

Améloblastome du maxillaire simulant une tumeur nasosinusienne: A propos d'un cas

Maxillary ameloblastoma presenting as a sinonasal tumor: A case report

S. Kallel, S. Ayedi, R. Kharrat, H. Chaabouni, B. Hammami, I. Charfeddine
Service ORL et CCF, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

Reçu: 24 Décembre 2019 ; Accepté: 27 Mars ; Publié en ligne: 31 Octobre 2020

RÉSUMÉ

Objectifs: Nos objectifs étaient de mettre l'accent sur les difficultés diagnostiques de l'améloblastome du maxillaire et de discuter sa prise en charge thérapeutique et ses caractéristiques évolutives.

Observation: Nous présentons le cas d'un patient âgé de 53 ans, qui a eu une exérèse endoscopique d'une tumeur naso-sinusienne évoquant un papillome inversé. L'examen anatomopathologique définitif a révélé le diagnostic d'un améloblastome. Le patient a été réopéré à deux reprises pour récurrence. Il a eu une maxillectomie subtotale par voie externe dans la première récurrence et la combinaison des voies externe et endonasale dans la seconde. Ce patient n'a pas eu de récurrence jusqu'au dernier contrôle effectué à un an.

Conclusion: Le bilan radiologique est nécessaire pour évaluer les caractéristiques et l'étendue de l'améloblastome du maxillaire. Cependant, les aspects radiographiques peuvent mimer d'autres diagnostics différentiels. Ainsi, l'obtention d'un diagnostic histologique après une biopsie est important avant tout traitement.

Mots clés: Améloblastome du maxillaire, Tumeur naso-sinusienne, chirurgie, récurrence

ABSTRACT

Objectives: Our objectives were to emphasize the diagnostic difficulties of the maxillary ameloblastoma and to discuss the therapeutic and evolutive features of this tumor.

Case report: We present the case of a 53-year-old male patient, who had undergone endoscopic resection of a sinonasal tumor evoking an inverted papilloma. The final histopathological examination revealed the diagnosis of ameloblastoma. The patient had been then operated on two occasions for recurrence. He underwent subtotal maxillectomy using an external approach in the first recurrence and a combined endoscopic endonasal and external approach in the second one. The patient had no sign of recurrence after one year follow up.

Conclusion: The radiologic evaluation is necessary to assess the features and the extent of maxillary ameloblastoma. However, radiographic views may mimic other differential diagnoses. Thus, obtaining an histological diagnosis after a biopsy is crucial before any treatment.

Keywords: Maxillary ameloblastoma, Nasosinusal tumor, Surgery, Recurrence

INTRODUCTION:

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne [1]. Elle est caractérisée par sa croissance lente, son caractère localement agressif et son taux de récurrence à long terme élevé [2]. L'améloblastome apparaît au niveau de la mandibule dans 80% des cas [3]. Il représente 1% des tumeurs des maxillaires et 0,11% des tumeurs nasosinusiennes [4,5]. Face à cette localisation, l'améloblastome pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies nasosinusiennes [6]. Un pouvoir métastasant lui a été décrit, surtout après une évolution prolongée ou des récurrences multiples [7]. L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix, bien que son étendu est un sujet de débat dans la littérature [4]. Comparé à la localisation mandibulaire, l'améloblastome du maxillaire est caractérisé par sa

prise en charge plus difficile du fait de l'importance de l'étendu de la maladie au moment du diagnostic et de sa proximité des structures vitales [7].

Nous rapportons un cas d'améloblastome du maxillaire étendu aux cavités nasosinusiennes, traité au service d'ORL et de CCF de Sfax, afin de mettre l'accent sur les difficultés diagnostiques de cette entité et préciser ses caractéristiques thérapeutiques et évolutives.

OBSERVATION:

Il s'agissait d'un patient âgé de 53 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui a consulté pour des épistaxis récidivantes, une obstruction nasale droite permanente, une anosmie et une rhinorrhée purulente, évoluant depuis trois ans. L'examen a révélé une voussure naso-génienne droite dure et indolore.

Auteur correspondant: Dr KALLEL Souha.

Adresse: Service ORL et chirurgie cervico-faciale. CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie.

E-mail: souha.kallel@yahoo.fr

La fosse nasale droite était comblée par de multiples formations charnues rougeâtres surinfectées refoulant la cloison nasale à gauche. Le cavum était libre. Le reste de l'examen ORL et l'examen ophtalmologique était normaux. La TDM a montré une formation tissulaire comblant le sinus maxillaire droit et la fosse nasale homolatérale, avec ostéolyse des parois postéro-latérale et médiale du sinus (figure 1).

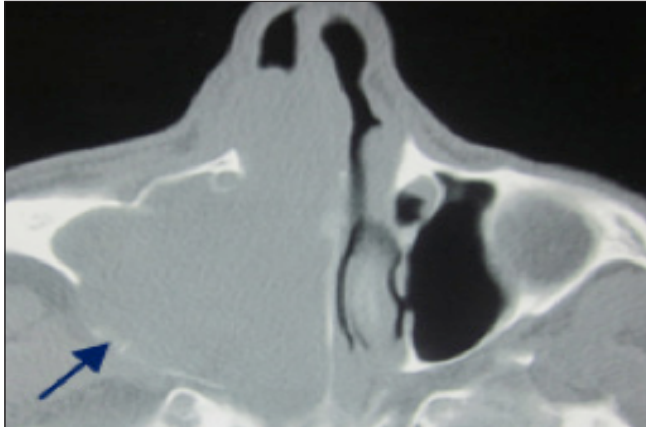


Figure 1: TDM du massif facial en coupe axiale: formation comblant le sinus maxillaire droit et la fosse nasale droite, ostéolyse des parois postéro-latérale et médiale du sinus maxillaire.

A l'IRM, il s'agissait d'un processus expansif du sinus maxillaire droit, étendu à la fosse nasale et aux cellules ethmoïdales homolatérales, de 7 cm de grand axe, à limites polylobées, en hyposignal T1, hypersignal T2 hétérogène et qui se rehausse après injection de gadolinium (figure 2). Cet aspect était évocateur d'un papillome inversé.

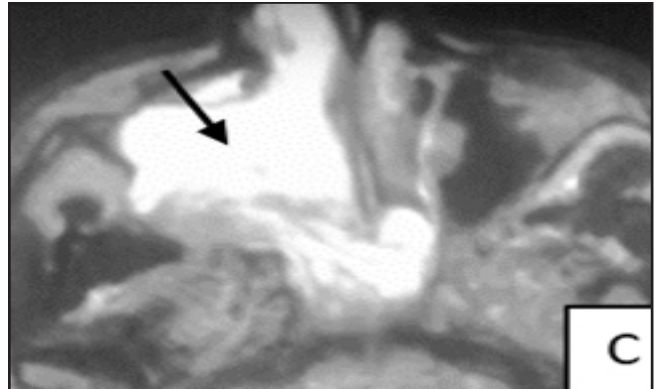
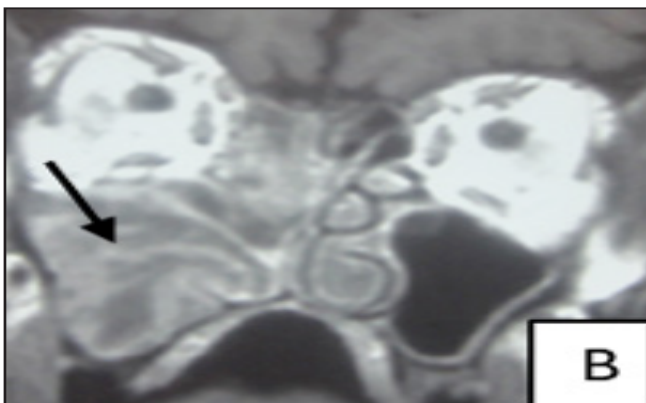
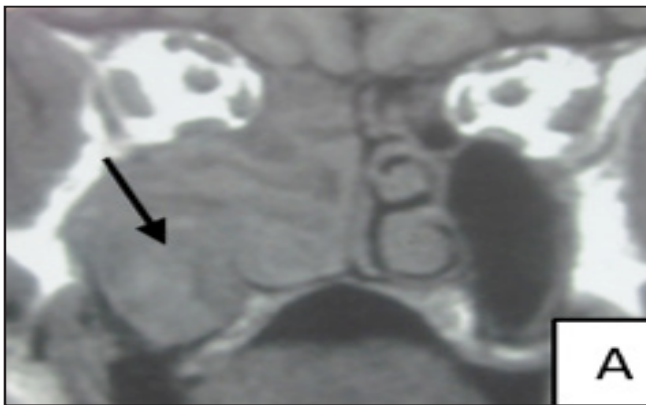
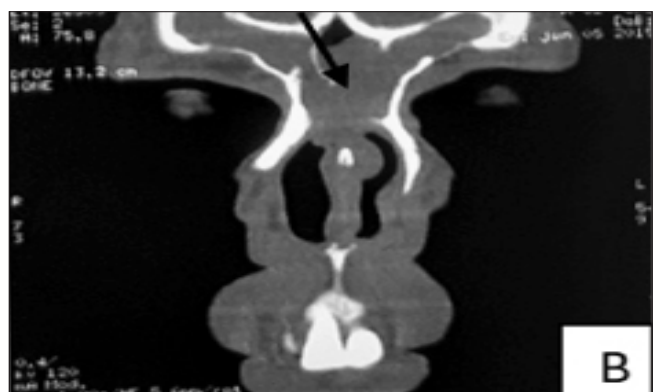
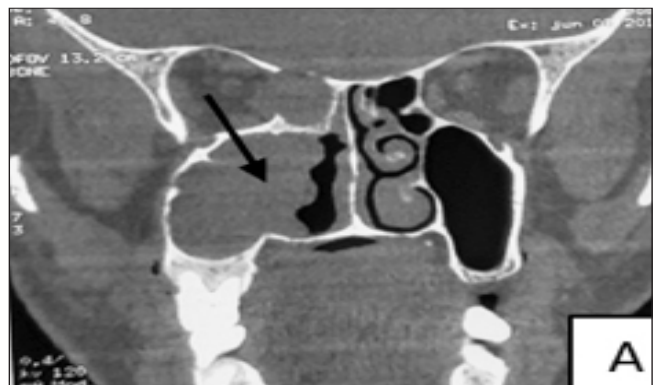


Figure 2: IRM du massif facial en coupe coronale T1 avant (A) et après injection de Gadolinium (B) et en coupe axiale T2 (C): Processus expansif du sinus maxillaire droit, de la fosse nasale droite et des cellules ethmoïdales homolatérales, en hyposignal T1(A), se rehausse après injection de gadolinium (B) et en hypersignal T2 hétérogène (C).

Le patient a eu une exérèse de cette formation, jugée complète, par voie endonasale. L'examen anatomopathologique définitif a conclu à un améloblastome naso-sinusienne droite. L'évolution était marquée par la récurrence de la symptomatologie au bout de trois mois. Les résultats de l'examen clinique, de la TDM et de l'IRM étaient similaires aux précédents avec en plus une extension vers le sinus frontal droit. Le patient a été réopéré par voie paralato-nasale avec une hémimaxillectomie médiale, une ethmoïdectomie droite et un nettoyage des deux sinus frontaux. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'améloblastome. Une deuxième récurrence a été diagnostiquée, 5 ans plus tard, quand le patient s'est présenté pour une obstruction nasale et une rhinorrhée droites. La TDM était en faveur d'une récurrence locale (figure 3).



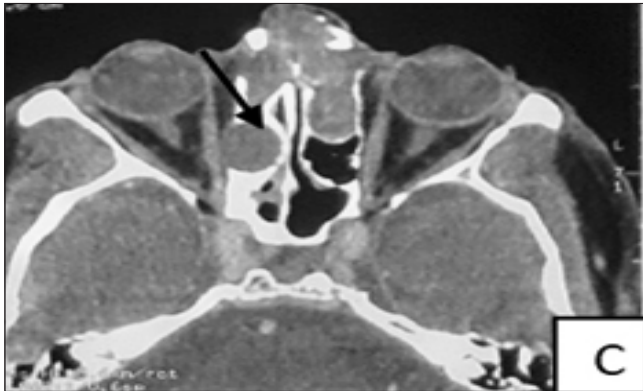


Figure 3: TDM après la deuxième récurrence en coupes coronales (A et B) et axiale (C): récurrence tumorale au niveau du maxillaire droit (A), des sinus frontaux (B) et ethmoïdaux (C).

Il a été ainsi réopéré par double voies, para-latéronasale et endonasale, ayant eu une exérèse de la formation tumorale qui envahissait le sinus maxillaire droit, les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales. L'examen anatomopathologique a conclu à une récurrence d'un améloblastome sans signes de malignité. Au dernier contrôle, fait un an après la dernière chirurgie, le patient n'a pas présenté de récurrence.

DISCUSSION:

L'améloblastome est une tumeur bénigne mais localement agressive [4]. Elle peut être longtemps asymptomatique d'autant plus qu'il s'agit d'un améloblastome du maxillaire dont le diagnostic est retardé de 15 à 20 ans par rapport à celui de la localisation mandibulaire [7,4]. La découverte est souvent fortuite lors d'un examen dentaire de routine [8]. Lorsqu'il devient symptomatique, l'améloblastome du maxillaire peut se manifester par une tuméfaction de la joue, de la gencive et/ou du palais dur, une chute dentaire, une obstruction nasale, une rhinorrhée, une épistaxis, et plus rarement des douleurs et/ou des paresthésies [1,9]. Caractérisée par son agressivité locale, la tumeur peut envahir les structures adjacentes telles que les sinus, la fosse nasale, l'orbite, la fosse infra-temporale et la base du crâne [10]. Ceci est favorisé par la nature spongieuse de l'os maxillaire [7]. Une masse tumorale lytique naso-sinusienne a été observée chez notre patient, qui faisait évoquer en première intention un papillome inversé. Une revue de la littérature faite par M.A. Abtahi et al. en 2018 a rapporté 37 cas d'améloblastomes maxillaires avec invasion orbitaire [11]. Le bilan radiologique est nécessaire pour évaluer les caractéristiques de la tumeur et son extension [8]. La TDM peut aider au diagnostic, mais l'IRM semble être plus utile [12]. Le diagnostic reste difficile à établir en se basant sur les données clinico-radiologiques et la confirmation histologique est nécessaire [8]. Ceci dit l'intérêt d'une biopsie pré-thérapeutique afin d'éliminer d'autres étiologies qui doivent être traitées autrement. L'améloblastome étendu aux cavités naso-sinusiennes peut mimer un polype de Killian, une polypose nasosinusienne, une mucocèle, une autre

tumeur bénigne agressive surtout le papillome inversé comme était le cas de notre patient ou même une tumeur maligne naso-sinusienne [6,12].

La classification des améloblastomes comprend quatre variantes distinctes: solide ou multi kystique, uni kystique, extra osseuse ou périphérique et desmoplasique [9].

Diverses modalités thérapeutiques ont été proposées, à savoir la chirurgie, la cryothérapie, la cautérisation, le laser, la radiothérapie et la chimiothérapie. L'exérèse chirurgicale reste le traitement de choix [13]. Elle est répartie globalement en deux approches, l'une conservatrice comme l'énucléation et l'autre radicale avec une exérèse large associée à une reconstruction éventuellement [13]. Si la première permet de minimiser les séquelles fonctionnelles, cosmétiques et psychologiques de l'intervention, l'autre diminue nettement le risque de récurrence [5]. Pour l'améloblastome maxillaire solide ou multi kystique, la chirurgie radicale est la plus recommandée avec des marges de tissu sain de 1 à 2 cm [7]. Nous avons utilisé la voie paralatéronasale, à laquelle nous avons combiné la voie endonasale lors de la deuxième récurrence pour notre patient. En effet, malgré le préjudice esthétique de la voie externe, elle nous a permis une bonne exposition et un bon contrôle des lésions. Guha et al ont décrit l'intérêt de la combinaison des voies endonasale (maxillectomie médiale) et trans-orale (transpalatine) [10]. Ils ont conclu que cette attitude a permis l'exérèse tumorale tout en réduisant le défaut et la morbidité qui en résulte [10]. La radiothérapie est réservée aux formes localement évoluées permettant de réduire le volume tumoral et ne constitue pas le traitement de choix des tumeurs opérables [13].

En général, l'améloblastome du maxillaire est de pronostic plus réservé que le type mandibulaire vu le taux de récurrence plus élevé, de la possibilité d'invasion des structures vitales et de son diagnostic tardif à des stades avancés [11]. Cette tumeur peut, rarement, avoir un potentiel métastasique et les deux lésions initiale et métastatique restent bénignes [3]. Le risque d'apparition de ces métastases est surtout lié à l'importance du volume de la tumeur primitive, au retard diagnostique, aux récurrences tumorales multiples et au traitement non adapté [14]. La possibilité d'une transformation maligne en un carcinome a été rapportée dans 2% des cas mais peut arriver jusqu'à 17% en cas d'améloblastome volumineux avec atteinte orbitaire [7]. Notre patient n'a pas présenté de métastase ou de transformation maligne. Le taux de récurrence variait de 55 à 100% pour les lésions solides ou multi kystiques et de 18% à 25% pour les lésions uni kystiques [1]. La taille tumorale supérieure à 6 cm et l'extension aux tissus mous ou aux structures anatomiques adjacentes ont été des facteurs de risque de récurrence précoce selon l'étude faite par Yang et al [15]. La récurrence après une exérèse incomplète de l'améloblastome maxillaire est caractérisée par son comportement plus agressif avec des taux de mortalité plus élevés (33 à 60%) [11]. Ceci était le cas de notre patient qui a présenté une extension vers les cellules ethmoïdales et le sinus frontal lors des récurrences.



CONCLUSION:

L'améloblastome du maxillaire, bien que rare, est une tumeur à laquelle il faut penser devant une masse lytique naso-sinusienne. L'imagerie peut orienter le diagnostic toutefois les signes radiologiques ne sont pas pathognomoniques et d'autres diagnostics différentiels peuvent être évoqués. D'où l'intérêt de la biopsie pour avoir un diagnostic histologique et adapter la prise en charge thérapeutique.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Beriat GK, Ezerarslan H. Large maxillary ameloblastoma: a case report. *Türk Otolarengoloji Arsivi*. 2009;47(2):93-98.
2. Kelppe J, Hagström J, Sorsa T, Suominen AL, Apajalahti S, Haglund C, et al. Ameloblastoma: a retrospective single institute study of 34 subjects. *Acta Odontol Scand*. 2019;77(1):82-7.
3. Adeel M, Rajput MSA, Arain AA, Baloch M, Khan M. Ameloblastoma: Management and Outcome. *Cureus [Internet]*. 2018;10(10):e3437.
4. Barrera BG, Phillips BJ, Moran KJ, Betz SJ. Sinonasal Ameloblastoma. *Head Neck Pathol*. 2019;13(2):247-50.
5. Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2017;134(1):7-11.
6. Kumar A, Saraswat S, Sharma S. Ameloblastoma Presenting as a Sinonasal Tumor: A Rare Entity. *International Journal of Advanced Health Sciences*. 2014;1(2):4.
7. Milman T, Lee V, LiVolsi V. Maxillary Ameloblastoma with Orbital Involvement: An Institutional Experience and Literature Review. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2016;32(6):441-6.
8. Petrovic DID. Ameloblastomas of the Mandible and Maxilla. *Ear Nose Throat J*. 2018;97(7):26-32.
9. Martins de Gama de, Guimarães H, Dantas B, Bardi M, Rangel R. Recurrent solid ameloblastoma of the maxillary sinus: A case report. *Stomatol Glas Srb*. 2012;59(2):110-5.
10. Guha A, Hart L, Polachova H, Chovanec M, Schalek P. Partial maxillectomy for ameloblastoma of the maxilla with infratemporal fossa involvement: A combined endoscopic endonasal and transoral approach. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2018;119(3):212-5.
11. Abtahi M-A, Zandi A, Razmjoo H, Ghaffari S, Abtahi S-M, Jahanbani-Ardakani H, et al. Orbital invasion of ameloblastoma: A systematic review apropos of a rare entity. *J Curr Ophthalmol*. 2018;30(1):23-34.
12. Shahidi S, Bronoosh P, Daneshbod Y. Follicular Ameloblastoma Presenting As a Sinonasal Tumor. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2012;14:113-116.
13. Mrad ST, Amara H, Kraiem C, et al. Améloblastome mandibulaire place de la radiothérapie. *J. tun ORL*. 2010;25:95-7.
14. Rotellini M, Maggiore G, Trovati M, Saraceno MS, Franchi A. Metastasizing Maxillary Ameloblastoma: Report of a Case with Molecular Characterization. *J Oral Maxillofac Res*. 2016;7(1):e5
15. Yang R, Liu Z, Gokavarapu S, Peng C, Cao W, Ji T, et al. Recurrence and cancerization of ameloblastoma: multivariate analysis of 87 recurrent craniofacial ameloblastoma to assess risk factors associated with early recurrence and secondary ameloblastic carcinoma. *Chin J Cancer Res*. 2017;29(3):189-95.