

PROFILS HISTO-EPIDEMIOLOGIQUES DES TUMEURS ODONTOGENES A ANTANANARIVO

Auteurs : Nomenjanahary L¹, Rabarison MR¹, Ramiandrisoa AL²,
Randrianjafisamindrakotroka NS¹

1- Unité Paraclinique de Formation et de Recherche en Anatomie et Cytologie pathologiques
du CHU-JRA Antananarivo

2- Service d'Anatomie Pathologique du SALFA

Auteur correspondant : NOMENJANAHARY Lalaina
UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques
CHU-JRA Antananarivo
mail : nlalaina@yahoo.fr

RESUME

Les tumeurs odontogènes sont des groupes hétérogènes de lésions hamartomateuses et tumorales dérivant des tissus épithéliaux et/ou ectomésenchymateux participant à la dentogenèse. Elles sont rares et de nature histologique variée. Leur fréquence est mal connue à Madagascar. Cet article a pour but de dresser les profils épidémiologiques et histologiques des tumeurs odontogènes diagnostiquées dans les deux grands laboratoires d'anatomopathologies de Madagascar. Nous avons colligé 109 cas en 10 ans. Ces tumeurs sont le plus souvent bénignes (96,33%) et l'amelloblastome est le type histologique le plus rencontré.

Mots clés : tumeurs odontogènes, épidémiologie, histopathologie, Antananarivo

ABSTRACT : HISTO-EPIDEMIOLOGICAL PROFILES OF ODONTOGENIC TUMORS IN ANTANANARIVO

Odontogenic tumors are heterogeneous groups of hamartomatous and tumoral lesions derived from epithelial and / or ectomesenchymal tissues involved in dentogenesis. They are rare and of a varied histological nature. Their frequency is poorly known in Madagascar. This article aims to establish the epidemiological and histological profiles of odontogenic tumors diagnosed in the two major pathology laboratories of Madagascar. We have collected 109 cases in 10 years. These tumors are most often benign (96.33%) and ameloblastoma is the most common histological type.

Key words : odontogenic tumors, epidemiology, histopathology, Antananarivo

INTRODUCTION

Les tumeurs odontogènes sont des groupes hétérogènes de lésions hamartomateuses et tumorales bénignes ou malignes dérivant

des tissus épithéliaux et/ou ectomésenchymateux participant à la dentogenèse [1]. Ce sont des entités rares

puisqu'elles ne représentent que 1% des tumeurs de la région maxillo-faciale [2]. La fréquence de ces tumeurs varie d'une région à l'autre dans le monde [3]. A Madagascar, elle est mal connue. Ainsi,

l'objectif de ce travail a été de déterminer les profils épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs odontogènes. Leur classification a été réactualisée par l'OMS en 2017 [4].

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les tumeurs odontogènes, effectuée au sein de deux laboratoires d'anatomopathologie : l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA et le laboratoire

d'anatomopathologie de SALFA. La durée de l'étude est de 10 ans, allant de janvier 2008 à décembre 2017.

Les cas ont été revus et reclassés suivant la classification de l'OMS de 2017 [4].

RESULTATS

Durant les 10 années d'étude, nous avons colligé 109 cas de tumeurs odontogènes. Elles ont représentées 78,61% des prélèvements maxillo-mandibulaires examinés dans les deux laboratoires. Selon le genre, 51,38% (n=56) ont été masculin et 48,62% (n= 53) féminin, avec un sex-ratio de 1,06. L'âge moyen a été 32 ans, avec des extrêmes de 6 ans et 80 ans, dont 71,55% avaient moins de 40 ans. L'ethnie Merina a représenté 41,18% des cas, suivie par les Betsileo et Tsimihety (10,74% chacun), les Betsimisaraka (8,95%), et les autres ethnies (3% chacun). Selon la localisation, les tumeurs ont été mandibulaires dans 72,48% (n=79) des cas

et maxillaire supérieur dans 27,52% (n=30).

Selon la nature histologique, 3,67% (n=4) ont été malins et 96,33% (n=105) bénins.

Les tumeurs malignes ont été des carcinomes améloblastiques 2,21% (n=3), et des carcinomes odontogéniques à cellules claires 0,74% (n=1).

Parmi les tumeurs bénignes 73 ont été des améloblastomes (69,52%), 12 des fibromes cémento-ossifiants (11,43%), 7 des tumeurs odontogènes calcifiées (6,67%), 5 des fibromes odontogènes (4,76%), 3 des myxomes odontogènes (2,86%), 2 chacun de fibrome améloblastique et de tumeur odontogène adénomatoïde (1,90%), et 1 d'odontome(0,95%).

DISCUSSION

Les tumeurs odontogènes sont peu fréquentes, mais elles représentent la majorité des tumeurs maxillo-mandibulaires. En 10 ans d'étude, nous avons colligé 109 cas, représentant 78,61 % des tumeurs de la région maxillo-mandibulaire observées dans les deux laboratoires d'anatomopathologie. Osterne RLV et al [5] au Brésil et ont rapporté 376 cas de tumeurs odontogènes sur 12 ans. Une étude malgache antérieure, de 2006 à 2008, dans un service de maxillo-facial, a recensé 10 tumeurs odontogènes en deux ans [6].

Selon le genre, nous n'avons pas observé une nette prédominance de sexe. Ceci corrobore la plupart des études [5, 6, 7]. Toutefois, un certain nombre d'auteurs, AlSheddi MA et al en Arabie Saoudite [8] et Rubini C et al en Italie [9], ont mentionné une nette prédominance masculine. Ceci pourrait être expliqué par le type histologique le plus représenté dans chaque étude. En effet, le kératokyste odontogène, tumeur la plus présentée dans ces deux études, est prépondérant chez l'homme selon l'OMS [4]; alors que l'ameloblastome s'observe chez les deux sexes [4].

Les tumeurs odontogènes sont surtout diagnostiquées chez les adultes jeunes. L'âge moyen est aux alentours de 30 ans,

comme dans notre étude et celle de la littérature [5, 7, 8, 9]. La série étudiée par Rakotoarisoa AHN [6] de 2006 à 2008, a rapporté un âge moyen de 37 ans. Ce retard de diagnostic s'explique par la difficulté d'accès de la population générale à la consultation et à l'examen anatomopathologique.

Les Merina ont prédominé dans notre série (41,18%). L'explication est que l'étude a été réalisée à Antananarivo, où la majorité de la population est Merina, notamment en raison de la concentration des centres de diagnostic et de prise en charge des tumeurs odontogènes dans la capitale. D'où que, la détermination de l'existence éventuelle d'une corrélation entre la survenue de tumeurs odontogènes et l'origine ethnique ou raciale des patients ne puisse se faire.

La mandibule a constitué le site de prédilection des tumeurs odontogènes dans notre étude et celles de la littérature [5, 7, 8, 9, 12, 13, 14].

Les tumeurs odontogènes sont souvent bénignes. Dans notre série, elles ont représenté 96,33% des cas. Au Nigeria [15], en Chine [16]; et en Grèce [17], les auteurs ont trouvé respectivement 99 %, 94,04 % et 99,80 %.

Pour les types histologiques, dans notre étude et la plupart de ceux rapportés dans

la littérature, l'ameloblastome est le plus fréquent des tumeurs odontogènes : 53,68% dans notre étude, 73% pour celle d'Adebayo et au Nigeria [15]. La haute fréquence de ce type histologique est observée surtout chez les races noires [18]. Par ailleurs, certains auteurs au Brésil [5] et en Italie [9], ont rapporté une prédominance de kératokyste avec respectivement 31,60% et 66,80%. Pour d'autres auteurs, notamment aux USA et Canada, et selon l'OMS, l'odontome est le type histologique le plus fréquent [4]. Ces différences pourraient être liées à la multiplicité des services de prise en charge des tumeurs odontogènes. Pour l'améloblastome, ce sont les services de chirurgie maxillofaciale qui s'en chargent, et le diagnostic nécessite une biopsie pour étude anatomopathologique. Alors que pour les odontomes, ce sont les dentistes qui s'en occupent, et la sensibilité élevée de la radiologie pour le diagnostic permet de ne pas faire un examen anatomopathologique. D'où que, les études réalisées dans les services de chirurgie

maxillo-faciale ou en service d'anatomopathologie rapportent une prédominance de l'améloblastome, alors que celles réalisées dans une école ou un hôpital de dentisterie mentionnent une prédominance d'odontome.

Les tumeurs odontogènes malignes sont rares. Nous avons observé 3,67% de cancers odontogènes dans notre étude. Les gènes impliqués dans le développement des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes sont les mêmes [10, 11]. Ces dernières représentent des évolutions tardives des tumeurs bénignes. Comme les tumeurs odontogènes sont des tumeurs qui intéressent la cavité buccale et la face, dont les manifestations cliniques posent des problèmes esthétiques et masticatoires, la prise en charge doit être précoce avant toute dégénérescence maligne.

L'étude génique fait par Kurppa KJ et al, a permis de montrer que les mutations du gène BRAF V600E et du gène MAPK sont responsables des tumeurs odontogènes, et sont surtout observé dans la région mandibulaire que maxillaire [10, 11].

CONCLUSION

Les tumeurs odontogènes sont peu fréquentes. Mais elles représentent la majorité des tumeurs maxillo-mandibulaires. L'anatomopathologie est l'examen clé pour le diagnostic

histologique. Ces tumeurs sont souvent bénignes. A Antananarivo, l'ameloblastome est le type histologique le plus fréquent

REFERENCES

1. Philipsen HP, Reichart PA. Classification of odontogenic tumors. A historical review. *J Oral Pathol Med.* 2006;36:525-9.
2. Egal E, Shinomia S, Passos H, et al. 70 Retrospective Study of Odontogenic Tumors: A Clinicopathological Analysis. *American J Clin Pathol.* 2018; 149(1): 30-1.
3. Sekerci AE, Nazlim S, Etoz M, Deniz K, Yasa Y. Odontogenic tumors: a collaborative study of 218 cases diagnosed over a 12 years and comprehensive review of the literature. *Med Oral Pathol Oral Chir Bucal.* 2015;20:34-44.
4. Odontogenic and maxillofacial bone tumours. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P, editors. *WHO classification of Head and Neck Tumours.* 4th ed. Lyon: IARC; 2017.205-60.
5. Osterne RLV, Turatti E, Cordeiro RT, Barroso RC. The relative frequency of odontogenic tumors: A study of 376 cases in a Brazilian population. *Med Oral Pathol Oral Chir Bucal.* 2017; 22 (2): e193-200.
6. Rakotoarisoa AHN, Rakotoarivony AE, Razafindrakoto RMJ, Rakotoarison RA, Razakamaharavo AZ, Razafindrabe JAB. Tumeurs et kystes odontogènes observés au CHU d'Antananarivo de janvier 2006 à mars 2008. *Revue d'odontostomatologie malgache en ligne; Volume 7 : 32-40.*
7. Deepthi PV, Beena VT, PadmakumarSK, Rajeev R, Sivakumar R. A study of 1177 odontogenic lesions in a South Kerala population. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016; 20(2): 202-7.
8. AlSheddi MA, AlSenani MA, AlDosari AW. Odontogenic tumors: analysis of 188 cases from Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2015; 35(2): 146-150.
9. Rubini C, Mascitti M, Santarelli A, Tempesta A, Limongelli L, Favia G et al. Odontogenic tumors: a retrospective clinicopathological study from two Italian centers. *Pathologica.* 2017; 109 : 35-46;
10. Brown NA, Rolland D, McHugh JB, Weigelin HC, Zhao L, Lim MS, Elenitoba-Johnson KS, Betz BL. Activating FGFR2-RAS-BRAF mutations in ameloblastoma. *Clin Cancer Res.* 2014;20:5517-26.
11. Kurppa KJ, Caton J, Morgan PR, Ristimäki A, Ruhin B, Kellokoski J, Elenius K, Heikinheimo K. High frequency of BRAF V600E mutations in ameloblastoma. *J Pathol.* 2014; 232(5): 492-498.

12. Bekebe B, Tare D, Bogale B, Alemseged F. Odontogenic tumors in Ethiopia : eight years retrospective study. BMC Oral Health. 2017; 17 : 54.
13. Ramachandra S, Shekar PC, Prasad S, Kumar KK, Reddy GS, Prakash KL et al. Prevalence of odontogenic cysts and tumors: A retrospective clinicopathological study of 204 cases. SRM J Res Dent Sci. 2014; 5(3): 170-3.
14. Goteti SHL. Odontogenic tumors : a review of 675 cases in eastern Libya. Niger J Surg. 2016; 22(1): 37-40.
15. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63(6): 811-9.
16. Jin W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Xheng X et al. Odontogenic tumors: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007; 36(1): 20-5.
17. Chrysomali E, Leventis M, Titsinides S, Kyriakopoulos V, Sklavounou A. Odontogenic Tumor. Journal of Craniofacial Surgery. 2013; 24(5) : 1521-5.
18. Philipsen HP, Reichart PA. Classification of odontogenic tumors. A historical review. J Oral Pathol Med. 2006; 36: 525-9.

ILLUSTRATION

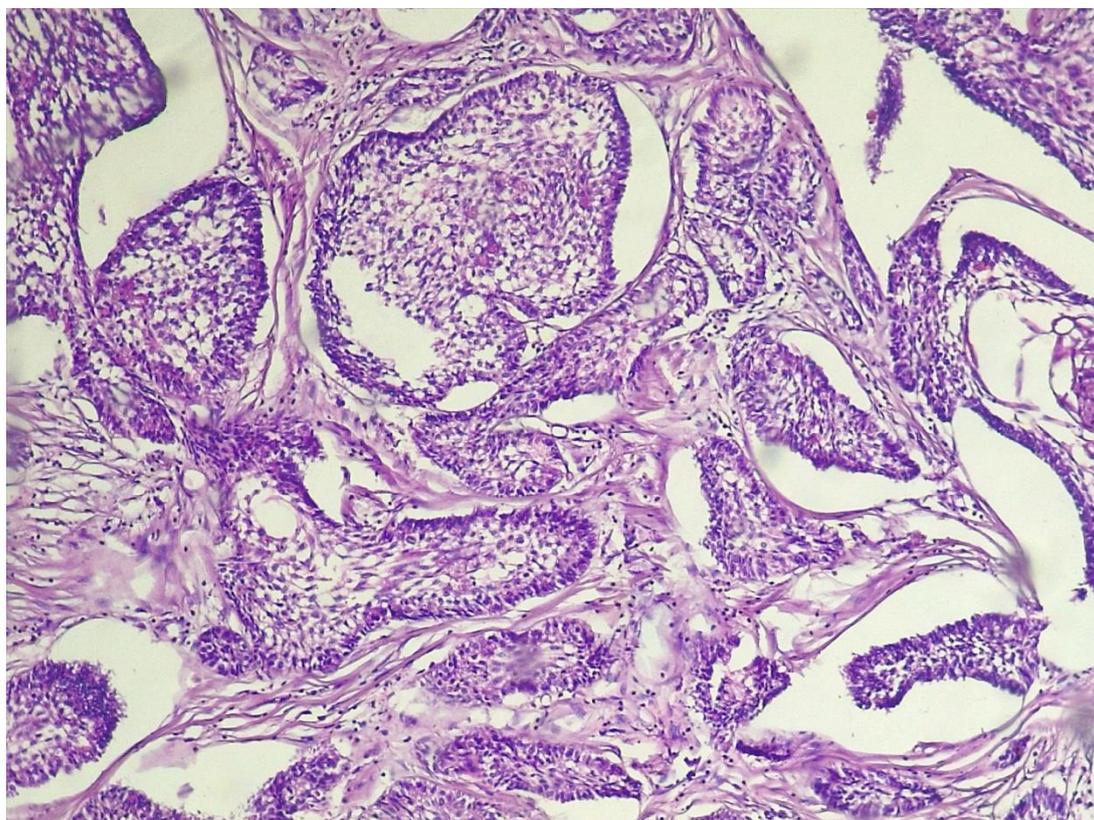


Figure : Microphotographie d'un améloblastome : prolifération tumorale, composée par des cellules non atypiques, organisées en îlots et en nappes. Les cellules sont disposées en palissades en périphérie et réticulaires au centre.

Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA Antananarivo