

Améloblastome périphérique : traitement chirurgical assisté par caméra thermique infrarouge : A propos d'un cas

Delarue M¹, Derruau S^{1,3}, Troyon P², Birembaut P^{2,3}, Polidori G^{3,4}, Lefèvre B^{1,3}, Laurence S^{1,3}, Mauprivez C^{1,3}



1-Service de Chirurgie Orale, Pôle Médecine Bucco-dentaire du CHU Reims
2-Service d'Anatomopathologie, Hôpital Maison-Blanche, Laboratoire Pol Bouin, CHU Reims
3-Université Reims Champagne-Ardenne (URCA)
4-GRESPI, EA 4694, Groupe de Recherche en Sciences pour l'Ingénieur, Université de Reims

Introduction

Améloblastomes : Tumeurs odontogènes: formes intra-osseuses (centrales) +++ ,
formes extra-osseuses (gingivales) rares : moins de 0.05% des tumeurs de la cavité orale et 4% des tumeurs odontogènes.(1)

Améloblastome périphérique (AP) ou extra-osseux : tumeur bénigne rare odontogène caractérisée par un nodule au niveau de la gencive ou d'une crête édentée.

Peu de données (cas cliniques, petites séries de cas)

Ancienne appellation : carcinome baso-cellulaire intra-orale (IOBCC)

1 à 10% des améloblastomes intra- et extra-osseux.

Sexe ratio : 1,4 ♂ / 1 ♀

Âge moyen : entre 50-70 ans

Âges limites : entre 9 et 92 ans

Récidive : entre 16-19% (2) VS améloblastomes intra-osseux (entre 60-80%)

But : L'améloblastome périphérique: tumeur bénigne non agressive localement ?

Objectif II^r : Utilisation de la thermographie infra-rouge médicale (TIM)

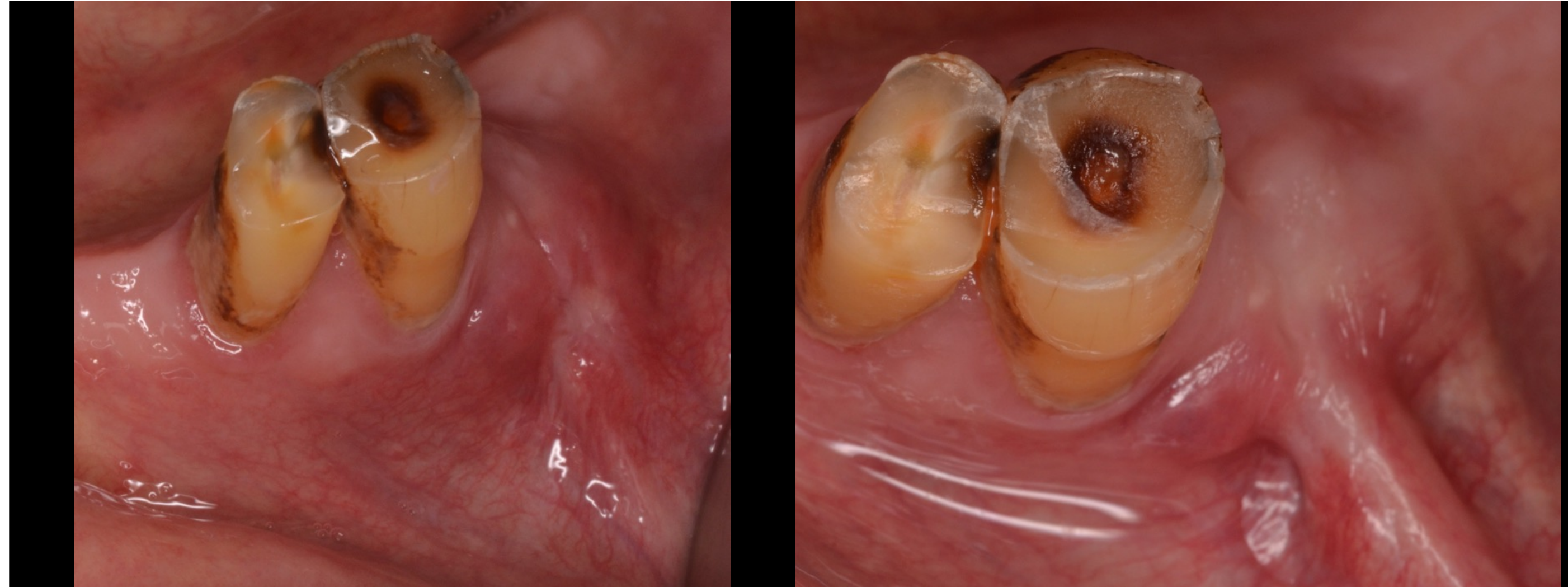


Image 1 et 2. Nodule centimétrique, rouge, dur, situé sur la gencive attachée vestibulaire distale de 33

Observation

Homme de 71 ans suivi pour diabète de type II équilibré, HTA traitée et stabilisée, pneumopathie chronique idiopathique, antécédent de pontage axillo-bifémoral

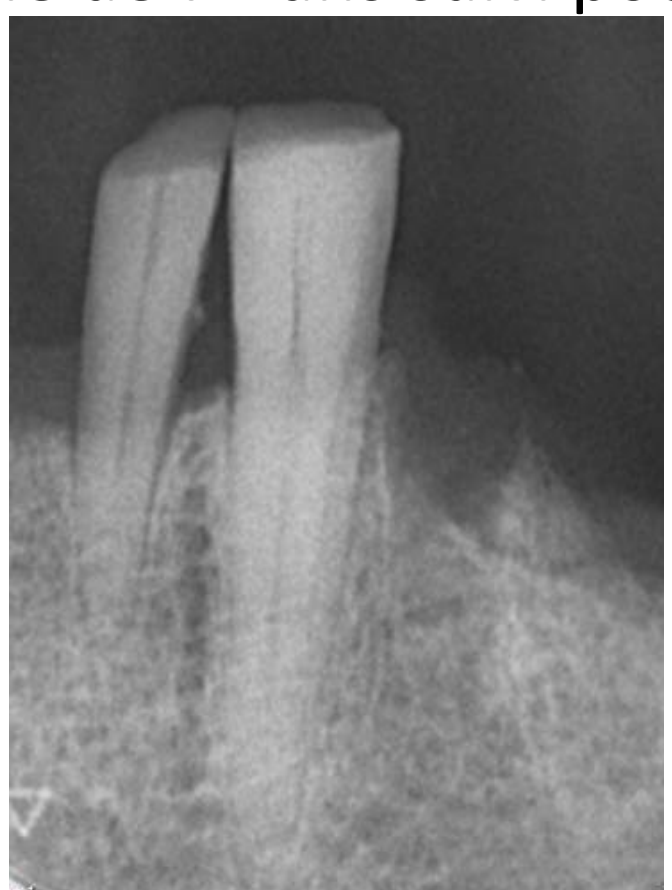


Image 3. Rétro-alvéolaire

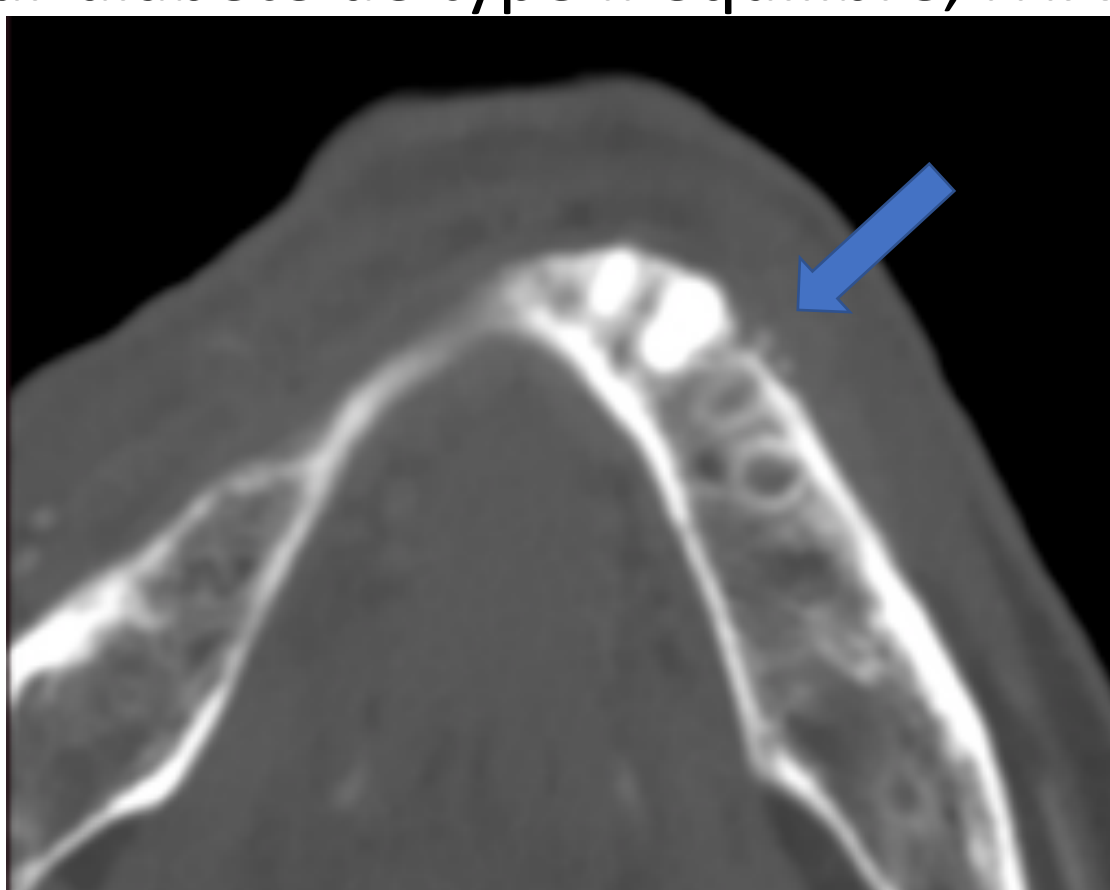


Image 4, 5 et 6. Calcifications extra-osseuses (2-3 mm) et « cupping » vestibulaire ex.34

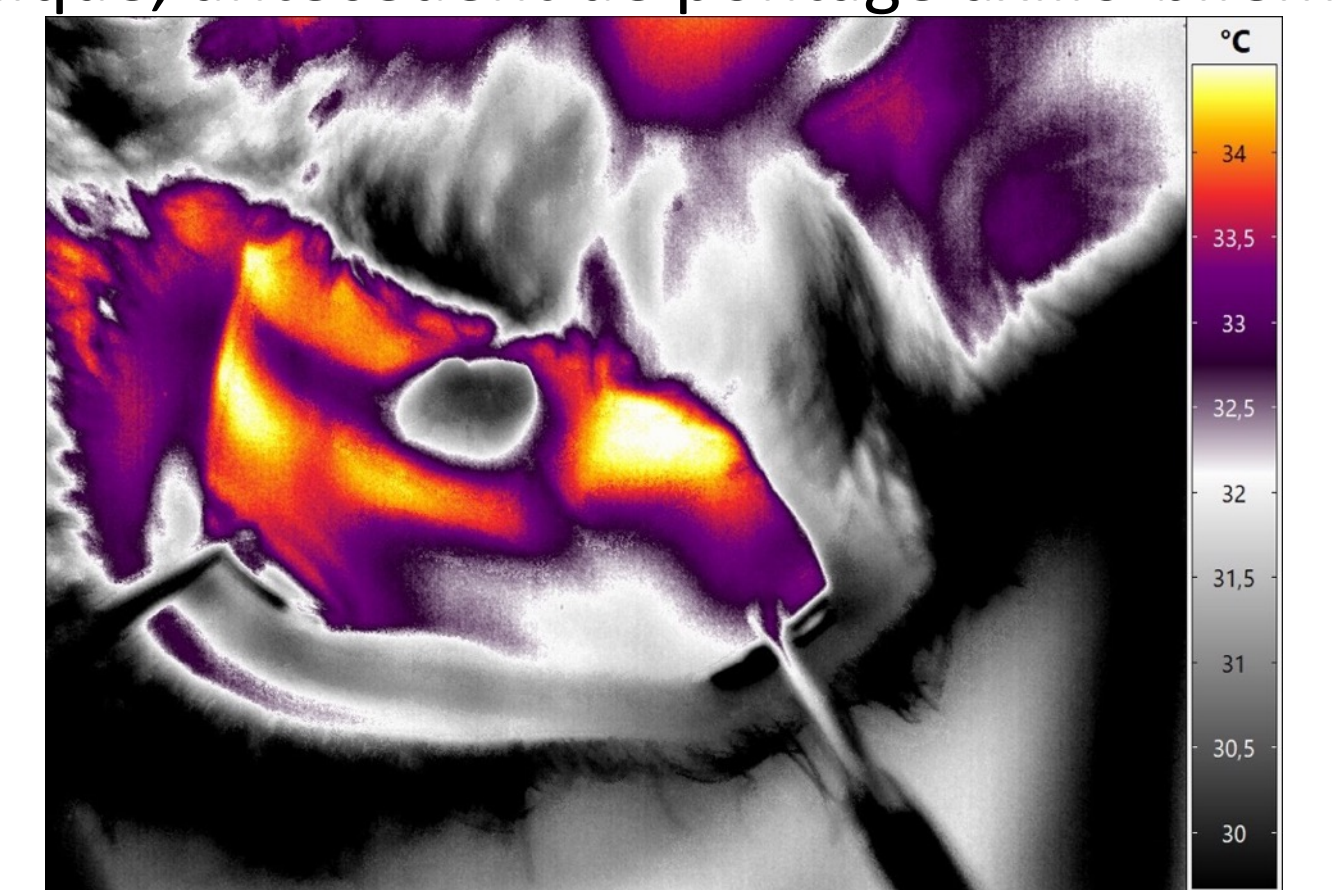
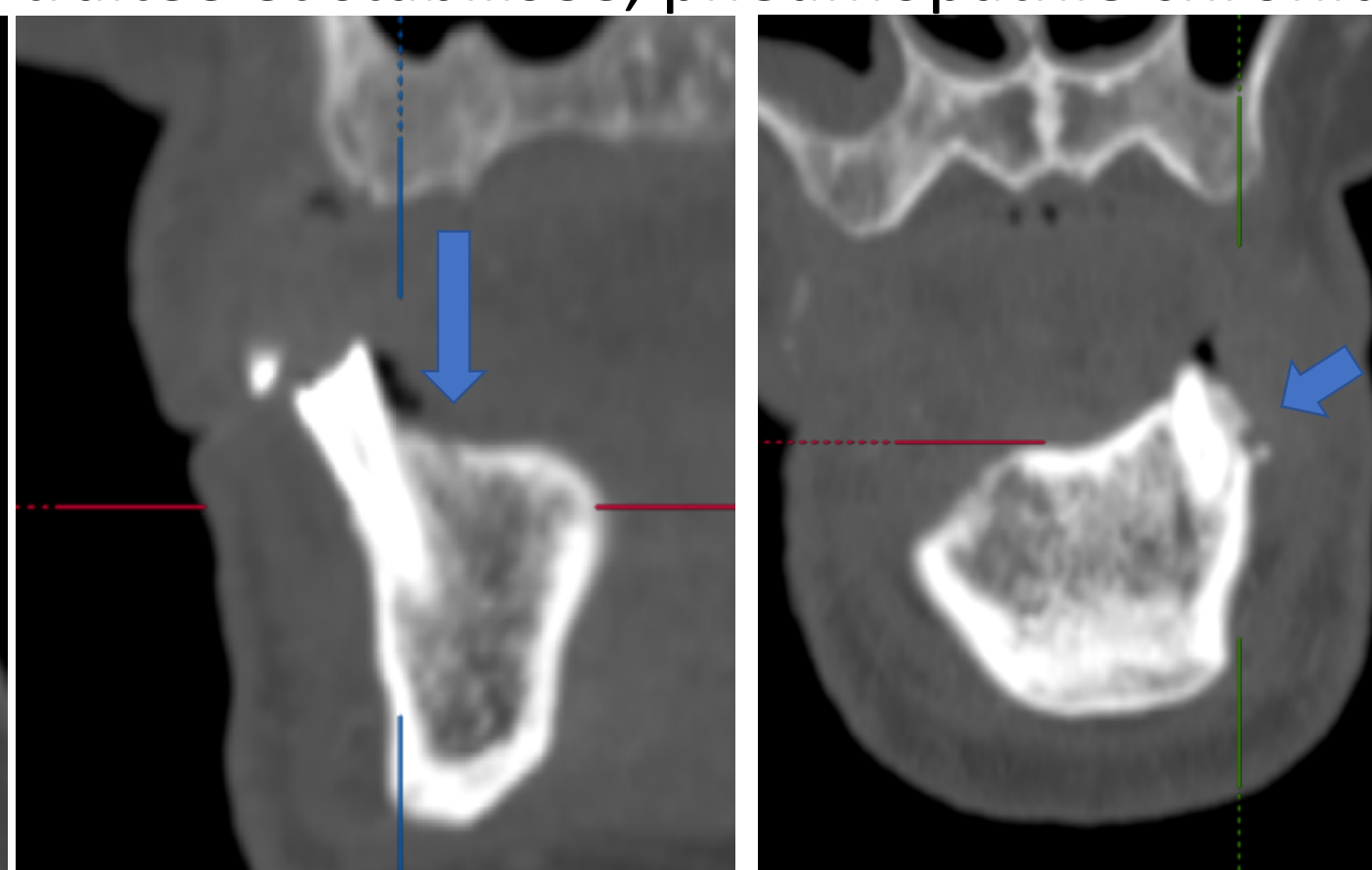


Image 7. TIM préopératoire

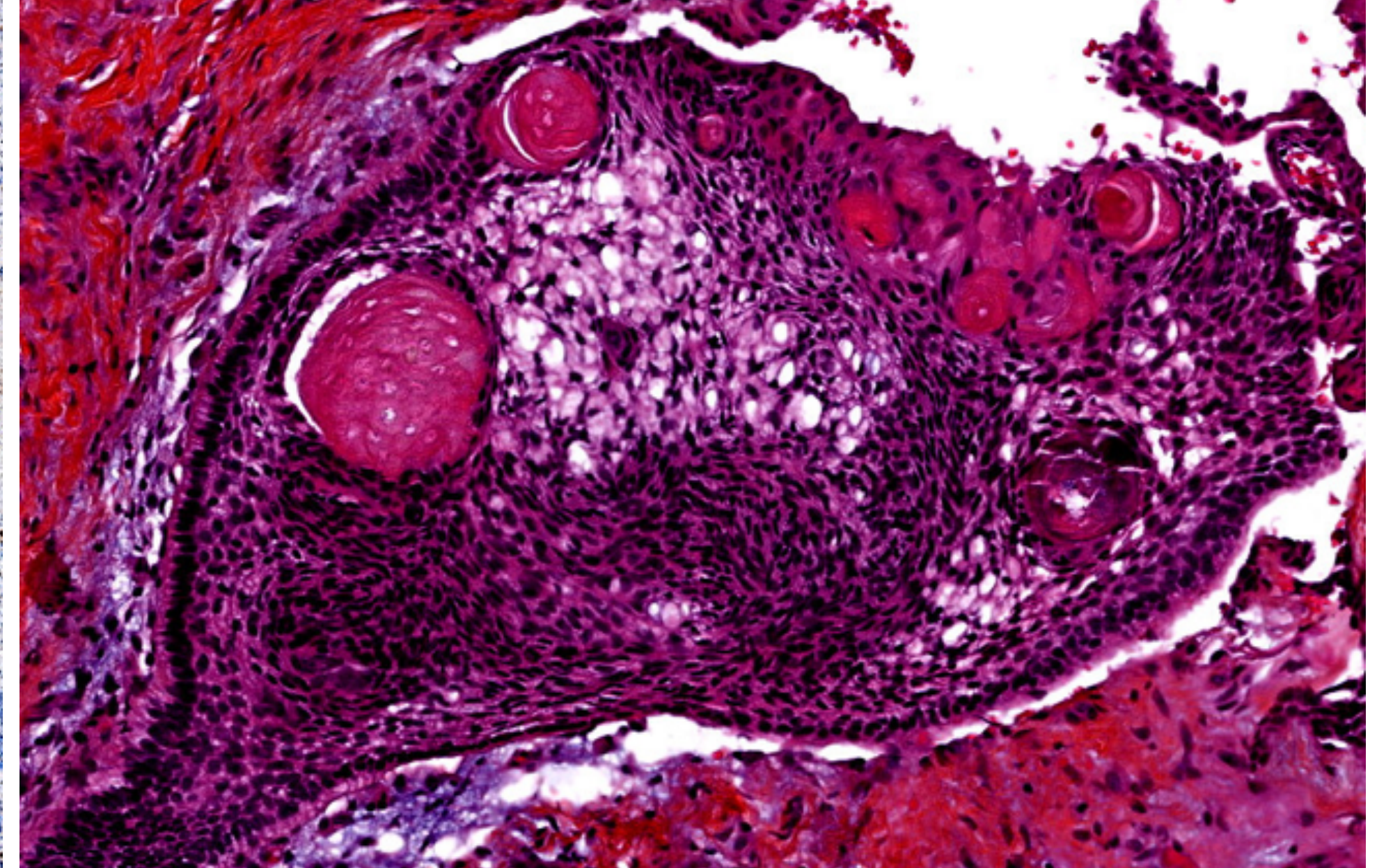
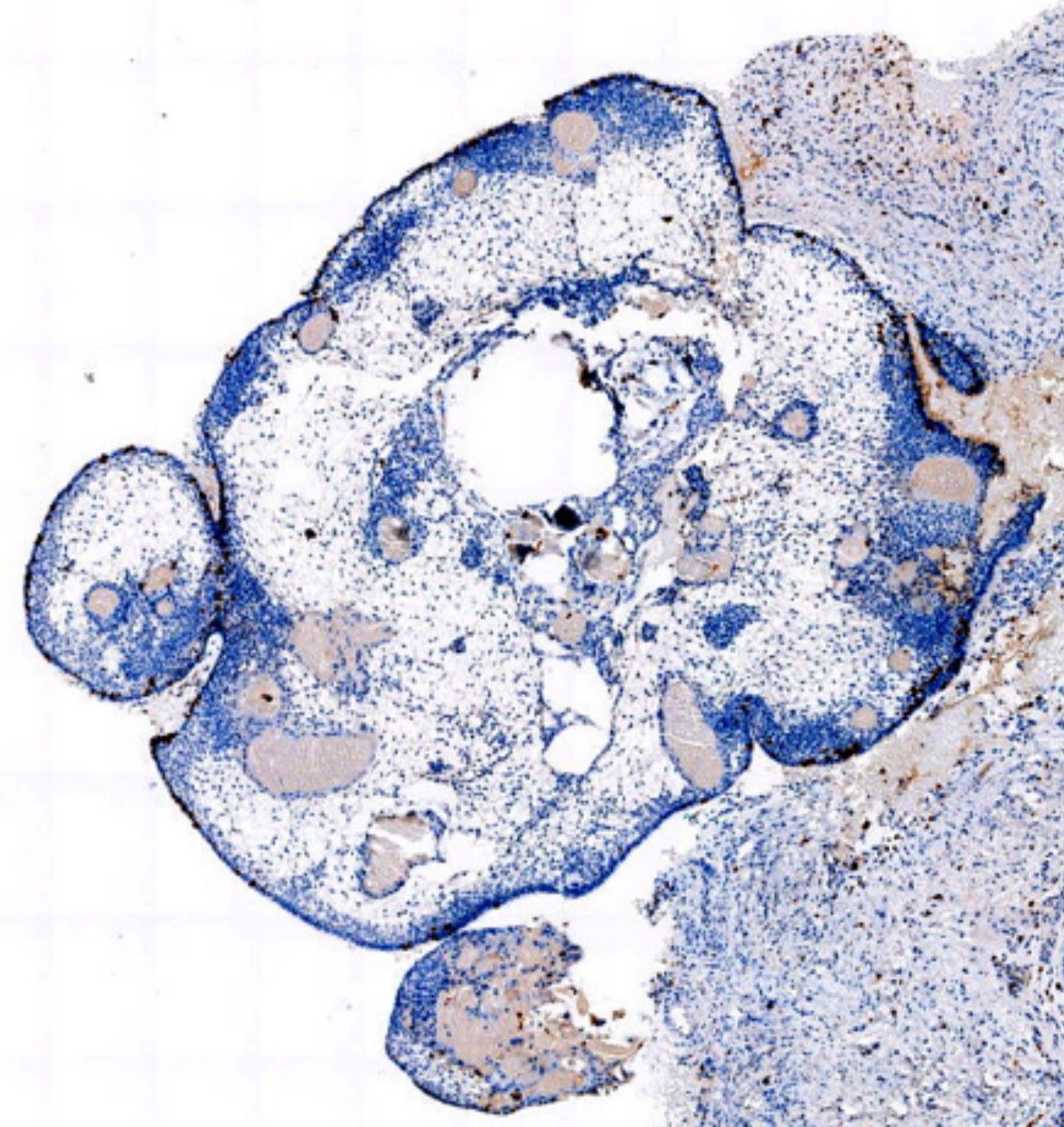
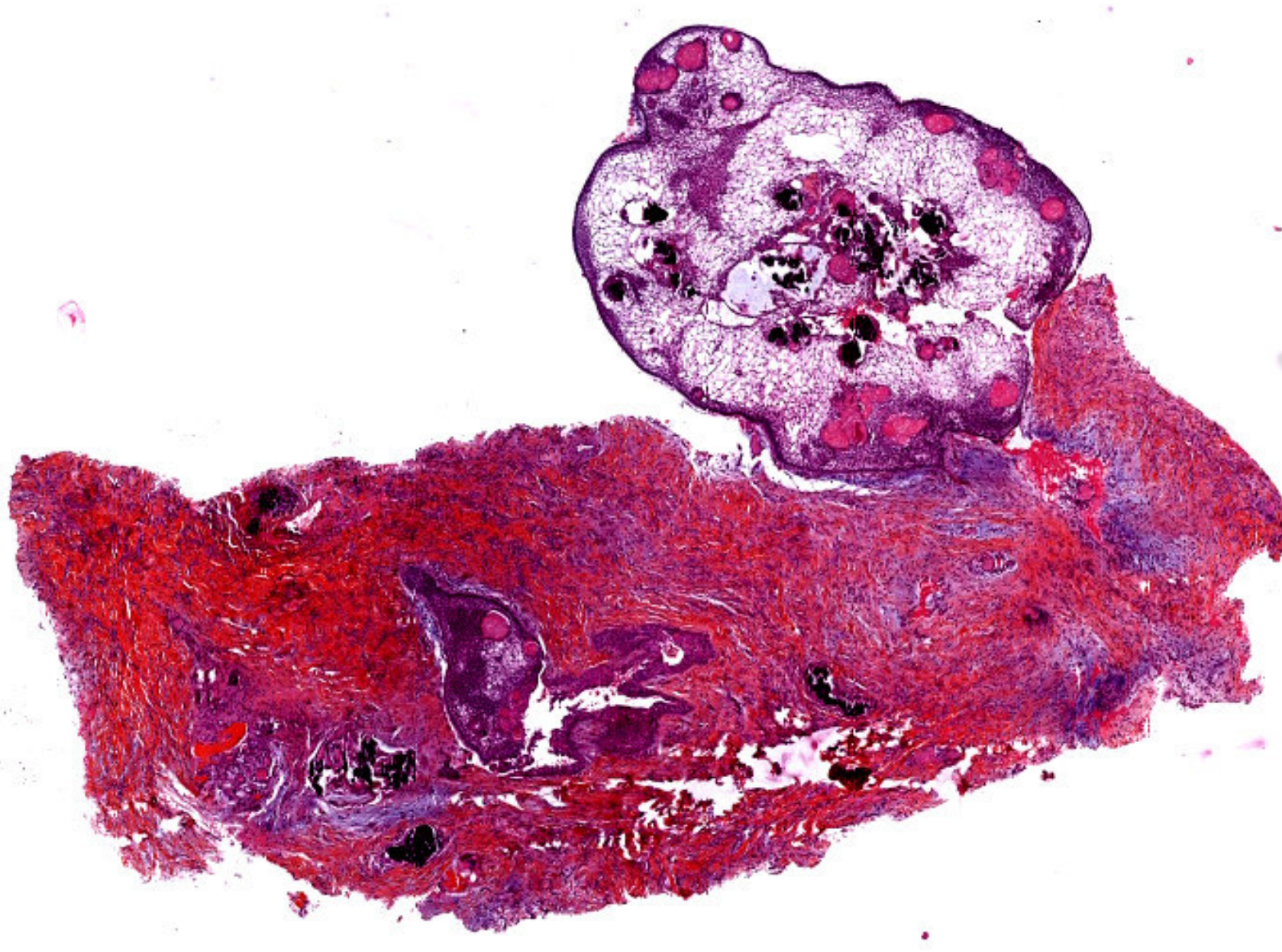


Image 8, 9 et 10. Examen anatomopathologique: 2 îlots d'épithélium odontogénique au sein d'un tissu conjonctif banal lâche. Cellules basales en périphérie des îlots tumoraux cylindriques, agencées en palissade avec une polarité nucléaire inversée. Au centre des îlots, des cellules étoilées disjointes. Des métaplasies malpighiennes avec la production de kératine et des micro-calcifications :

AP de sous-type folliculaire

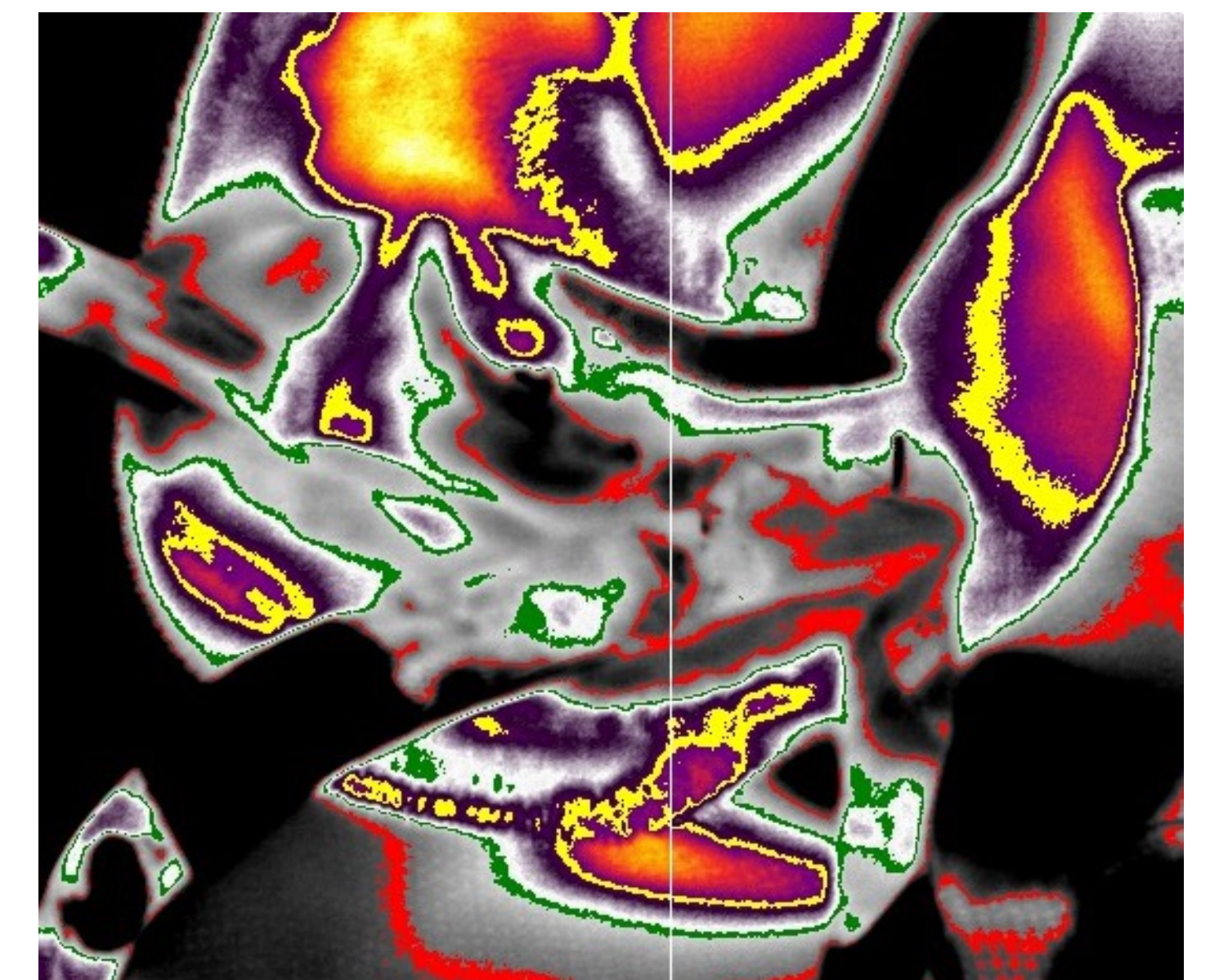
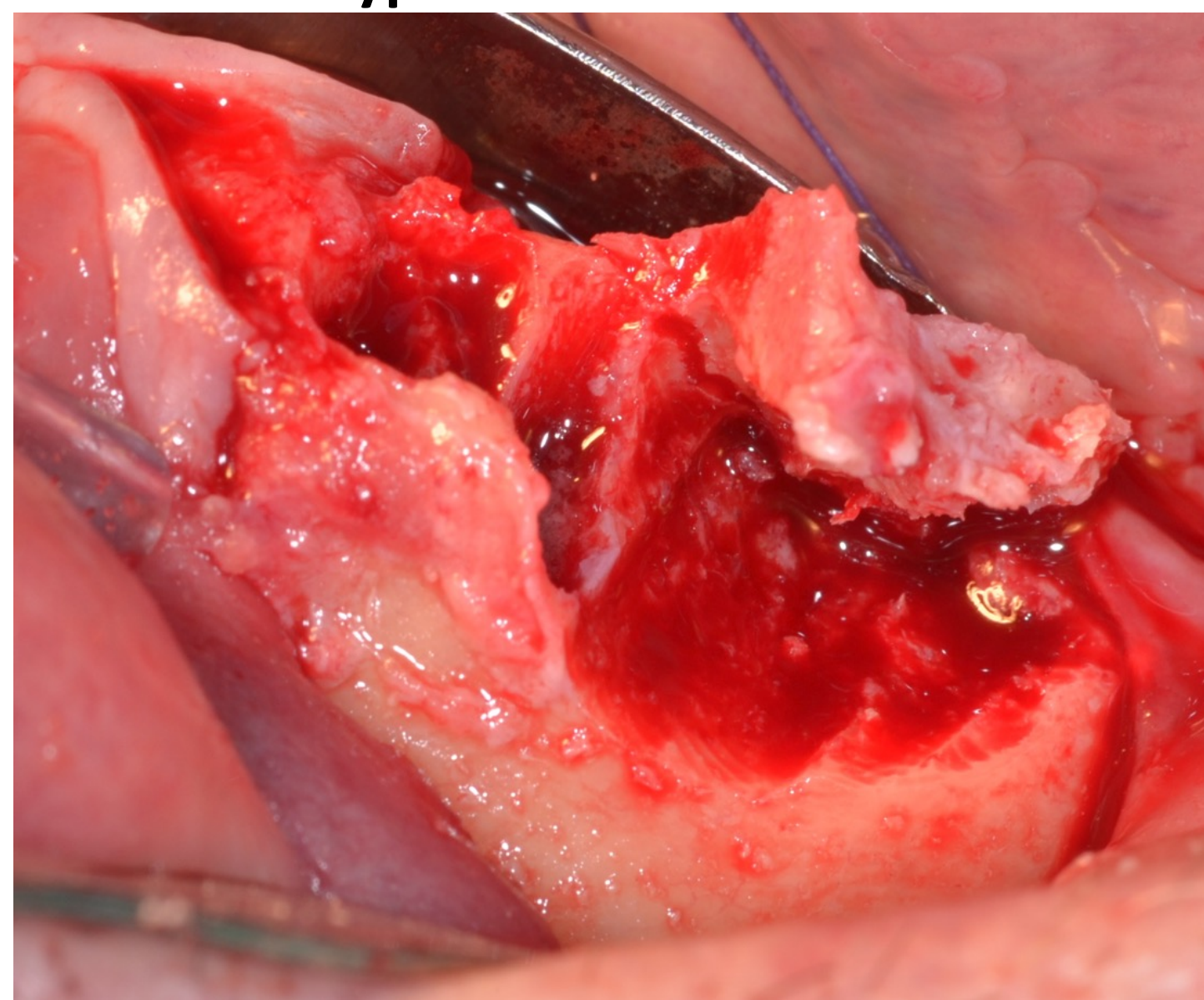
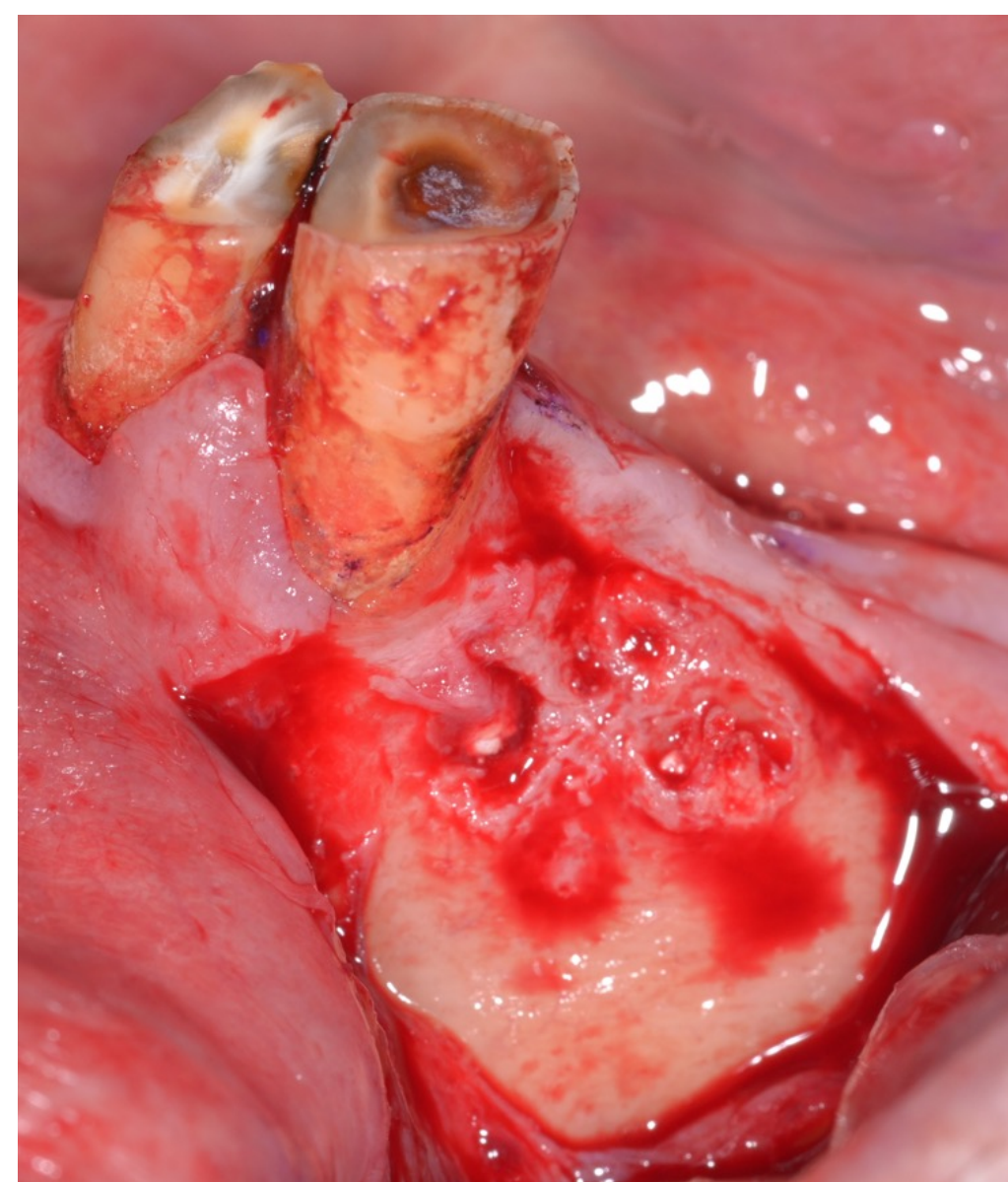


Image 11, 12 et 13 Exérèse sous-périostée et osseuse complète de la lésion avec des marges de 0,5cm à l'aide d'une caméra thermique infrarouge (IR FLIR SC620 camera, Systems,Wilsonville, OR).

Image 14. TIM post-opératoire

Discussion

➤ Améloblastome périphérique moins agressif :

Traitement de choix : exérèse sous-périostée en marge saine.

Taux de croissance moyen AP < autres sous-types histologiques d'améloblastome (0,17 vs 0,81 cm³/mois).

L'atteinte osseuse: « **cupping** » ou « **saucerisation** » = zone de dépression de la surface osseuse

Lésion non douloureuse, bien délimitée avec une évolution lente.

A l'étage immuno-histo-pathologique, aucun critère de gravité:

- Marqueur de prolifération Ki-67 positif mais faible sur les cellules périphériques
- Aucun des 28 génotypes d'HPV détecté
- Pas de mutation du gène BRAF (V600E)

7 cas d'AP malins avec ou sans métastase décrits dans la littérature.

Bien que Philipsen et al, (2) rapportent un faible taux de récurrence pour les AP (entre 16-19%) comparativement aux améloblastomes intra-osseux (entre 60-80% selon le type histologique), **l'atteinte de l'os cortical et une exérèse incomplète sont les deux principaux facteurs de mauvais pronostic** (2).

➤ Thermographie infrarouge médicale : outil thérapeutique de lésions tumorales inflammatoires de la muqueuse buccale.

- Méthode **non invasive** → visualisation des cartes de température de la peau.
- **Optimisation** de la cartographie peropératoire de la lésion et contrôle post-exérèse (3).
- 1^{ère} utilisation dans les procédures chirurgicales pour l'AP.

Conclusion

L'améloblastome périphérique est une **tumeur odontogène bénigne localement non agressive**.

La thermographie infrarouge médicale peut être **utile pour déterminer l'étendue réelle de la tumeur odontogène avant l'intervention** au bloc opératoire.

Cette technique permet au chirurgien de s'assurer que toutes les zones atteintes sont enlevées pendant la chirurgie et minimiser le risque de récurrence.

Références

- (1) Buchner A et al. Relative frequency of peripheral odontogenic tumors: a study of 45 new cases and comparison with studies from the literature. J Oral Pathol Med. 2006; 35: 385-91.
- (2) Philipsen HP et al. Peripheral ameloblastoma: biological profile based on 160 cases from the literature. Oral Oncol. 2001; 37:17-27.
- (3) Polidori G et al. Medical Infrared thermography assistance in the surgical treatment of axillary Hidradenitis suppurativa : a case report. Int J Surg Case Rep. 2017;34: 56-9.