant, une tumeur odontogène bénigne était aussi évoquée. Le patient a été opéré sous anesthésie générale. La voie d'abord vestibulaire a permis d'avoir un accès suffisant pour l'énucléation de cette lésion (Fig. 5). Le décollement vestibulaire sous-muqueux a mis en évidence une lyse osseuse corticale mettant à nu la tumeur qui était encapsulée. Le clivage de cette tumeur des parois osseuses a

été réalisé minutieusement à l'aide de l'insert plateau à ultrason, ce qui a permis son énucléation (Fig. 6).

L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur odontogène adénomatoïde. Les suites opératoires étaient simples et aucune récurrence n'a été observée à deux ans postopératoires.

Discussion

La TOA est une tumeur bénigne rare des maxillaires. Elle dérive de l'épithélium odontogène et comporte

Cas clinique | Case Report

des phénomènes d'induction d'amplitude variable au sein du tissu conjonctif se traduisant par différents aspects radiologiques. Il existe trois variantes de la tumeur odontogène adénoïde: le type folliculaire (dans 73% des cas) qui se manifeste par une lésion osseuse contenant un organe dentaire; le type extrafolliculaire, qui ne présente aucune connexion dentaire alors que le type périphérique se traduit par une tuméfaction gingivale sans atteinte osseuse [4]. La variante tumorale du cas décrit est de type folliculaire. La TOA survient habituellement chez la femme jeune entre 20 et 30 ans avec un sexe ratio femme/homme de 2 [5] à 9 [6]. L'apparition de la symptomatologie est due à l'expansion tumorale et à la lyse corticale qui se traduit soit par l'apparition progressive d'une tuméfaction, soit par un déplacement, une mobilité ou une absence d'éruption dentaire. Il est rare que la taille lésionnelle dépasse les 3 centimètres, ce qui explique la découverte radiologique fortuite et l'apparition de signes cliniques à un âge avancé. La localisation maxillaire en rapport avec la canine, retrouvée chez notre patient, représente 40% des cas [7]. Quant à l'atteinte mandibulaire, elle est deux fois moins fréquente. La prédilection de cette tumeur se trouve au niveau des régions antérieures [8].

Sur le plan radiologique, l'aspect de la TOA de type folliculaire est celui d'une image radioclaire bien limitée se développant aux dépens d'une dent incluse évoquant au premier abord un kyste folliculaire coronodentaire. Cette radioclarité a un rapport différent avec l'organe dentaire pour ces deux pathologies. D'où l'importance de la scanographie qui permet de donner une haute définition de l'image et de ses rapports aux éléments anatomiques de voisinage.

Les dents en regard de cette image radioclaire, qui est souvent uniloculaire, peuvent être déplacées. Il n'existe généralement pas de résorption radiculaire. Cette description concorde avec l'exploration radiologique de notre patient [9].

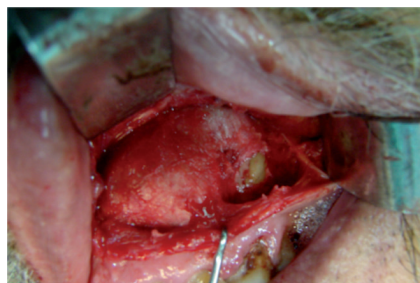


Fig. 5 : voie d'abord vestibulaire: mise en évidence de la tumeur qui a entraîné une lyse osseuse.

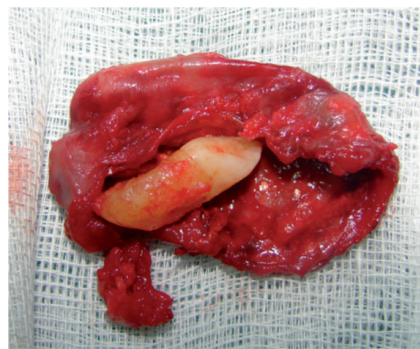


Fig. 6: aspect macroscopique de la pièce opératoire.

D'autres diagnostics peuvent aussi être posés tels qu'un kératokyste, un améloblastome, un myxome, une tumeur centrale à cellule géante où dans ces cas l'image est généralement multiloculaire associée ou non à une dent incluse. Par ailleurs, la TOA extrafolliculaire peut simuler un kyste radiculodentaire, un kyste résiduel, un kyste essentiel et aussi un kyste globulomaxillaire [10].

Les tumeurs plus évoluées, donc plus anciennes, peuvent contenir de discrets foyers radio-opaques qui prêtent à confusion avec le kyste odontogène calcifié (KOC). Ce dernier apparaît comme une image ostéolytique, plus fréquemment polygédodique que monogédodique aux contours habituellement bien définis et contenant de fines ponctuations pouvant se grouper en amas plus volumineux. Dans le KOC, on retrouve un contingent de cellules épithéliales momifiées dites cellules fantômes qui le caractérisent sur le plan histologique. Outre le KOC, la TOA doit être différenciée de la tumeur épithéliale odontogène calcifiée ou tumeur de Pindborg qui se traduit par une image mono ou polygédodique sans liseré de condensation périphérique parsemée d'images radio-opaques et associée dans 60% des cas à une dent incluse ou à un odontome [11, 12].

Histologiquement la TOA est bien définie; des lobules et des cavités kystiques sont souvent présentes. Les cellules épithéliales sont étroitement appliquées contre le bord du kyste.

Il y a peu de stroma. Les cellules ont un noyau vésiculaire et sont arrangées en nodules, spirales et rosettes. Les structures canaliculaires sont bordées par un épithélium cylindrique avec des rangées de noyaux situées du côté opposé de la lumière. A l'intérieur de celle-ci existe un matériel éosinophile amorphe au contact du pôle apical des cellules. Ce dépôt est pour certains auteurs une substance "amyloïde-like" et pour d'autres une dentine dysplasique. Des plages de calcifications sont présentes par endroit qui représentent une tentative de formation d'émail [13, 14]. Il est toutefois judicieux de réaliser l'examen histologique de tout le spécimen puisqu'il a été signalé quelques rares associations pathologiques avec la TOA notamment le kyste dentigère, la tumeur de Pindborg et l'améloblastome [5, 15].

Devant le comportement évolutif bénin de cette tumeur et le fait qu'elle soit toujours encapsulée, un traitement conservateur à type d'enucléation est le traitement de choix. Les récurrences sont exceptionnelles et la transformation maligne est possible [16, 17]. Aucune de ces complications n'ont été observées chez notre patient.

Références

1. Lucas RB. Pathology of tumors of the oral tissues. 4th ed. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1984: 66.
2. Philipsen HP, Birn H. The adenomatoid odontogenic tumor, ameloblastic adenomatoid tumor or adeno-ameloblastoma. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1969;75(3):375-98.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ. WHO International histological classification of tumors. N° 5. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts, and allied lesions. Berlin: Springer Verlag; 1971.
4. Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H et al. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med* 1991;20(4):149-58.
5. Mokni M, Biaggi A, Ragot JP, Auriol M et al. La tumeur odontogène adénomatoïde. Une observation à localisation mandibulaire inhabituelle. *Arch Anat Cytol Pathol* 1994;42 :181-3.
6. Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, Ng Kh et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumor: a collaborative retrospective study. *J Oral Pathol Med* 2007;36:383-93.
7. Abrams AM, Melrose RJ, Howell FV. Adenoameloblastoma: a clinical pathological study of ten new cases. *Cancer* 1968;22(1):175-85.
8. Swasdison S, Dhanuthai K, Jankittivong A, Philipsen HP. Adenomatoid odontogenic tumors: an analysis of 67 cases in a Thai population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:210-5.
9. Olgaç V, Koseolub G, Kasapolu C. Adenomatoid odontogenic tumor: a report of an unusual maxillary lesion. *Quintess Int* 2003;34:686-688.
10. Philipsen HP, Srisuwan T, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94(2):246-8.
11. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. Editions Quintessence Pub Co, Inc 2003.
12. Hafian H, Manporizev C, Furon V, Pluot M et al. Tumeur de Pindborg à propos d'une forme peu différenciée et sans calcification. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004;4:227-230.
13. Lesclous P, Maman L, Poidatz E, Gouget I. A propos d'une observation de tumeur odontogénique adénomatoïde. *Rev Odonto Stomatol* 1989;5:445-449.
14. Rousseau A, Morency R, Landry PE. Tumeur odontogénique adénomatoïde. *J Dent Québec* 1993;30:309-11.
15. Nonaka CF, De Souza LB, Quinderé LB. Adenomatoid odontogenic tumor associated with dentigerous cyst unusual case report. *Rev Bras Otorhinolaringol* 2007;73:129-31.
16. Philipsen HP, Reichart PA. The adenomatoid odontogenic tumor: Ultrastructure of tumor cells and non-calcified amorphous masses. *J Oral Pathol Med* 1996;25(9):491-6.
17. Pirklbauer K, Kozakowski N, Russmueller G, Ewers R, Klug C. Manifestation of an ameloblastic carcinoma ten years after follicular cyst enucleation in the mandibular ramus. *J Cranio Maxilla Fac Surg* 2012;40(4):362-5.