

Carcinome améloblastique secondaire de la mandibule : à propos d'un cas

Secondary Ameloblastic Carcinoma of the Mandible: a Case Report

C. Adnane · T. Adouly · M. Benbakh · A. Zouak · S. Rouadi · R. Abada · M. Roubal · M. Mahtar

Reçu le 17 juin 2014; accepté le 30 juin 2014
© Lavoisier SAS 2014

Résumé Le carcinome améloblastique est une tumeur maligne odontogène extrêmement rare dont le pronostic est réservé. La plupart des carcinomes améloblastiques sont de type primaire alors que le type secondaire est moins rapporté dans la littérature. L'objectif de notre travail est de décrire un cas rare de transformation maligne d'un améloblastome en un carcinome.

Mots clés Améloblastome · Carcinome améloblastique

Abstract Ameloblastic carcinoma is an extremely rare, odontogenic, malignant tumor with a poor prognosis. Most ameloblastic carcinomas are primary; the secondary type is less reported in the literature. The objective of our study is to describe a rare case of malignant transformation of ameloblastic carcinoma from the pre-existing ameloblastoma.

Keywords Ameloblastoma · Ameloblastic carcinoma

Introduction

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne localement agressive et invasive. Elle présente un pouvoir récidivant très important avec de très rares cas de transformation maligne, objet de plusieurs discussions. Le carcinome améloblastique est une tumeur maligne extrêmement rare affectant la mandibule et le maxillaire et dont le diagnostic histologique est très difficile. Elle peut survenir de novo

(primaire) ou sur un améloblastome préexistant (secondaire). Nous rapportons un cas très rare de transformation maligne d'un améloblastome mandibulaire en un carcinome améloblastique.

Observation

Il s'agit d'une femme de 61 ans opérée en janvier 2010 d'un améloblastome mandibulaire. Une hémimandibulectomie gauche avec une reconstruction par un lambeau du grand pectoral et mise en place d'une attelle ont été pratiquées. Le résultat histologique montrait un améloblastome de type folliculaire (Fig. 1A). Trois ans plus tard, la patiente consultait pour une tuméfaction jugale gauche douloureuse et augmentant rapidement de volume, avec une limitation de l'ouverture buccale et une altération de son état général. L'examen clinique objectivait une masse volumineuse bourgeonnante en regard du premier foyer d'intervention entre la 34 et la 37 s'étendant au palais, au trigone rétromolaire gauche, refoulant l'amygdale palatine gauche et arrivant jusqu'au côté controlatéral (Fig. 2). La palpation des aires ganglionnaires cervicales était normale. Le scanner du massif facial retrouvait une récurrence tumorale avec extension vers les espaces profonds de la face : la fosse infratemporelle gauche et les espaces parapharyngé et rétrostylien gauches (Fig. 3A). Une biopsie avec examen histologique observait une coexistence de zones d'améloblastome caractéristique et des zones de cellules tumorales indifférenciées et invasives avec des mitoses fréquentes et des noyaux atypiques (Fig. 1B). Un scanner thoracique retrouvait des nodules pulmonaires (Fig. 3B). Le diagnostic de carcinome améloblastique secondaire sur un améloblastome préexistant avec métastases pulmonaires a été retenu. La patiente a bénéficié d'une radiochimiothérapie exclusive. Un an plus tard, la patiente est décédée suite à des métastases pulmonaires.

C. Adnane (✉) · T. Adouly · M. Benbakh · A. Zouak · S. Rouadi · R. Abada · M. Roubal · M. Mahtar
Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale,
hôpital 20-Août, centre hospitalier universitaire Ibn-Rochd,
Casablanca, Maroc
e-mail : adnanechoaib@gmail.com

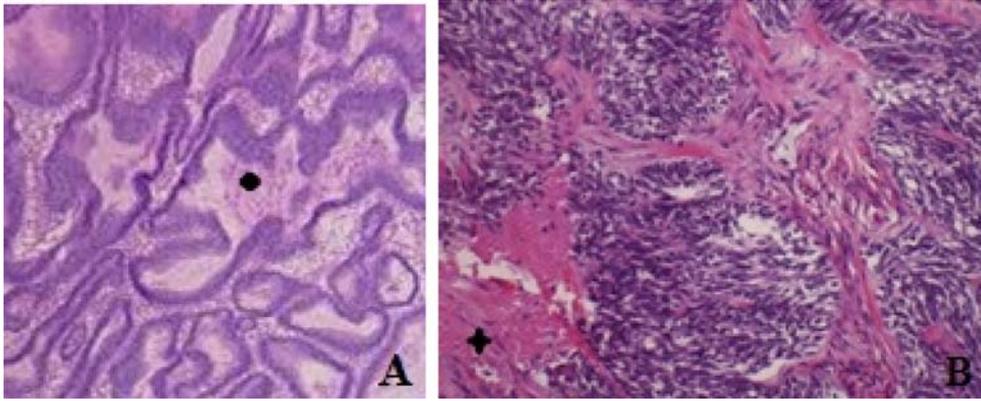


Fig. 1 Aspect histologique. A. Améloblastome de type folliculaire. B. Carcinome améloblastique avec atypie cellulaire et nécrose



Fig. 2 Envahissement du palais et du côté controlatéral

Discussion

Le carcinome améloblastique est une tumeur maligne odontogène extrêmement rare dont le pronostic est réservé. Les deux tiers de ces tumeurs affectent la mandibule alors que le tiers intéresse le maxillaire [1]. En 2005, la révision de la classification histologique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des tumeurs odontogènes a classé dans la famille des tumeurs améloblastiques plusieurs entités [2] : l'améloblastome, l'améloblastome métastasiant, le carcinome améloblastique primitif et le carcinome améloblastique secondaire. La plupart des carcinomes améloblastiques sont de type primaire et surviennent de novo, alors que le type secondaire est moins rapporté dans la littérature ; seulement cinq cas ont été rapportés en 2011, avec moins de 1 % des améloblastomes se transformant en

carcinomes [3–6]. Les manifestations cliniques et la prise en charge thérapeutique des deux types, primaire et secondaire, sont identiques. Concernant l'histologie, il n'y a pas de caractères de distinction entre les deux types [7,8]. C'est donc plus l'histoire clinique que l'histologie qui différencie les carcinomes améloblastiques primitifs et secondaires. Le diagnostic de carcinome améloblastique repose sur la recherche à l'histologie de critères de malignité associés aux critères des tumeurs de la famille améloblastique. Il est important de différencier le carcinome améloblastique secondaire et l'améloblastome malin ou métastasiant dont l'histologie est dépourvue de critères de malignité et qui présente des localisations secondaires notamment pulmonaires. L'imagerie n'est pas spécifique et n'a qu'une valeur d'orientation et un bilan d'extension locorégionale. Il n'y a pas de consensus concernant le traitement des carcinomes améloblastiques, et la chirurgie avec des marges d'exérèse saines offre le meilleur pronostic [7]. La radiothérapie adjuvante semble peu utile tandis que le rôle de la chimiothérapie n'est pas prouvé [9–12].

Conclusion

Il est évident que l'améloblastome peut exceptionnellement se transformer en carcinome améloblastique. Cette transformation nécessite de longues années. Une exérèse complète avec surveillance rigoureuse est nécessaire dans le suivi. Le pronostic du carcinome améloblastique est réservé. La chirurgie radicale associée à la radiothérapie adjuvante reste le traitement le plus utilisé par les auteurs.

Liens d'intérêts : C. Adnane, T. Adouly, M. Benbakh, A. Zouak, S. Rouadi, R. Abada, M. Roubal et M. Mahtar déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

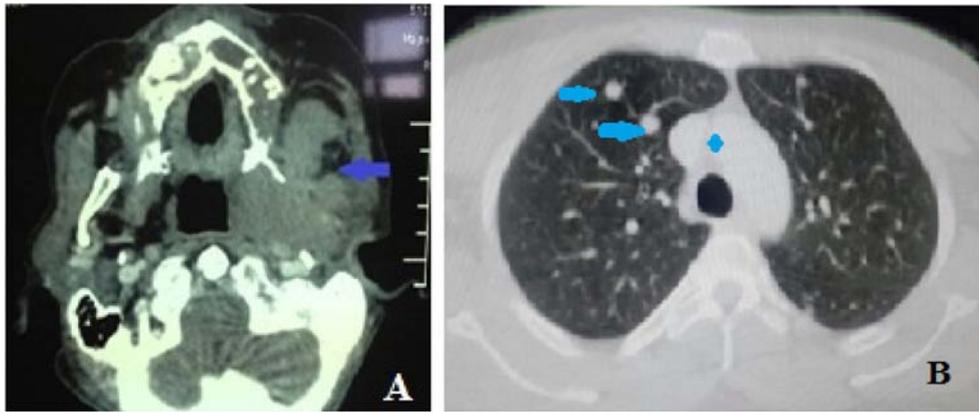


Fig. 3 A. Coupe tomodensitométrique axiale de la face montrant le processus tumoral. B. Coupe tomodensitométrique axiale thoracique montrant les nodules pulmonaires

Références

1. Lolachi CM, Madan SK, Jacobs JR (1995) Ameloblastic carcinoma of the maxilla. *J Laryngol Otol* 109:1019–22
2. Barnes L, Eveson J, Reichat P, et al (2005) World Health Organization Classification of tumours; Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC, Lyon, pp 286–91
3. Slootweg PJ, Müller H (1984) Malignant ameloblastoma or ameloblastic carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 57:168
4. Cox DP, Muller S, Carlson GW, et al (2000) Ameloblastic carcinoma ex ameloblastoma of the mandible with malignancy-associated hypercalcemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 90:716
5. Cizmecý O, Aslan A, Onel D, et al (2004) Ameloblastic carcinoma ex ameloblastoma of the mandible: case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 130:633
6. Karakida K, Aoki T, Sakamoto H, et al (2010) Ameloblastic carcinoma, secondary type: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 110:e33
7. Hall JM, Weathers DR, Unni KK, et al (2007) Ameloblastic carcinoma: an analysis of 14 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 103:799
8. Yoon HJ, Hong SP, Lee JI, et al (2009) Ameloblastic carcinoma: an analysis of 6 cases with review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 108:904
9. Dhir K, Sciubba J, Tufano RP (2003) Ameloblastic carcinoma of the maxilla. *Oral Oncol* 39:736–41
10. Simko EJ, Brannon RB, Eibling DE (1998) Ameloblastic carcinoma of the mandible. *Head Neck* 20:654–9
11. Datta R, Winston JS, Diaz-Reyes G, et al (2003) Ameloblastic carcinoma: report of an aggressive *n* case with multiple bony metastases. *Am J Otolaryngol* 24:649
12. Bruce RA, Jackson IT (1991) Ameloblastic carcinoma: report of an aggressive case and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg* 19:267–71