

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**  
\*\*\*\*\*  
**UNIVERSITE DE BAMAKO**

**REPUBLIQUE DU MALI**  
*UN PEUPLE – UN BUT - UNE FOI*



\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE ACADEMIQUE 2010-2011**

**N°.....**

**TITRE**

**LES AMELOBLASTOMES DES MAXILLAIRES DANS LE SERVICE  
DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU  
CHU-OS DE BAMAKO DE JANVIER 2007 A DECEMBRE 2010**

**THESE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/10/011  
DEVANT  
LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE  
*PAR : Mme Sidibé Kadia Keïta*  
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

***JURY***

**PRESIDENT DU JURY: Pr Diombana Mamadou Lamine**

**MEMBRES du jury : Dr Ba Boubacar**

**CO-DIRECTEUR de thèse : Dr Traoré Hamady**



**DIRECTEUR de thèse : Pr Coulibaly Tiémoko Daniel**



# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Nous dédions ce travail :

**A notre père Labass Keita:**

Nous manquons de mots à votre égard, vous avez été et vous resterez toujours pour nous un père exemplaire. Vous avez su nous élever de toutes vos forces avec rigueur et tendresse. Ce travail est le résultat de vos prières et sacrifices, vos bénédictions seront toujours pour nous la lampe qui illumine la voie sur le chemin de l'honneur.

**A notre père Mouctar Keïta:**

Nous vous disons merci.

**A notre mère Oumou Sow:**

Vous avez cultivé en nous le sens de l'honneur et de la dignité. Vous vous êtes toujours battue à nos côtés. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous et qu'Allah le tout puissant vous donne longue vie.

**A notre mère Fadyl Coulibaly :**

Ce travail est le fruit de votre souffrance. Nous avons été séparées très tôt ;

Que Dieu nous donne longue vie afin que nous puissions récupérer un peu de ce temps perdu.

**A Notre Oncle Louckman Keita et sa famille:**

Pour tout le soutien que vous n'avez cessé de nous apporter, nous vous disons merci.

**A nos frères et sœurs de la famille Keita:** Souleymane, Mariam, Asanaou, Coumba, Aminata, Oumou, Alymami, Maimouna, Mariétou, Assétou, Awa, Kadiatou, Ismael,

En témoignage de votre sympathie et de votre fraternité.

**A notre tante Safiatou Sidibé.**

Vous avez été exceptionnelle et extrêmement gentille à notre égard

Vos conseils nous ont beaucoup aidés tout au long de ce travail et nous vous remercions infiniment du fond du cœur

**A nos neveux et nièces.**

Votre amour et le respect d'autrui font de vous de petits anges

## **MENTION SPECIALE**

**A notre époux Idrissa Sidibé :**

Vous êtes non seulement notre époux mais notre compagnon de tous les jours. Nous vous remercions pour votre apport combien inestimable, vous avez été toujours présent à nos côtés chaque fois que nous avons eu besoin de vous.

**A notre fille Dickel-Saffy Sidibé dite << Disa >> :**

Vous êtes notre raison d'être. Votre venue au monde nous a procuré la plus grande joie qu'une personne pourrait avoir dans la vie.

## **Remerciements**

Au corps professoral, au Personnel du Décanat de la FMPOS de Bamako.

Merci pour l'encadrement.

**Au professeur Mamadou Lamine Diombana.**

Pour nous avoir donné la chance de réaliser notre rêve

**A notre Oncle Bakary Sow et sa Famille**

Vous m'avez accueillie dans votre famille à bras ouverts. Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

**A tous mes copains et copines de la FMPOS**

Aba, Founè, Abou, Alfousseni, Sirantou, Awa Djèneba, Diarra, Bekaye Wélé, Adama, Enoch, Abdramane, Kékouta,

Vous avez été comme des sœurs et des frères à notre égard. Jamais nous n'oublierons tout ce que vous avez fait pour nous. Merci pour vos soutiens, ce travail est le vôtre.

**A la famille Bourama Tangara.**

Pour vos sages conseils et bénédictions.

**A la Famille Sidibé de Tièkan:**

pour nous avoir acceptée dans votre famille comme une des vôtres.

**A Mr Kasim Sidibé et famille**

pour votre bénédiction de tous les jours

**A la Famille Gaoussou Sow**

Vous avez été merveilleux pour nous. Soyez en remerciés

**A nos aînés internes des hôpitaux Dr coulibaly A D et Dr Thera T D:**

Pendant tout le long de ce travail, nous avons bénéficié auprès de vous d'une très grande assistance et d'une profonde sympathie. Acceptez ce modeste travail avec toute notre reconnaissances.

**A tout le personnel du CHU-OS. Particulièrement :**

**Ousmane Maiga ,Mme Guindo, Mme Dembélé, Dr Touré, Fatim Sidibé**

Nous vous remercions pour votre grande gentillesse. Que Dieu vous aide dans toutes vos entreprises.

**A tous les thésards et stagiaires du CHU-OS**

**A tous nos Amis du lycée Michel Allaire de Ségou.**

A tous ceux qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce travail dont les noms ne figurent pas ici, nous vous disons merci.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A Notre Maître et Président du jury : Professeur Diombana  
Mamadou Lamine**

- Maître de conférence d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la FMPOS



- Directeur général du CHU-OS
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo- faciale au CHU-OS
- Ancien chef de service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital de Kati
- Médaillé du mérite de la santé du mali

**Cher Maître ;**

- Voici venu le moment de vous présenter nos sincères remerciements pour nous avoir acceptée dans votre service.
- Nous avons été impressionnée par votre personne ; un homme de science éclairé, un praticien infatigable.
- Votre modestie, votre disponibilité, votre sens élevé de la perfection, votre patience dans la transmission du savoir vos qualités humaines nous ont à jamais marquée.
- Nous avons bénéficié de votre encadrement avec une grande satisfaction.

**Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et très grande considération**

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE : Docteur Ba Boubacar**

- Maître assistant d'odonto-stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale à la FMPOS.

➤ Praticien hospitalier au C.H.U.-O.S.

### **Cher maître**

- C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité permanente et vos qualités scientifiques ont forcé notre admiration.
- **Veillez accepter, cher maître, toute notre reconnaissance.**

**A notre maître et co-directeur de thèse :**

**Docteur Traoré Hamady**

➤ Maître Assistant d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la FMPOS

- Chef de service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital mère-enfant le Luxembourg
- Praticien hospitalier au CHUOS de Bamako
- Président du comité médical d'établissement du CHME

**Cher maître,**

- Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades fait de vous un maître exemplaire.
- **Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.**

**A Notre Maître et directeur de thèse: professeur Coulibaly  
Tiémoko Daniel**

- Maître de conférence d'Odontostomatologie et de chirurgie Maxillo facial à la FMPOS
- Chef de service d'odontologie chirurgicale du CHU-OS.

➤ Président du comité médical d'établissement du CHU-OS.

**Cher maître.**

- c'est un honneur de vous avoir comme Directeur de thèse. Vous êtes plus qu'un initiateur, vos suggestions et votre disponibilité ne nous ont jamais fait défaut tout au long de ce travail. Votre souci du travail bien fait, vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre ; c'est une fierté pour nous d'avoir été parmi vos élèves.
- **Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.**

## **SIGLES ET ABRÉVIATIONS:**

B W: Bordet Wassermann.

C H U: centre hospitalier universitaire .

C H U- OS: centre hospitalier universitaire – d’odonto-stomatologie.

C N O S: centre national d’odonto-stomatologie.

D.E.S.C : diplôme d’études spécialisées complémentaire.

E C B U : examen cyto bactériologique des urines.

EDE : épithélium dentaire externe.

EDI : épithélium dentaire interne.

EPA : établissement public à caractère administratif.

EPH : établissement hospitalier public.

HB : hémoglobine.

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d’odonto-stomatologie.

GE : goutte épaisse.

N F S : numération formule sanguine.

OMS : organisation mondiale de la santé.

P O K : parasites, œufs, kystes.

T D M: tomодensitométrie.

SRV : sérologie rétrovirale.

## PLAN

### I-Introduction

A-Préambule

B-Intérêt

C-Généralités

**II-Patients et Méthodes**

**III-Résultats**

**IV Commentaires et Discussion**

**V-Conclusion et Recommandations**

## **Chapitre I-Introduction**

Préambule -----	1
Intérêt-----	3
Généralités -----	4
Définition -----	4
Historique -----	5

Rappels -----	5
Rappels anatomiques -----	5
Rappels histo-embryologiques -----	22
Classification -----	26
Etiopathogénie -----	28
Clinique -----	28
Circonstances de découverte -----	28
Examens radiologiques -----	29
Evolution -----	34
Anatomopathologie -----	34
Localisation -----	34
Macroscopie -----	35
Histologie -----	35
Formes Cliniques -----	38
Traitement -----	40
But -----	40
Moyens thérapeutiques -----	40
Indications -----	43
Reconstruction mandibulaire -----	44
Résultats -----	46
Objectifs -----	47
Objectif général -----	
47	
Objectifs spécifiques -----	47
<b>Chapitre II-Patients et Méthodes</b>	
Lieu et cadre d'étude -----	49

Type d'étude -----	
50	
Période d'étude -----	
50	
Population d'étude -----	50
Echantillonnage -----	50
Critères d'inclusion -----	50
Critères de non inclusion -----	51
Recueil des données -----	51
Saisie et analyse des données -----	51
Aspect éthique -----	
51	
<b>Chapitre III-Résultats -----</b>	<b>53</b>
<b>CHAPITRE IV Commentaires et Discussion -----</b>	<b>72</b>
<b>CHAPITRE V-Conclusion et Recommandations -----</b>	<b>77</b>
- Bibliographie -----	79
-Annexes	



## **A-Préambule**

L'améloblastome est une néoformation bénigne à potentiel évolutif et invasif local, qui prend naissance à partir de l'épithélium odontogène et se développe au sein d'un stroma fibreux, sans reproduire dans son développement de tissus calcifiés tels que l'émail, la dentine ou autres matériaux. **(25)**

La terminologie « tumeurs odontogènes » désigne un ensemble de lésions issues de la prolifération d'un ou de plusieurs composants de l'appareil odontogène à des stades de l'organogenèse dentaire. **(34)**

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne qui représente 1% des kystes et des tumeurs des maxillaires. **(8)**

Elle se rencontre avec une égale fréquence dans les 2 sexes

L'atteinte mandibulaire est la plus fréquente. **(6)**

La tumeur peut se rencontrer tout au long de l'existence mais, c'est le plus souvent entre 30-50 ans qu'elle est découverte, avec une fréquence particulière des formes kystiques chez les adultes jeunes. **(25)**

En Tunisie, selon l'étude de Y Jeblaoui l'âge moyen de survenue serait .de 35 ans, avec 62% de localisation mandibulaire. **(45)**

Son diagnostic peut être difficile en raison de son polymorphisme radio clinique. Le traitement chirurgical pose l'épineux problème du choix de la méthode, notamment dans les formes extensives, en raison des conséquences fonctionnelles, esthétiques et évolutives. **(33)**

Au Mali, en 1994 Diombana et Coll. dans une étude prospective portant sur 35 cas, ont démontré que : l'améloblastome représente 6,74% des consultations stomatologiques, l'âge moyen de découverte étant de 27 ans, la tranche d'âge de 26 à 45 ans étant la plus touchée avec un sex-ratio de 1,5 en faveur des femmes ; la tumeur siège au niveau du maxillaire inférieur dans 91,70% des cas.(14)

## **B-Intérêt du sujet**

L'améloblastome est la tumeur odontogène la plus fréquente.

Il siège surtout au niveau de la mandibule.

Son aspect radiologique polymorphe peut être source de piège diagnostique.

Ce sont des tumeurs bénignes à évolution locale qui ne dégénèrent que très exceptionnellement.

La gravité de ces tumeurs réside dans leur latence et leur évolution à bas bruit qui fait que la découverte est souvent tardive.

Son traitement chirurgical peut être difficile, notamment dans les formes extensives.

Le traitement est dans la majorité des cas chirurgical, justifiant une exérèse large pour éviter les récurrences qui nécessitent des interventions de rattrapage incertaines et mutilantes.

La radiothérapie est réservée aux formes inopérables. **(33 ,25)**

## **C-Généralités**

### **1-Définition**

Améloblastome est un néoplasme vrai de l'organe de l'email dont la différenciation ne va pas jusqu'à la formation d'email. **(37)**

L'O.M.S le définit comme un « néoplasme » polymorphe bénin mais localement invasif, qui a le plus souvent une architecture folliculaire ou plexiforme dans un «stroma fibreux». **(28)**

L'améloblastome atteint avec prédilection le sexe masculin, il semble que la maladie soit plus fréquente chez les sujets de race noire.

La tumeur peut se rencontrer tout au long de l'existence mais, c'est le plus souvent entre 30 et 50 ans qu'elle est découverte, avec une fréquence particulière des formes kystiques chez les adultes jeunes.

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne développée à partir des débris épithéliaux de Malassez après régression de l'organe de l'email. **(2)**

Du fait de sa propension à envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récurrence après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale. **(1)**

L'améloblastome est une tumeur dysembryoplasique d'origine dentaire qui représente 54,3% selon CHOMETTE. (24)

## **2-Historique**

Le terme « améloblastome » a été suggéré par Ivy et Churchill en 1930, pour remplacer le terme « épithéliome adamantin » proposé par Malassez en 1885 et le terme « adamantinome » introduit par Derjinsky en 1890, dans la mesure où il n'y a pas de formation de tissu dur dans ce type de tumeur.

Les premiers rapports concernant cette tumeur sont ceux de Cuzack en 1827 et de Broca en 1879.

Le terme « améloblastome » semble quand même mal choisi dans la mesure où la tumeur ne dérive pas des améloblastes. (37)

## **3-Rappels :**

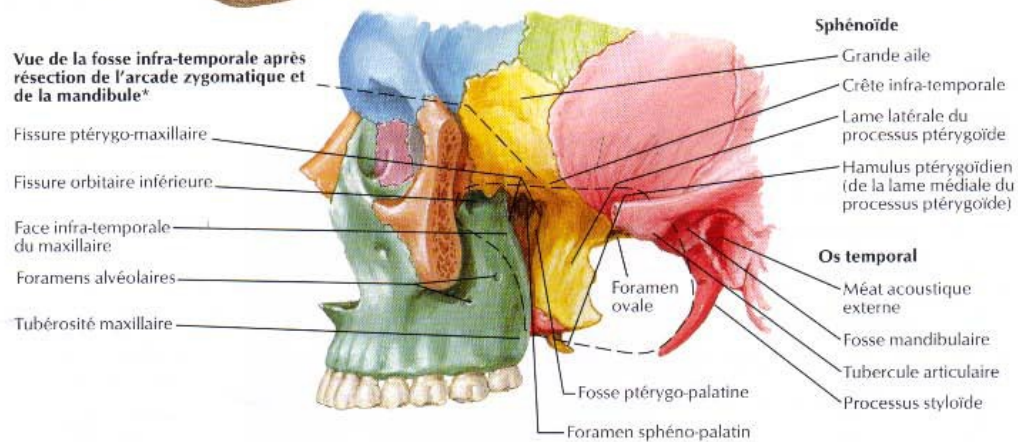
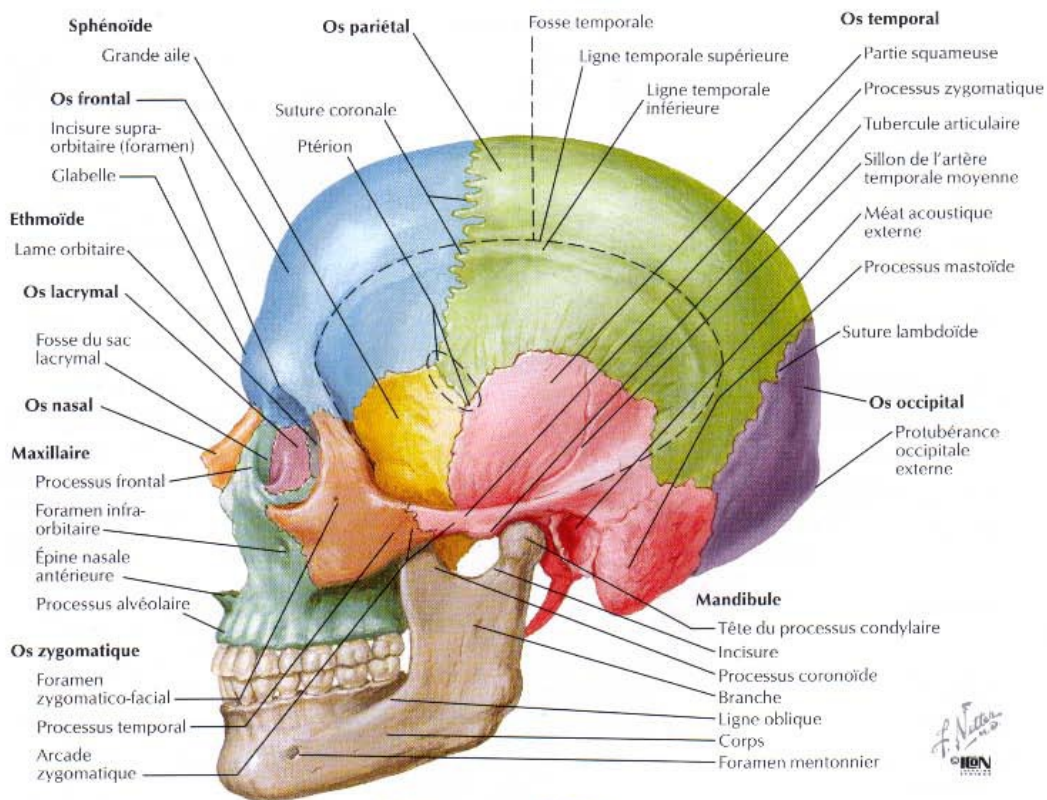
### **3-1-Rappels anatomiques**

#### **a) Os de la face**

Le squelette de la face est placé au-dessous de la moitié antérieure du crâne. Il se divise en deux parties principales : la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure. La mâchoire supérieure est formée par treize os parmi lesquels un seul est médian et impair, le vomer. Tous les autres sont pairs, latéraux et placés avec symétrie de part et d'autre de la ligne médiane. Ces os sont : les maxillaires, les os lacrymaux, les palatins, les cornets nasaux, les os nasaux et les zygomatiques.

La mâchoire inférieure est constituée par un seul os, la mandibule. (40)

**Tête osseuse : vue latérale**



\* Superficiellement, le processus mastoïde forme la limite postérieure

Figure 1 : tête osseuse : vue latérale Maxillaire. (16)

**b) Le maxillaire**

Le maxillaire est situé au-dessus de la cavité propre de la bouche, au-dessous de la cavité orbitaire, en dehors des cavités nasales. Il prend part à la formation des parois de ces trois cavités. En s'articulant avec celui du côté opposé, il forme la plus grande partie de la mâchoire supérieure. Le maxillaire est volumineux ; il est cependant léger, ce qui tient à l'existence d'une cavité, le sinus maxillaire, qui occupe les deux tiers supérieurs de l'épaisseur de l'os. La configuration extérieure du maxillaire est très irrégulière. On peut cependant lui reconnaître une forme quadrilatère et distinguer à cet os deux faces, l'une, latérale, l'autre, médiale et quatre bords.

- Face latérale :

La face latérale présente, le long de son bord inférieur, des saillies verticales qui répondent aux racines des dents. La saillie déterminée par la racine de la canine, la bosse canine est surtout bien marquée. En dedans de la bosse canine se trouve une dépression, la fossette myrtiliforme. Sur la partie inférieure de cette fossette s'insère le muscle abaisseur du septum nasal.

Processus pyramidal ou zygomatique : Au dessus des saillies déterminées par les racines des dents, la face latérale du maxillaire fait saillie en dehors, sous la forme d'un processus pyramidal triangulaire, tronqué, présentant donc trois faces, trois bords, une base et un sommet.

La face supérieure ou orbitaire : est lisse, triangulaire, et constitue la plus grande partie du plancher de l'orbite.

De la partie moyenne du bord postérieur part un sillon, le sillon infra-orbitaire, qui se dirige en avant en bas et un peu en dedans, et se continue par le canal infra-orbitaire. Dans le sillon, le canal et le foramen infra-orbitaire, passent le nerf et les vaisseaux infra-orbitaires.

De la paroi inférieure du canal infra-orbitaire et à 5mm en moyenne en arrière du foramen infra-orbitaire se détache un canalicule étroit, le canal alvéolaire ; ce canal se dirige en bas à travers la paroi osseuse, et livre passage aux vaisseaux et au nerf dentaires antérieurs destinés à la canine et aux incisives du même côté.

La face antérieure ou génienne est en rapport avec les parties molles de la joue. Elle présente le foramen infra-orbitaire qui termine en avant le canal infra-orbitaire. Cet orifice est situé à 5 ou 6 mm environ au-dessous du rebord inférieur de l'orbite.

Au dessous du foramen infra-orbitaire, la face antérieure est excavée. Cette dépression, appelée fosse canine, doit son nom à ses rapports avec le muscle releveur de l'angle de la bouche.

La face postérieure ou zygomatique : forme la paroi antérieure de la fosse infra-temporale et son arrière-fond. Elle est convexe dans sa partie médiale, elle devient concave transversalement, en dehors, près de l'os zygomatique. La partie médiale, convexe, saillante, est appelée tubérosité maxillaire.

On voit, dans sa partie moyenne, les orifices des canaux alvéolaires, au nombre de deux à trois, dans lesquels s'engagent les vaisseaux et nerfs dentaires postérieurs.



Le bord antérieur : sépare la face orbitaire de la face antérieure. Il forme le tiers médial environ du rebord inférieur de l'orbite.

Le bord postérieur : sépare la face supérieure de la face postérieure. Il constitue le bord inférieur de la fissure orbitaire inférieure.

Son extrémité latérale dessine une saillie en forme de crochets ; c'est l'épine malaire, dont la concavité postérieure limite en avant cette fente.

Le bord inférieur : concave, épais et mousse, sépare la face antérieure de la face zygomatique.

La base : occupe en hauteur les trois quarts supérieurs environ de la face latérale du maxillaire.

Le sommet : est tronqué, triangulaire, et s'articule avec l'os zygomatique.

- **Face médiale :**

Elle est divisée en deux parties fortes inégales par un large processus horizontal, le processus palatin du maxillaire. Au-dessous du processus palatin du maxillaire, la surface médiale appartient à la paroi buccale au-dessus, à la paroi latérale des fosses nasales.

Processus palatin : C'est une lame osseuse triangulaire, aplatie de haut en bas. Elle s'articule sur la ligne médiane avec celle du côté opposé et contribue à former la cloison qui sépare les cavités nasales de la cavité buccale.

- La face supérieure : lisse, concave transversalement, appartient au plancher des cavités nasales.

- La face inférieure : fait partie de la fossette condylienne antérieure. Elle est rugueuse, perforée de nombreux foramens vasculaires et presque toujours creusée, près de son bord latéral, d'une gouttière oblique en avant et en dedans, où cheminent l'artère et les veines palatines descendantes, ainsi que le nerf palatin antérieur.
- Le bord latéral : curviligne, s'unit à la face médiale de l'os.
- Le bord postérieur : transversal, s'articule avec la partie horizontale de l'os palatin.
- Le bord médial : plus épais en avant qu'en arrière. Il fait saillie vers le haut, sous la forme d'une arête, la crête nasale qui court le long de ce bord sur la face supérieure du processus. Quand les deux processus palatins sont articulés, l'union des deux crêtes nasales n'en forme plus qu'une, faisant saillie sur la ligne médiale du plancher des cavités nasales.

Dans le tiers antérieur du processus, la crête nasale s'élève brusquement et devient une haute lamelle qui s'étend jusqu'au bord antérieur de l'os, ou elle se projette en avant sous la forme d'une saillie triangulaire aigüe, l'épine nasale antérieure.

Sur la face inférieure, l'articulation des deux processus palatins se traduit par une suture médiane, la suture intermaxillaire. A l'extrémité antérieure de cette suture se trouve un orifice ovalaire, le foramen incisif, long de 1 cm, large de 5 mm. Il donne accès dans le canal incisif. Celui-ci résulte de l'union de deux demi-gouttières latérales appartenant chacune au processus palatin correspondant. Il est court et se bifurque en deux canaux secondaires latéraux

qui débouchent dans les cavités nasales, de chaque côté de la crête nasale. Ceux-ci livrent passage aux nerfs et vaisseaux naso-palatins.

- Partie buccale de la face médiale : Située au-dessous du processus palatin, elle consiste en une surface étroite, rugueuse, comprise entre le processus et le bord alvéolaire.
- Partie nasale de la face médiale: Elle présente un large orifice, irrégulièrement triangulaire à base supérieure, qui donne accès dans le sinus maxillaire. De l'angle inférieure de cet orifice part une fissure oblique en bas et un peu en arrière dans laquelle pénètre le processus maxillaire du palatin. Nous l'appellerons fissure palatine.

Au-dessus de l'orifice du sinus, la face médiale est creusée d'une ou deux dépressions, généralement peu profondes. Ces dépressions complètent des cavités correspondantes de l'os ethmoïde, transformées ainsi en cellules ethmoïdo-maxillaires.

En avant de l'orifice du sinus, descend le sillon lacrymal. Les deux lèvres du sillon sont très accusées. La lèvre antérieure fait suite au bord postérieur du processus frontal du maxillaire. De l'extrémité inférieure de cette lèvre part une crête oblique en avant et en bas ; c'est la crête conchale qui s'articule avec la partie antérieure du cornet nasal inférieur.

La lèvre postérieure du sillon lacrymal est constituée par la partie la plus élevée du bord antérieur de l'orifice du sinus maxillaire. A ce niveau, le bord antérieur du sinus se recourbe en dedans et en avant en une lamelle osseuse mince, qui porte le nom de concha lacrymalis.

Bords :

Les bords du maxillaire se distinguent en supérieur, inférieur, antérieur et postérieur.

- **bord supérieur** : le bord supérieur est mince et irrégulier. Il s'articule d'avant en arrière avec l'os lacrymal et avec la lame orbitaire de l'os ethmoïde. Il présente en regard de l'os lacrymal une échancrure concave en dedans, qui s'articule avec le hamulus lacrymalis de l'os lacrymal et forme avec lui le bord latéral de l'orifice d'entrée du conduit lacrymo-nasal.

De l'extrémité antérieure du bord supérieur du maxillaire s'élève le processus frontal du maxillaire.

Processus frontal du maxillaire. C'est une lame osseuse, quadrilatère, aplatie transversalement.

La face latérale : est divisée par une crête verticale, dite crête lacrymale antérieure, en deux parties, l'une, antérieure, l'autre, postérieure. La partie antérieure est à peu près unie ; la partie postérieure est occupée par une gouttière qui contribue à former la gouttière du sac lacrymal.

La face médiale du processus fait partie de la paroi externe des cavités nasales ; elle s'articule avec le cornet nasal moyen.

Des quatre bords de la branche montante, l'antérieur s'articule avec l'os nasal ; le postérieur, mince et tranchant, à peu près vertical, s'unit au bord antérieur de l'os lacrymal ; il se continue en bas avec la lèvre antérieure du

sillon lacrymal creusé sur la face médiale du maxillaire ; le supérieur, étroit, dentelé, répond à la partie latérale de l'échancrure nasale de l'os frontal.

- **Bord inférieur ou alvéolaire :**

Le bord inférieur du maxillaire, concave en dedans et en arrière, forme avec celui du côté opposé une arcade à concavité postérieure. Il est creusé de cavités appelées simplement les racines des dents.

- **Bord antérieur.**

Ce bord est échancré dans sa partie moyenne, et ce bord nasal limite avec celui du maxillaire opposé l'orifice antérieur des cavités nasales.

- **Bord postérieur.**

Le bord postérieur, large, épais, appartient à la tubérosité maxillaire. On observe à ses deux extrémités une surface rugueuse. La surface rugueuse supérieure, triangulaire, appelée trigone palatin s'articule avec le processus orbitaire de l'os palatin. **(40)**

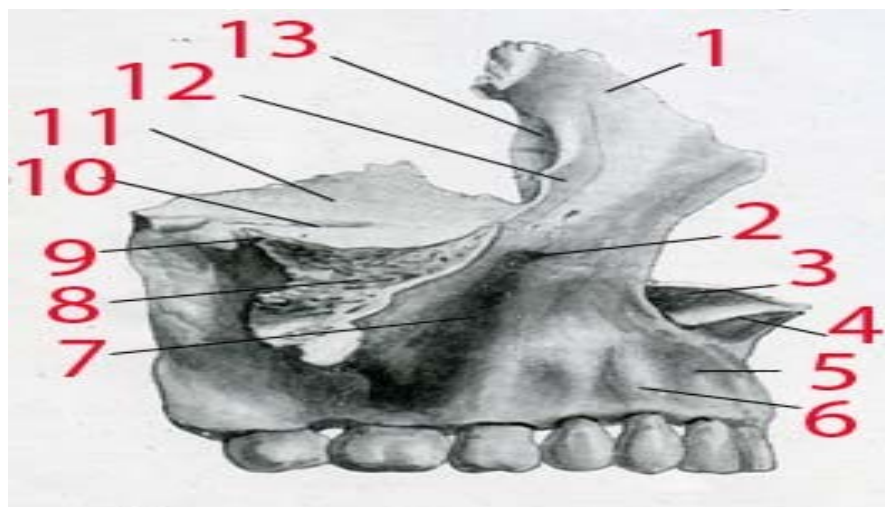


Figure2 : Maxillaire supérieur  
face externe

1. Apophyse montante; 2. Tr.  
sous-orbitaire; 3. Crête incisive;  
4. Épine nasale int.; 5. Fosse  
myrtiliforme; 6. Bosse canine; 7.  
Fosse canine; 8. Sommet de  
l'apophyse pyramidale; 9. Épine  
malaire; 10. Gouttière sous-  
orbitaire; 11. Face orbitaire; 12.  
Crête lacrymale antérieure; 13.  
Gouttière du sac lacrymal.

(17)

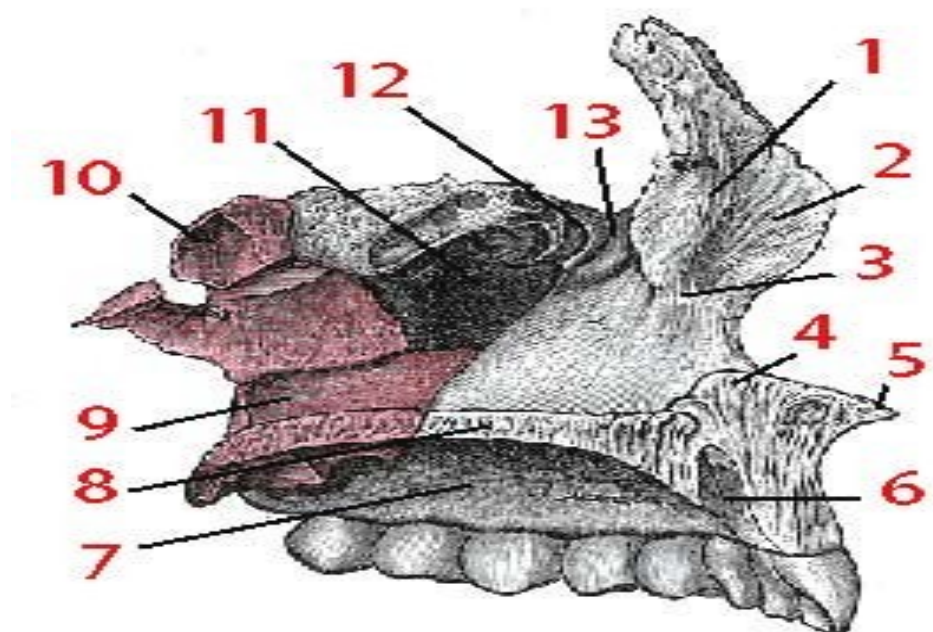


Figure3 : Maxillaire supérieur  
face interne

1. Crête turbinale supérieure; 2. Apophyse montante; 3. Crête turbinale inférieure; 4. Arête nasale (crête incisive); 5. Épine nasale antérieure; 6. Canal palatin interne; 7. Partie buccale de la face interne; 8. Apophyse palatine; 9. Canal palatin postérieur; 10. Trigone palatin; 11. Sinus maxillaire; 12. Concha lacrymalis; 13. Gouttière lacrymale.

(17)

### c)La Mandibule :

La mandibule est située à la partie inférieure de la face. On lui distingue trois parties : une partie moyenne, le corps, et deux parties latérales, les branches montantes, qui s'élèvent aux deux extrémités postérieures du corps.

- Le corps.

Le corps est incurvé en fer à cheval. Il présente deux faces et deux bords

- Face antérieure. On voit sur la ligne médiane une crête verticale, la symphyse mandibulaire. Elle est la trace de l'union des deux pièces latérales dont la mandibule est formée. La symphyse du menton se termine en bas, sur le sommet d'une saillie triangulaire à base inférieure, la protubérance mentonnière.

De celle-ci naît de chaque côté une crête, appelée ligne oblique, qui se dirige en arrière et en haut et se continue avec la lèvre latérale du bord antérieur de la branche montante de la mandibule. Au dessus de la ligne oblique se trouve le foramen mentonnier. Cet orifice est situé à égale distance des deux bords de la mâchoire et sur une verticale passant tantôt entre les deux prémolaires, tantôt par l'une ou l'autre de ces deux dents. Il livre passage aux vaisseaux et au nerf mentonniers.

- Face postérieure. On observe sur la partie médiane, et près du bord inférieur, quatre petites superposées, deux à droite, deux à gauche ; ce sont les épines mentonnières supérieures et inférieures. Les épines mentonnières supérieures donnent insertion aux muscles génio-glosses ; les inférieures, aux muscles génio-hyoïdiens. Assez souvent, les épines mentonnières inférieures, et parfois même les quatre processus, sont fusionnés en une seule.



Des épines mentonnières naît, de chaque côté, une crête, la ligne oblique interne ou mylo-hyoïdienne se porte en haut et en arrière et se termine sur la branche montante de la mandibule, en formant la lèvre médiale de son bord antérieur ; elle donne attache au muscle mylo-hyoïdien. Au dessus d'elle court un étroit sillon, appelé sillon mylo-hyoïdien, ou cheminent les vaisseaux et nerf de même nom.

La ligne mylo-hyoïdienne divise la face postérieure du corps de la mandibule en deux parties. L'une supérieure, excavée surtout en avant, plus haute en avant qu'en arrière, est appelée fossette sublinguale ; elle est en rapport avec la glande sublinguale. L'autre, inférieure, est plus haute en arrière qu'en avant ; elle est en grande partie occupée par une dépression, la fossette sub-mandibulaire, en rapport avec la glande sub-mandibulaire.

- Bords :

Le bord supérieur ou alvéolaire du corps du maxillaire est creusé de cavités, les alvéoles, pour les racines des dents.

Le bord inférieur est épais, moussu, lisse. Il présente, un peu en dehors de la ligne médiane, une surface ovalaire, légèrement déprimée, la fosse digastrique, sur laquelle s'insère le ventre antérieur du muscle digastrique.

▪ **Branches montantes.**

Les branches montantes de la mandibule sont rectangulaires, et présentent deux faces, et quatre bords.

- Face latérale. On voit dans sa partie inférieure des crêtes rugueuses, obliques en bas et en arrière, sur lesquelles s'insèrent les lames tendineuses du muscle masséter.

- Face médiale. Il existe également sur la partie inférieure de la face médiale des crêtes, rugueuses obliques en bas et en arrière. Elles sont déterminées par l'insertion du muscle ptérygoïdien médial. A la partie moyenne de cette face, se trouve l'orifice d'entrée du canal mandibulaire, dans lequel pénètrent les vaisseaux et nerfs alvéolaires inférieurs. L'orifice du canal mandibulaire est placé sur le prolongement du rebord alvéolaire et répond au milieu d'une ligne menée du tragus à l'angle antéro-inférieur du muscle masséter. Il est limité en avant par une saillie triangulaire aigue, l'épine de spix ou lingua mandibulae, sur laquelle s'insère le ligament sphéno-mandibulaire, se trouve parfois une autre saillie, plus petite que la précédente, l'anti-lingula. C'est l'orifice du canal mandibulaire que commence le sillon mylo-hyoïdien déjà décrit.

Bords :

Le bord antérieur est compris entre deux crête ou lèvres, l'une, médiale, l'autre, latérale. La lèvre médiale limite en bas, avec la lèvre latérale, une gouttière qui augmente de profondeur et de largeur de haut en bas. En haut, la lèvre médiale monte sur la face médiale de la branche montante et du processus coronoïde en formant un relief, la crête temporale.

On voit dans la gouttière que limitent en bas les lèvres du bord antérieur une crête oblique en bas et en dehors, la crête buccinatrice ; elle donne insertion au muscle buccinateur.

Les deux lèvres du bord antérieur donnent insertion à des faisceaux tendineux du muscle temporal.

Le bord postérieur : est épais et moussu et décrit une couche en S très allongée.

Le bord inférieur : se continue en avant avec le bord inférieur du corps de la mandibule ; il forme en arrière, en se réunissant avec le bord postérieur de la montante, l'angle de la mandibule. Il est souvent creusé dans sa partie antérieure d'une dépression transversale due au passage de l'artère faciale.

Le bord supérieur : présente deux saillies, l'une, postérieure, le processus condyloïde, l'autre, antérieure, le processus coronoïde, séparées l'une par l'incisure mandibulaire.

- Le processus condyloïde est une éminence oblongue, dont le grand axe est dirigé de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière. Il déborde beaucoup plus sur la face médiale que sur la face latérale de la branche montante de la mandibule. On lui reconnaît une face supérieure en dos d'âne, dont les deux versants antérieur et postérieur s'articulent avec l'os temporal. Le versant postérieur se continue en bas avec une surface triangulaire, dont le sommet inférieur se confond avec l'extrémité supérieure du bord postérieur de la branche montante.

Le processus condyloïde présente de plus, dans la plupart des cas, au-dessous de son extrémité latérale, une petite rugosité déterminée par l'insertion du ligament latéral de l'articulation temporo-mandibulaire. Le processus condyloïde est relié à la branche montante par sa partie rétrécie, le col du condyle. Celui-ci est creusé en dedans et en avant, d'une fossette rugueuse où s'insère le muscle ptérygoïdien latéral. Sur la face médiale du col du condyle, se voit une saillie, le pilier médiale du ptérygoïdien latéral et qui se prolonge en bas et en avant jusqu'au voisinage de la lingua mandibulae.

- Le processus coronoïde : est triangulaire. Sa face médiale présente la crête temporale. Son bord antérieur de la branche montante. Son bord postérieur, concave en arrière, limite en avant l'incisure mandibulaire.

Sa base se continue avec l'os. Son sommet supérieur est mousse. Le processus coronoïde donne insertion au muscle temporal.

L'incisure mandibulaire : large et profonde, concave en haut, fait communiquer la région massétérine et zygomatique et livre passage aux vaisseaux et nerf massétéris. **(40)**

## Mandibule

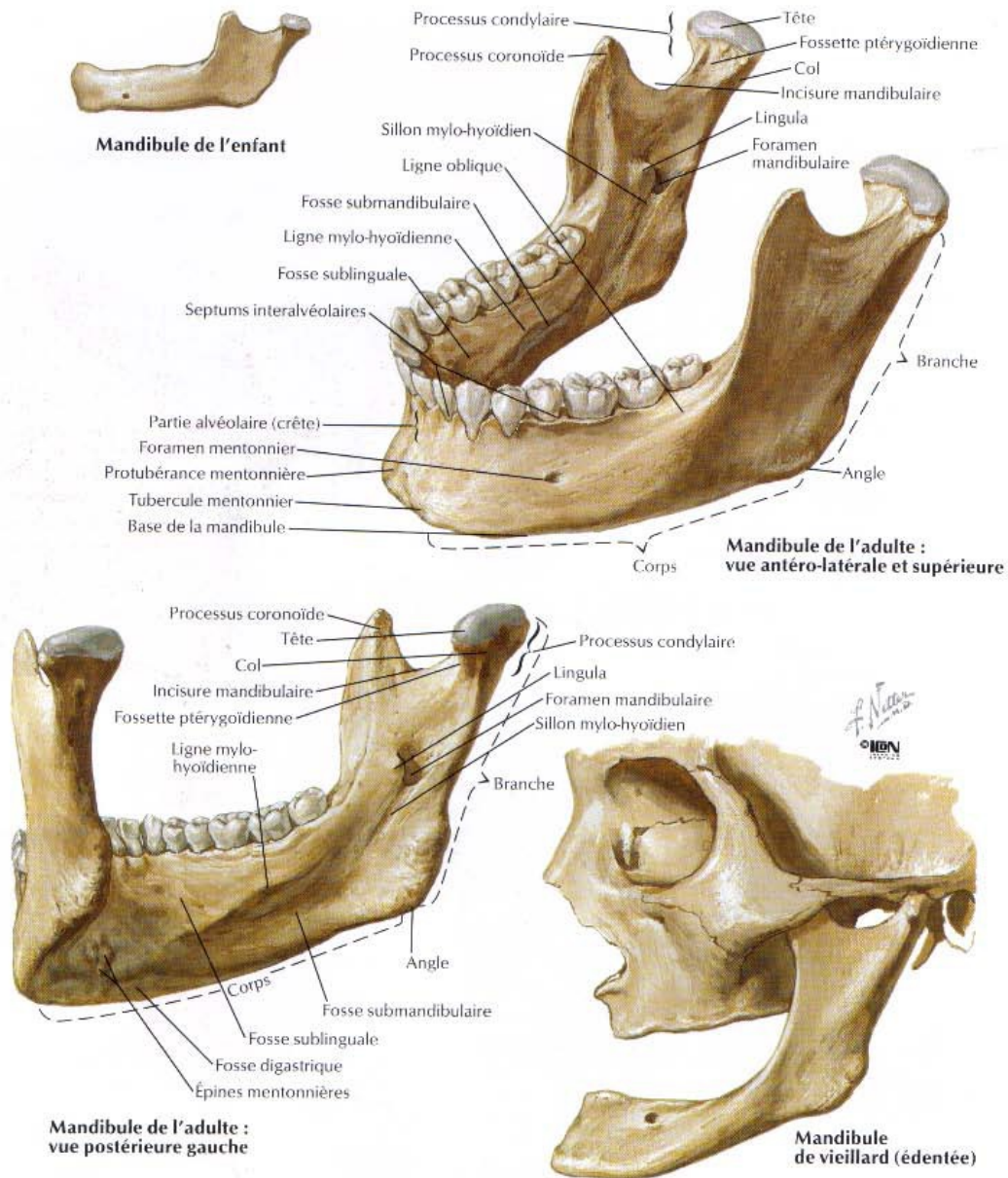


PLANCHE 10

TÊTE ET COU

Figure 4 : la mandibule. (16)

### **3-2-Rappels histo-embryologiques :**

Histologiquement l'odontogenèse débute pendant les étapes initiales de développement craniofacial.

Dans des régions spécifiques des arcs mandibulaires et maxillaires, l'épithélium oral s'épaissit (4-5 couches cellulaires) donnant lieu, dans chaque arc, aux lames dentaires en forme de fer à cheval. Chaque lame donne naissance à des bourgeons dentaires, épaissements épithéliaux plus conséquents et localisés, correspondant à des dents individuelles. Le mésenchyme sous-jacent se condense.

Chez l'embryon humain âgé de 8 semaines, les bourgeons des canines et incisives temporaires sont apparents. Durant la 9<sup>e</sup> semaine, les bourgeons des molaires temporaires se constituent. Les cellules épithéliales et mésenchymateuses de chaque ébauche dentaire se divisent activement, les bourgeons augmentent de volume et se transforment en capuchons dentaires caractérisés par une concavité du massif épithélial enveloppant partiellement le mésenchyme sous-jacent, future pulpe dentaire. Au stade capuchon le massif épithélial se transforme progressivement par processus histogène en organe de l'émail. Cette histogenèse implique la différenciation de l'épithélium dentaire interne (EDI), couche de cellules palissadiques au contact de la future pulpe dentaire par l'intermédiaire d'une membrane basale. L'EDI est en continuité de l'épithélium dentaire externe (EDE), localisé en périphérie du capuchon au contact du mésenchyme périodentaire. La jonction entre EDI et EDE constitue la lèvre épithéliale (appelée aussi zone de réflexion). Les cellules épithéliales délimitées par l'EDI et l'EDE se transforment en majeure partie en cellules polygonales partiellement jointives constituant le réticulum stellaire. Les

cellules restantes, au contact de l'EDI, donnent naissance tardivement au stratum intermedium constitué de plusieurs couches de cellules.

Progressivement les cellules de l'EDI s'allongent alors que celles de l'EDE s'aplatissent. Une structure histologique particulière et transitoire apparaît au centre de l'EDI du stade capuchon chez de nombreuses espèces : le nœud de l'email. Cette structure est caractérisée par un arrangement plus ou moins concentrique de cellules apoptotiques et de cellules vivantes de remplacement.

Alors que les processus de croissance et d'histogenèse s'amplifient, chaque capuchon se transforme en cloche dentaire. La lèvre épithéliale progresse en direction apicale délimitant de plus en plus la pulpe dentaire et l'EDI se plisse annonçant la configuration des futures cuspides. Durant le stade cloche dentaire la différenciation terminale des odontoblastes d'abord, des améloblastes ensuite est initiée.

Il est à noter que les dents de remplacement (dentition poly- ou diphyodontes) commencent leur développement morphologique pendant l'odontogène des dents temporaires. Dans l'espèce humaine, les dents définitives se développent de deux façons : soit les dents de remplacement des dents temporaires se forment séquentiellement à partir de la région linguale de l'organe de l'email de chaque dent temporaire, soit les molaires permanentes se développent à partir d'une extension distale de la lame dentaire initiale.

Différenciation terminale des odontoblastes :

La différenciation fonctionnelle des odontoblastes est initiée au sommet des cuspides et progresse en direction apicale. Cette différenciation terminale implique les processus suivants : les préodontoblastes se divisent une dernière fois, le fuseau mitotique étant orienté perpendiculairement par rapport à la

membrane basale. La cellule-fille post –mitotique au contact de la membrane basale s’allonge et se polarise : le noyau prend une position basale, un important appareil de Golgi supra nucléaire se met en place et l’ergastoplasme se développe et s’organise en citerne agencée parallèlement au grand axe de la cellule. Ces odontoblastes synthétisent et sécrètent le constituant organique de la pré dentine d’abord, puis aussi de la dentine. Parmi ces éléments la sialoprotéine et la phosphoprotéine dentinaires représentent les produits les plus spécifiques des odontoblastes et résultent de la transcription d’un gène unique et d’une protéolyse post-traductionnelle.

Différenciation terminale des améloblastes :

L’EDI est constitué de préaméloblastes et leur différenciation terminale s’effectue en présence d’odontoblastes fonctionnels. Elle est initiée au sommet des cuspides et se propage en direction apicale tout en restant limitée à la couronne, la différenciation fonctionnelle des améloblastes s’accompagne de la dégradation de la membrane basale et implique la sortie du cycle cellulaire, l’allongement et la polarisation des cellules post-mitotiques. Comme pour les odontoblastes, une importante réorganisation du cytosquelette coordonne la redistribution des organites cellulaires : mitochondries en position infranucléaire, appareil de Golgi en position supranucléaire, agencement des citernes de l’ergastoplasme.

Rhizagenèse :

La formation des racines débute en fin de développement coronaire et est tributaire de la progression apicale de la lèvre épithéliale constituant la gaine de



Hertwig formée par l'accolement de l'IDI et de L'EDE sans interposition, ni de réticulum stellaire, ni de stratum intermedium.

Dans les dents multiradiculaires, la gaine de Hertwig se plisse et, par fusion de replis, des racines s'individualisent. Au contact de l'EDI, les préodontoblastes radiculaires se différencient, comme dans la couronne, en odontoblastes fonctionnels et déposent prédentine-dentine, et la membrane basale est dégradée. La gaine de Hertwig va se fragmenter et involuer. Certaines cellules épithéliales pourraient subir une transformation épithéliomésenchymateuse alors que d'autres persistent sous forme de résidus épithéliaux de malassez. Au contact de la prédentine, les cémentoblastes se différencient et déposent le ciment.

Eruption dentaire :

Les dents se développent à l'intérieur des mâchoires et assument leur fonction à l'intérieur de la cavité buccale. Pour ce faire, les dents se déplacent à travers l'os qui les recouvre et les gencives et finissent par entrer en occlusion avec les dents correspondantes de l'autre mâchoire. (37)

### **3-3-Classification :**

Les tumeurs odontogènes peuvent être réparties en 3 groupes :

- Tumeurs purement épithéliales, rappelant la structure de l'organe de l'email.

- Tumeurs associant structures épithéliales et conjonctives :

Dans ce groupe peuvent exister des phénomènes d'induction épithélioconjonctif aboutissant à l'élaboration d'email, de dentine et de ciment.

- Tumeurs constituées exclusivement de tissu conjonctif ectomésenchymateux des vestiges d'épithélium odontogènes englobés mais non tumoraux associés inconstamment. **(46, 26)**

#### Classification de Brocheriou

Selon Brocheriou, **les tumeurs odontogènes** se classent en :

- L'améloblastome
- les tumeurs de pindborg
- le Fibro-améloblastome
- le dentinome
- les tumeurs mésodermiques
- les myxomes et fibromyxomes
- les cémentomes

Tumeurs non odontogènes :

- le fibrome ossifiant
- le chondrome
- le torus

- l'exostose ostéogénique
- l'angiome
- la tumeur à myéloplaxes
- les granulomes
- Le fibrosarcome
- le chondrosarcome
- l'ostéosarcome
- les lymphomes (plasmocytome, burkitt). **(21)**

#### **4-Etiopathogénie : (37)**

En principe, l'améloblastome peut prendre naissance à partir de :

- Restes cellulaires de l'organe de l'émail (débris de la lame dentaire sous forme de perles de Serres ou restes de la gaine de Hertwig),

- Cellules perturbées de l'organe de l'émail en développement,
- De cellules épithéliales des kystes odontogènes (en particulier les kystes folliculaires et les odontomes),
- Des cellules basales de l'épithéliome de surface des mâchoires ou d'épithéliome hétérotopique en d'autres endroits de l'organisme (en particulier au niveau hypophysaire). **(11)**

L'améloblastome central (intra-osseux) est la variante classique qu'elle soit « solide » (dense ou charnue) ou polykystique ; elle peut être associée avec une dent incluse et /ou un kyste dentigène, rarement avec un kyste radiculaire apical ou un kyste résiduel. **(18)**

## **5-Clinique:**

### **5-1 Circonstances de découverte :**

L'améloblastome est une tumeur à croissance lente, demeure longtemps asymptomatique.

La grande latence clinique de cette tumeur explique son diagnostic parfois tardif. **(8)**

Elle se manifeste, en effet, par une tuméfaction lentement progressive, de siège variable et de taille parfois importante déformant un segment mandibulaire, maxillaire ou l'ensemble de l'hémi-squelette faciale. **(19)**

Parfois, des anomalies dentaires peuvent être révélatrices de l'améloblastome ; elles sont à type de déplacement, de mobilité dentaire ou de mauvaise cicatrisation d'une alvéole après extraction.

Au moment de la découverte, la destruction osseuse est souvent importante avec amincissement extrême des corticales et risque de fracture pathologique. Il est à noter que des tumeurs volumineuses de la mandibule n'entraînent que rarement une anesthésie du nerf dentaire inférieur.

Cernea, insiste sur un signe propre à la nature améloblastique d'une tumeur kystique : la soufflure de la corticale interne et élargissement de la mandibule.

L'améloblastome dans sa localisation maxillaire peut se manifester par une obstruction nasale, une exophtalmie ou une symptomatologie d'empreinte sinusienne et simuler une sinusite ou une mucocèle. Ces signes peuvent prêter à confusion et dérouter le praticien quant au diagnostic de cette tumeur **(30, 35)**.

Ailleurs, la découverte est fortuite à l'occasion d'une radiographie motivée par des soins dentaires ou par des manifestations inflammatoires stomatologiques

Examen para clinique :

## **5-2 Radiographie**

Malgré le développement de l'imagerie médicale moderne, la radiologie conventionnelle garde un intérêt diagnostique.

Le cliché panoramique reste l'incidence de base, il peut être complété par les incidences occlusales ou face basse pour la mandibule et par le blondeau pour le maxillaire.

Ce bilan permet de préciser le siège de la lésion, ses limites, ses rapports avec les racines dentaires, l'état de la corticale osseuse et surtout son aspect, permettant ainsi une approche diagnostic. **(13)**

La tomodynamométrie apporte globalement les mêmes renseignements que les clichés standards, cependant l'amincissement et la rupture éventuelle des corticales peuvent apparaître très clairement. **(19)**

L'extension aux tissus mous est mieux appréciée par l'IRM.

Structures rencontrées :

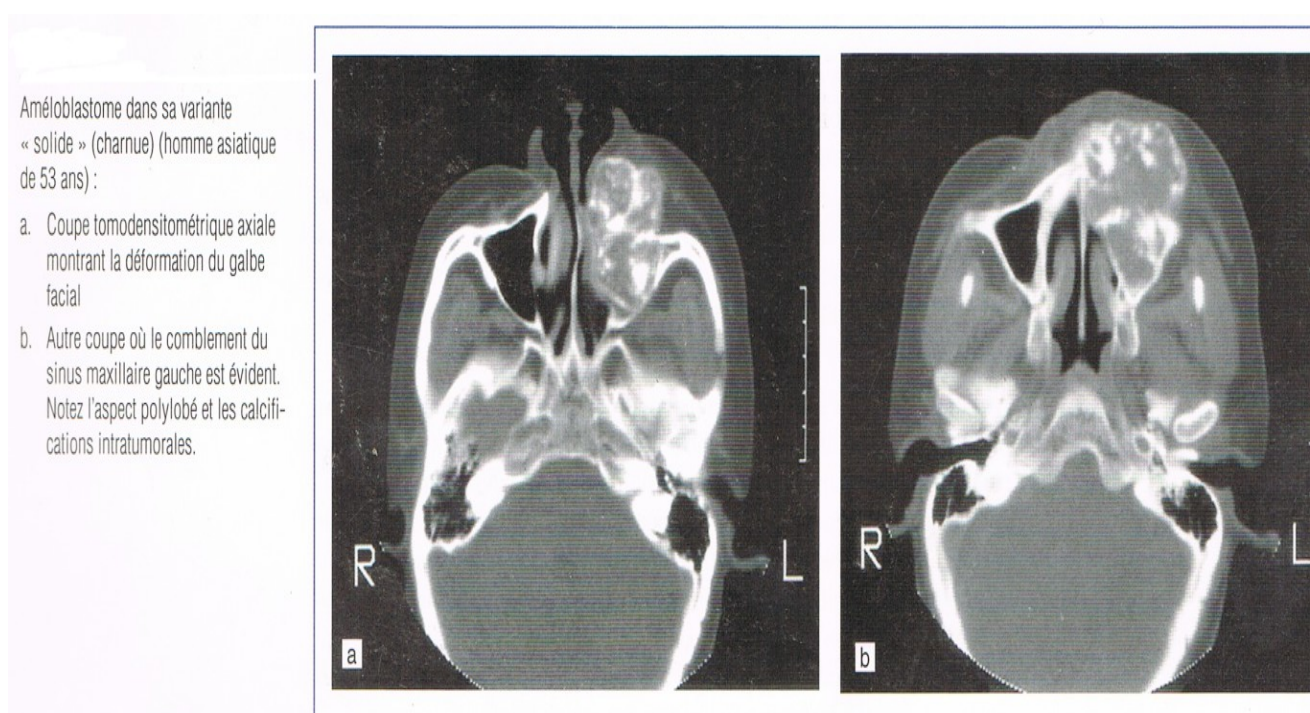
Soit une image kystique uniloculaire, à contours nets, associée éventuellement à des dents inclus ; pouvant être fort trompeuse

Soit des images multiloculaires : images lacunaires multiples séparées les unes des autres ou images en bulles de savon, ou image en nid d'abeille ;

Soit une vaste image lacunaire avec quelques cloisons de refend.

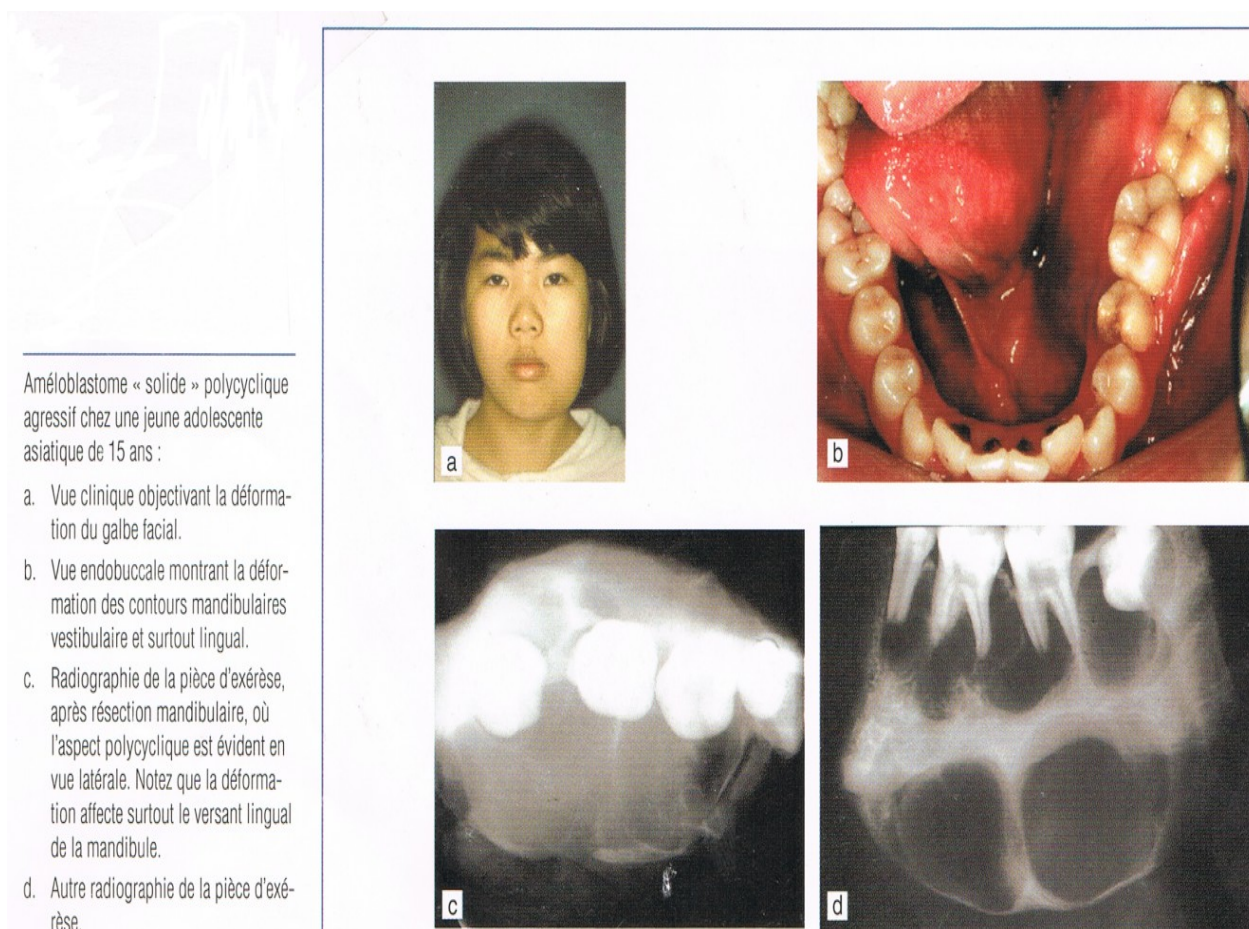
En fait, aucun aspect radiologique n'est spécifique de l'améloblastome et plusieurs diagnostics différentiels peuvent être discutés à différents stades évolutifs. **(32)**

Figure :5



(37)

Figure :6



(37)

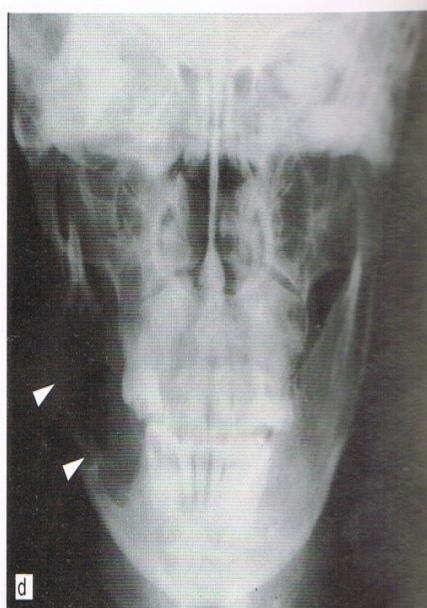
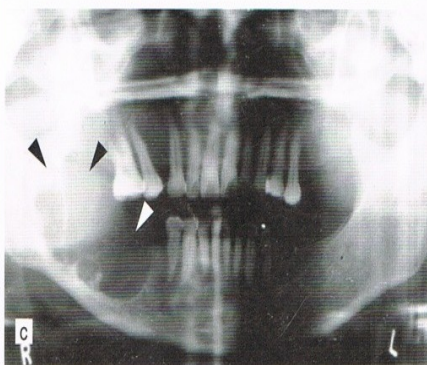
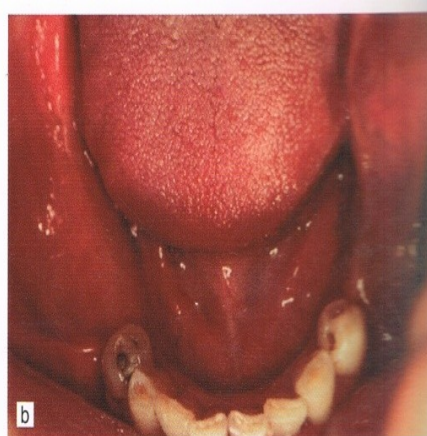




Figure :7

Améloblastome « solide » mandibulaire droit particulièrement agressif chez une femme asiatique de 53 ans :

- a. Vue clinique de face où la voussure mandibulaire est nette.
- b. Vue endobuccale montrant la soufflure molle de la région angulaire droite.
- c. Radiographie panoramique de l'ostéolyse polycyclique massive (têtes de flèche), s'étendant depuis l'apophyse coronoïde jusqu'à la région prémolaire.
- d. Radiographie de face confirmant l'ostéolyse massive (têtes de flèche) avec soufflure, amincissement et destruction des corticales osseuses.



(37)

### **5-3 Evolution :**

En absence de traitement, l'améloblastome s'accroît lentement, pouvant atteindre un volume considérable. La distinction entre plusieurs formes histologiques ne semble pas interférer sur le pronostic, excepté pour les variétés unikystiques périphérique et desmoplasique, réputées peu récidivantes. En revanche, le potentiel évolutif et donc la stratégie thérapeutique qui en découle, sont étroitement corrélés à la localisation de la lésion, ses caractères radiologiques (l'aspect uni ou polykystique, dimension), l'âge du patient et sa fidélité aux consultations de contrôle.

(23)

## **6. Anatomopathologie**

### **6-1 Localisation**

Au plan de la localisation, le maxillaire inférieur est le plus atteint, de préférence dans la région molaire et la branche montante dans 77% des cas, la branche

horizontale et la région symphysaire n'étant touchées que dans respectivement 14% et 9% des cas.

Localisation selon Small et Waldron

Mandibule	Maxillaire
Région angle 70%	Région molaire 47%
Région prémolaire 20%	Plancher + fosses nasales 33%
Région symphyse 10%	Sinus maxillaires 18%
	Palais 2%

Des localisations périphériques à partir de l'épithélium buccal ou de résidus de la lame dentaire ont également été rapportées à titre exceptionnel.

## 6-2 Macroscopie :

L'étude macroscopique est pratiquée dans deux circonstances différentes.

Fonction de la taille de la tumeur et du type de traitement qui a été appliqué : il s'agit le plus souvent d'une pièce d'énucléation habituellement fragmentée.

Parfois, c'est un fragment de résection osseux plus ou moins large qui est adressé au laboratoire

L'aspect macroscopique de l'améloblastome est variable, il s'agit généralement d'une masse bosselée dite en grappe de raisin, blanc grisâtre, molle, parfois creusée de petites cavités ; ailleurs, il s'agit d'un petit kyste pluriloculaire renfermant, un liquide claire ou un matériel gélatiniforme.

La rupture de la corticale est possible avec diffusion dans les parties molles.

Il est habituel de parler d'encapsulation macroscopique de la tumeur. En fait, la bonne limitation du processus n'est qu'apparente.

La limite de la résection doit être étudiée systématiquement surtout en cas d'améloblastome plurikystique, pour s'assurer de son intégrité, souvent difficile à affirmer sur les seules radiographies. (46)

### **6.3 Histologie:**

#### **a. Le type folliculaire simple :( 37)**

Il est composé de discrets petits îlots tumoraux avec, en périphérie une couche cellulaire cuboïdale ou cylindrique (ressemblant fortement à des améloblastes ou à des préaméloblastes), dont les noyaux sont généralement polarisés et au centre d'une masse de cellules polyédriques dispersées qui rappellent les cellules du réticulum stellaire ; cet aspect rappelle celui de l'organe de l'email d'un germe dentaire. Il peut y avoir hyalinisation dans le stroma conjonctif, en bordure du tissu tumoral. Les cellules épithéliales ont des caractéristiques histo-enzymologiques particulières. (7)

Des myofibroblastes ont été mis en évidence dans le stroma d'un améloblaste folliculaire ; ces myofibroblastes pourraient être en relation avec le degré d'agressivité de la tumeur. (41)

Le réticulum stellaire peut subir une dégénérescence kystique, parfois importante, avec compression des cellules périphériques. Certains parlent de forme « solide » ou de « kystique » selon l'aspect tumoral. Certains décrivent un « améloblastome unikystique »(ou plus simplement « kystique bénin », peu récidivant, qui surviendrait chez des sujets plus jeunes, en association avec une troisième au niveau mandibulaire ;cette variété serait caractérisée par un épithélium de bordure dont l'aspect représenterait celui de kyste folliculaire en

transformation améloblastomateuse précoce ;par des nodules tumoraux se projetant dans la lumière kystique, par épithélium de bordure améloblastomateux proliférant dans le stroma conjonctif et par des ilots améloblastique isolés dans la paroi conjonctive. **(31)**

Un type folliculaire mixte est aussi distingué

### **b.Le type plexiforme :**

Il est composé de cellules tumorales ressemblantes à des améloblastes, disposées en masse irrégulière ou plus souvent en un réseau de cordon cellulaire interconnecté. Chacune de ses masses ou de ses cordons est limitée par une couche de cellule cylindrique et entre ses couches, des cellules de type réticulum étoilé peuvent être trouvées. Parfois, les couches de cellules cylindriques sont alignées dos à dos. La quantité de cellule de type réticulum étoilé est beaucoup plus réduit que dans le type folliculaire. Des zones de dégénérescence kystique sont communes dans le stroma. Une variété de kyste folliculaire dont l'épithélium subit une prolifération du type plexiforme a malheureusement été décrite sous le nom d'améloblastome unikystique plexiforme. Cette variété ne correspond pas à la définition d'un améloblastome plexiforme même si des zones histologiquement caractéristiques d'une transformation améloblastique sont retrouvées en d'autres endroits. Un type plexiforme mixte est aussi distingué.

### **c .Le type acanthomateux :**

Il est caractérisé, dans une structure de type folliculaire, par une métaplasie épidermoïde des cellules polyédriques qui rappellent celle de réticulum stellaire. Une formation de kératine ou des perles de kératine peut parfois être observé au centre des ilots tumoraux. Cette variante peut être très agressive.

#### **d. Le type granuleux :**

Il est composé de cellules dont le cytoplasme est modifié. D'habitude les cellules de type réticulum étoilé mais aussi les cellules périphériques cuboidales ou cylindriques ; le cytoplasme agrandi prend un aspect granuleux irréguliers, éosinophile. Ces granules sont des agrégats lysosomiaux qui ont perdu leur caractéristique de composant cellulaire. (36)

L'organisation générale de cette variété est la même que dans le type folliculaire. Le type granuleux se révélerait cependant plus agressif avec une tendance marquée à la récurrence; il pourrait être lié à une dysfonction des cellules tumorales liées à l'âge. Des cas métastatiques ont été décrits. (37)

#### **6-4 Formes cliniques :**

##### **a) Formes topographiques :**

La forme antérieure de l'améloblastome de la mandibule est mentonnière.

Une forme située entre les incisives est ressembler à un kyste latéro-radicaire sur dent vivante ou à une tumeur à cellules géantes.

Au maxillaire supérieur, la latence est extrême, la symptomatologie est sinusienne, l'extension se fait vers l'orbite et la base du crâne.

Des améloblastomes du côté droit et du côté gauche, sur le même maxillaire, ainsi que des améloblastomes atteignant le maxillaire et la mandibule ont été rapportés.

#### **Améloblastome uniloculaire :**

Cette forme n'est pas une exception. L'aspect est celui d'un kyste péricoronaire inséré au collet d'une dent incluse. Parfois, la dent incluse ou l'odontome est en dehors de la tumeur.

Il a été observé un améloblastome polykystique de toute la branche montante chez un homme de 30 ans qui avait subi, quatre ans auparavant, l'extraction d'une dent de sagesse mandibulaire profondément incluse sans signe de kyste.

Améloblastome périphérique :

L'examen histologique de tumeurs gingivales basales de petit volume a permis de mettre en évidence des microkystes et tous les éléments cellulaires épithéliaux de l'améloblastome.

SPIRIGI a rapporté une observation où les caractères précédents sont associés à ceux de l'épithélioma de malherbe (calcification, cellules épithéliales vivantes et momifiées, réaction conjonctive de type à corps étranger).

L'origine de cette lésion est attribuée soit à une inclusion ectodermique primaire, soit à une inclusion épithéliale par traumatisme, soit aux débris épithéliaux odontogènes.

Odontome améloblastique : l'association de ces deux lésions est rare. Le pronostic est celui de l'améloblastome.

**b) Formes symptomatiques :**

Adéno-améloblastome :

Cette forme soit d'un kyste péricoronaire simple, et dans ce cas elle est associée à une dent incluse, soit d'un kyste fissuraire. Au point adénomateux, elle s'accompagne parfois de calcification pas de récurrence.



### Fibro- améloblastome :

S'observant vers 17 ans, cette tumeur épithélio-conjonctive d'évolution lente siège au niveau de l'angle mandibulaire. Elle a l'aspect d'un kyste péricoronaire simple ou multiloculaire. Elle est caractérisée, au point de vue histologique, par des ilots de cellules épithéliales en rosette, en doigt de gant, rappelant la lame dentaire, associés avec du tissu conjonctifs fibreux par une faible vascularisation et au point de vue évolutif par l'absence de récurrence.

### Mélano-améloblastome :

L'origine dentaire ou rétinienne de cette tumeur est controversée.

Elle s'observe chez les nourrissons de sexe féminin, vers six mois, siège le plus souvent au maxillaire supérieur, plus rarement à la mandibule.

Des formes crâniennes, épидидymaires utérines ont été décrites.

L'augmentation du volume de cette tumeur pigmentée est rapide.

L'image radiologique est celle d'un néoplasme avec destruction diffuse.

A l'examen histologique, la tumeur est constituée par une infiltration non capsulée de cellules cuboïdes contenant du pigment bordant des espaces alvéolés centrés par des cellules rondes. Le traitement conservateur de ces tumeurs est rarement suivi de récurrence. Il n'y a pas de métastases (3 récurrences sur 33 cas rapportés par Kerr). **(38)**

## **7. Traitement :**

### **7-1But :**

Extirper la tumeur en totalité et éviter la survenue de récurrence.

## **7-2. Moyens:**

### **a- La chirurgie (39) :**

Le traitement de l'améloblastome est dans la majorité des cas, chirurgical. **(25)**

Le choix du traitement conservateur ou radical est le souci majeur du chirurgien maxillo-facial. Son désir est d'extirper la tumeur en totalité au prix d'une mutilation chirurgicale réduite. **(24)**

De ce fait, certains favorisent un traitement conservateur, arguant de la bénignité et de la lente croissance de la lésion.

D'autres préconisent une attitude plus agressive basée sur le haut pouvoir destructeur de cette lésion, sa tendance à la récurrence et son issue qui peut être fatale.

Des publications récentes semblent pencher pour un traitement radical d'emblée. Dans une revue de la littérature, Carlson démontre l'inefficacité du traitement conservateur. Il insiste sur le fait que pour guérir les patients en utilisant une approche scientifique, une résection avec des limites histologiques saines, est nécessaire. En comparant les différents taux de récurrence, il retrouve des taux variant entre 36 et 100% après traitement conservateur, et entre 0 et 21% après traitement radical. D'autres auteurs se sont retrouvés en impasse thérapeutique, ce qui aurait pu être évité par un traitement radical d'emblée.

La décision thérapeutique devrait être guidée par la clinique, la radiologie et l'histologie. En effet, l'agressivité de la lésion dépend des caractéristiques suivantes : type compact ou polykystique, aspect en (bulles de savon), limites floues à la radiologie et types folliculaires et plexiformes à l'histologie.

Retrouver un de ces signes indique qu'il s'agit d'un améloblastome à haut pouvoir invasif.

Une résection mandibulaire devrait s'imposer en première intention lorsque la tumeur présente une configuration polygédodique, excluant toute possibilité d'énucléation complète vu la multiplicité des lésions. Elle sera non interruptrice lorsque le bord basilaire est sain et interruptrice s'il est atteint, la reconstruction pouvant se faire immédiatement. **(39)**

Le nerf alvéolaire inférieur doit, quant à lui, être sacrifié s'il est atteint et doit être emporté avec la résection en bloc. Sa préservation est possible si son canal n'est pas atteint et si l'améloblastome ne présente pas les critères d'agressivité sus-cités.

Une marge osseuse saine de 1 à 1,5 cm est nécessaire pour diminuer le risque de récurrence, et une étude sur 82 améloblastomes a montré une infiltration microscopique de 2 à 8mm au-delà de l'image radiologique.

Un examen radiologique de la pièce opératoire peut donc être utile pour savoir si la résection est suffisante ou pas.

La dissection devrait être faite en extra périoste en cas d'amincissement important ou d'effraction corticale, mieux apprécié sur la tomодensitométrie.

La localisation de la tumeur intervient également dans le choix thérapeutique.

En effet, une effraction de l'échancrure sigmoïde par exemple constitue une voie d'ensemencement tumoral vers la fosse infra temporale indiquant un traitement radical d'emblée.

Les localisations maxillaires postérieures devraient aussi bénéficier d'un traitement radical étant donné la proximité de la base du crane et de l'orbite et le fait que l'os, moins compact, soit sujet à une extension rapide des lésions.

L'extension à la base du crane peut affecter les nerfs crâniens V, VII, IX, X, XI, et XII, ainsi que le ganglion sympathique supérieur. **(43)**

Les tumeurs n'envahissant pas l'orbite nécessitent une maxillectomie plus ou moins étendue ; celles envahissant la péri-orbite et le contenu orbitaire nécessitent une maxillectomie totale avec exentération orbitaire. Pour les cas encore plus sévères, une résection de la base du crane peut aussi s'avérer nécessaire. **(12)**

Le type histologique, diagnostique lors de la biopsie, est important, en effet, les types folliculaire et plexiforme ont un pouvoir invasif important expliquant le fort taux de récurrence en cas de traitement conservateur ce qui plaide en faveur d'un traitement d'emblé radical pour ces formes.

L'adhésion des patients à la surveillance est également un élément important dans le choix thérapeutique et constitue un moyen d'attente de la certitude histologique. **(45,39)**

### **b-La radiothérapie**

La méthode de la Radiothérapie à dose fractionnée notamment la technique de Baclesse apporte de bon résultat et appréciable

### **7-3 .Indication :**

➤ Traitement conservateur:

Lors d'une première manifestation;

Si la tumeur est de volume modéré et les tables osseuses assez épaisses non rompues.

➤ La résection interruptrice s'impose si:

Tumeur extériorisée;

Tumeur volumineuse;

Tumeur s'étendant vers le bord basilaire de la branche montante.

### **Chirurgie conservatrice**

#### **Avantage:**

Une meilleure réinsertion socioprofessionnelle;

Séquelles de l'intervention minimales.

#### **Inconvénients:**

Risque de récurrences;

Risque de dégénérescence maligne augmenté.

➤ -Radiothérapie :

Elle est réservée aux formes améloblastomes malins et leurs métastases, ou aux formes inopérables

### **7-4 La reconstruction mandibulaire :**

L'évolution des techniques chirurgicales, en particulier l'avènement des transferts libres composites, a permis d'améliorer la qualité des reconstructions

mandibulaires après chirurgie d'exérèse tant sur le plan esthétique que sur le plan fonctionnel et d'élargir progressivement leurs indications. (4)

En Afrique, peu de travaux ont été consacrés aux reconstructions mandibulaires en général, et aux greffes osseuses vascularisées en particulier. Ces méthodes coûtent cher et nécessitent un plateau technique qui n'est pas toujours disponible sur ce continent où les ressources économiques s'amenuisent de plus en plus, alors que les besoins de santé augmentent. Dans ces conditions, le choix de la méthode et des modalités de reconstruction doivent se fonder sur leur fiabilité et leur coût.

L'autogreffe osseuse traditionnelle demeure encore la méthode de choix des reconstructions mandibulaires dans les pays médicalement sous-équipés en raison de sa facilité de prélèvement et de l'étiologie des pertes de substance interruptrices de la mandibule. Cette dernière est dominée par l'exérèse d'améloblastome, contrairement aux causes fréquemment rencontrées en Europe et aux Etats-Unis qui sont les tumeurs malignes et les traumatismes.

L'améloblastome se singularise dans les pays en voie de développement, par l'importance de son volume chez des patients dont l'hygiène bucco-dentaire est défectueuse.

La localisation possible, de nodules tumoraux microscopiques à distance de la tumeur mère, la prédominance des formes radiologiques polygédiques (70%), la rupture d'au moins une corticale des cas observés, ont milité en faveur d'une chirurgie radicale et ont imposé la reconstruction en 2 temps. Le choix de cette modalité thérapeutique est partagé par de nombreux auteurs, toute fois hallows a préconisé un apport de tissus mous lors de la reconstruction temporaire ou immédiate à cause du sacrifice lié à l'exérèse tumorale.

La reconstruction primaire ou immédiate de la mandibule vise deux objectifs essentiels : restaurer les fonctions (mastication, phonation, déglutition, respiration) et l'esthétique faciale.

L'apport de tissus mous améliorerait le résultat pour l'accomplissement du deuxième objectif.

Pour la seconde étape chirurgicale le nombre de perte de vue est importante. Des considérations économiques, liées au coût de la chirurgie dans les pays en voie de développement, et culturelle, qui assimilent la disparition de la tumeur à la guérison, pourraient expliquer ces déficiences. L'esthétique semblerait primer sur la fonction. L'absence de complications post-opératoire au cours de cette seconde étape, doit être interprétée avec prudence, car si le contrôle d'éventuelles infections est possible, celui de la récurrence ne l'est pas, et un améloblastome peut récidiver à tout moment, même si l'exérèse tumorale a été large.

La reconstruction mandibulaire en deux temps après l'exérèse d'améloblastome présente des avantages mais aussi quelques inconvénients. Parmi les avantages, il faut souligner que la reconstruction immédiate par l'endoprothèse permet non seulement une surveillance d'au moins six mois voire plus (à la recherche de signes éventuels de récurrence), mais aussi d'assurer une bonne cicatrisation muqueuse. La constitution d'une importante fibrose cicatricielle et la tunnélisation laissée par l'endoprothèse à sa dépose concourent à une meilleure qualité du futur site receveur du greffon osseux. Les inconvénients de cette reconstruction mandibulaire ne sont pas négligeables. Outre celui d'une seconde intervention, le risque de perdre de vue un grand nombre de patients constitue un obstacle majeur qui ne permet pas une analyse du suivi des patients à long terme.

En ce qui concerne le greffon osseux, il est préférable d'utiliser la côte. Ses avantages sont bien connus : faible morbidité, prélèvement peu hémorragique et peu douloureux, hauteur et courbure adaptées à la forme de la mandibule, malléabilité de l'os et dissimulation de la cicatrice dans le pli sous-mammaire. Les inconvénients en revanche, sont plus nombreux et rares : blessures de la plèvre et fracture du greffon. **(20, 22)**

#### **7-5.. Résultat :**

Des taux de récurrences élevés ont été rapportés avec les traitements conservateurs. Cependant l'énucléation, réalisée avec la plus grande prudence a permis un lot non négligeable de patients de guérir de manière simple avec des séquelles morphologiques ou fonctionnelles modérées, notamment de tumeurs compactes du corps mandibulaire ; et des récurrences, non synonymes d'échec thérapeutique sont fréquentes de moindre volume et peuvent être traitées plus facilement que la lésion originelle.



## **OBJECTIFS**

### **1-Objectif Général :**

Etudier le profil épidémiologique, clinique, anatomopathologique et thérapeutique de l'améloblastome des maxillaires dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS et sensibiliser les autorités socio sanitaires sur la pathologie.

### **2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'améloblastome en fonction de l'âge, du sexe, de l'occupation, de l'ethnie, de la résidence, de la localisation et de la circonstance de découverte,
- Décrire les aspects cliniques de l'améloblastome,
- Indiquer les différents moyens thérapeutiques utilisés
- Déterminer les différents types anatomopathologiques de l'améloblastome,
- Analyser nos résultats

- Faire des recommandations.

### 1) Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako. Il est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Poincaré, porte N°870.

Centre national de référence, il a ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n° 92-026 / AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu établissement hospitalier public (EHP) par la loi n° 03-23 / AN-RM du 14-07-03.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, en matière d'odontostomatologie

- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de santé bucco-dentaire
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de l'Odonto-stomatologie

## **2-) Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective- prospective qui a porté sur tous les cas d'améloblastomes rencontrés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

## **3-) Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 01 Janvier 2007 au 31 décembre 2010.

## **4-) Population d'étude :**

L'étude a concerné tous les patients dont le diagnostic d'améloblastome maxillo-facial a été posé cliniquement, radiologiquement ou histologiquement au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako sans distinction d'âge et de sexe.

Il y avait 98 cas.

**5-) Echantillonnage :** notre échantillon se composait de 55 hommes et de 43 femmes

- Critères d'inclusion :

Etait inclus dans notre étude :

Tout patient venu en consultation chez qui le diagnostic d'améloblastome maxillo-facial a été posé cliniquement, radiologiquement ou histologiquement dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Janvier 2007 à décembre 2010, qui avait un dossier médico-chirurgical complet et qui a accepté la prise en charge.

- Critères de non inclusion :

Etaient exclus de notre étude :

Tous les patients ayant consulté pour toute autre pathologie que celle sus-citée ou ayant un dossier incomplet.

**6-) Le recueil des données :**

Nos sources d'information ont été :

- Les dossiers individuels des patients.
- Les registres de consultation et d'hospitalisation du service.
- Le registre de compte rendu d'interventions du bloc opératoire.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire standard individuel élaboré à cet effet porté en annexe. Cette fiche a été élaborée par l'étudiant, discutée avec les collègues et corrigée par le directeur de thèse.

**7-) saisie et l'analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel EPI INFO 6.0 vf.

Un risque alpha de 0,05% a été retenu.

Une présentation tabulaire des données a été adoptée.

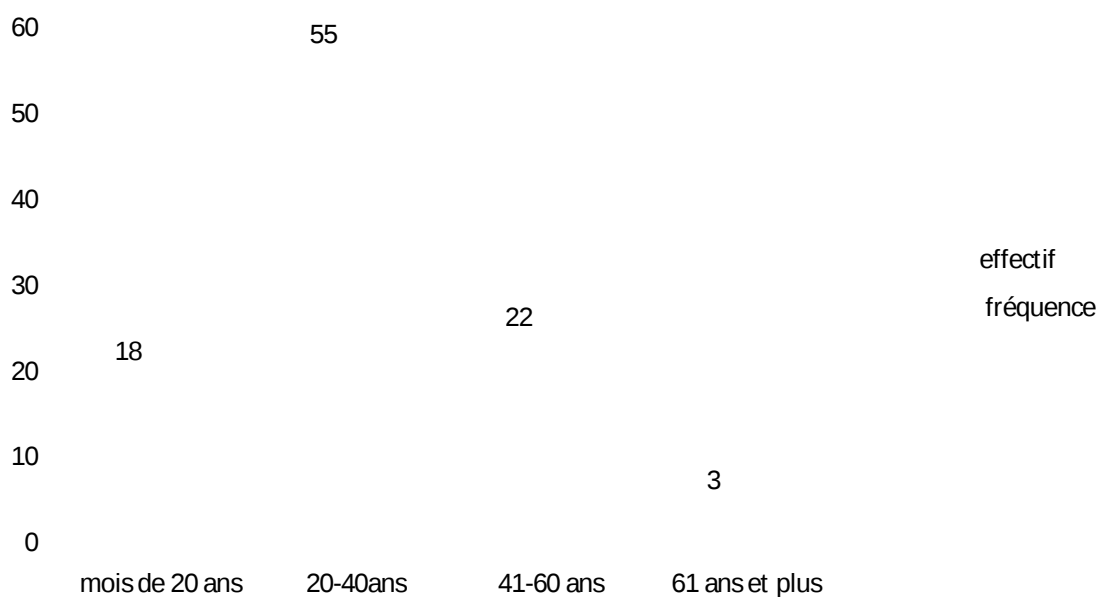
### **8-) Aspect éthique :**

- Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

- Notre étude n'a porté aucun préjudice aux patients inclus dans l'étude; mais a contribué plutôt à une meilleure connaissance de l'améloblastome des maxillaires pour une meilleure prise en charge.

- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur le patient atteint de l'améloblastome des maxillaires.

Graphique 1: Répartition de l'effectif des patients selon l'âge.



La tranche d'âge de 20-40 ans a été la plus représentée avec 56,1% de l'effectif

Tableau I : Répartition de l'effectif des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
<b>Masculin</b>	<b>55</b>	<b>56,10</b>
Féminin	43	43,90
Total	98	100,00

Le sexe masculin a représenté 56,1% avec un sex-ratio de 1,28.

Tableau II : Répartition l'effectif des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
<b>Bamanan</b>	<b>38</b>	<b>38,80</b>
Peulhe	18	18,40
Soninkée	9	9,20
Sénoufo	5	5,10
Dogon	3	3,10
Sonrhäi	5	5,10
Malinkée	6	6,10
Bobo	7	7,10
Autres	7	7,10
Total	98	100,00

L'ethnie Bamanan a représenté 38,8 % des cas.

Autres : Bozo = 3 (3,1%), Minianka = 1 (1%), Gana =1 (1%), Maure =1 (1%), Kassonké= 1 (1%)



Tableau III: Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation

Occupation	Effectif	Fréquence (%)
<b>Femme au foyer</b>	<b>35</b>	<b>35,70</b>
Elève/étudiant	17	17,30
Commerçant	15	15,30
Agriculteur	14	14,30
Fonctionnaire	8	8,20
Ouvrier	6	6,10
Autres	3	3,10
Total	98	100,00

Autres= Chauffeur= 2 (2,1%), Eleveur=1 (1%)

Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la résidence

Résidence (commune du district)	Effectif	Fréquence (%)
---------------------------------	----------	---------------

Commune I	14	14,40
Commune II	12	12,30
commune III	6	6,10
Commune IV	7	7,10
Commune V	7	7,10
Commune VI	21	21,40
<b>Hors du district</b>	<b>31</b>	<b>31,60</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>

Hors du district = Ségou = 17 (17,30%) ; Kayes =6(6,10%) ; Sikasso =3(3,10%) ; Mopti= 3(3,10%) ; Koulikoro= 1(1,10%) ; Gao=1(1,10%)

Graphique 2 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la nationalité.

	Effectif	Fréquence	
	95	96,94	
Maliennne	1	1,02	
Ivoirienne	1	1,02	
Sénégalaise	1	1,02	
Guinéenne	1	1,02	

les autres nationalités étaient représentées par les Ivoiriens, les Sénégalais et les Guinéens avec 1,02% chacune

Tableau V: Répartition de l'effectif des patients selon la localisation de la tumeur

Localisation de la	Effectif	Fréquence (%)
--------------------	----------	---------------

tumeur		
<b>Symphyse mandibulaire</b>	<b>34</b>	<b>34,70</b>
Hemi mandibule	8	8,20
Branche horizontale	17	17,30
Branche ascendante	10	10,20
Angulomandibulaire	19	19,40
Maxillaire	10	10,20
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>

La localisation de la tumeur a été surtout la zone symphysaire avec 34,70%.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Cause de consultation	Effectif	Fréquence (%)
▪ <b>Tuméfaction</b>	<b>69</b>	<b>70,40</b>

<b>osseuse</b>		
▪ Tuméfaction + mobilité dentaire	15	15,30
▪ Tuméfaction +Hémorragie gingivale +mobilité dentaire	6	6,10
▪ Obstruction nasale	1	1,00
▪ Signe de Vincent+ hémorragie gingivale	3	3,10
▪ Autres	4	4,10
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Les autres = dents incluses 2 cas (2%), Fistule cutanée para symphysaire 1 cas (1%), douleur + prurit gingival 1 cas (1%).

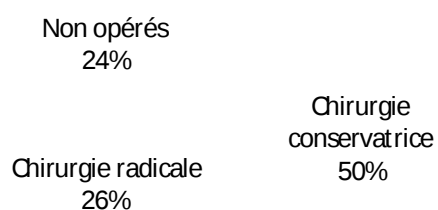
Graphique 3 : Répartition des patients en fonction des incidences radiologiques effectuées.



54,1% des patients ont bénéficié d'une radiographie face basse.

Graphique 4 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type de traitement.

## fréquence



**50% de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice**

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients selon le résultat de la biopsie

Résultat de la biopsie	Effectif	Fréquence (%)
<b>Améloblastome</b>	<b>58</b>	<b>59,20</b>
Fibroaméloblastome	4	4,10
Adénoaméloblastome	2	2,00
Améloblastome forme papillaire	1	1,00
Non disponible	33	33,70
Total	98	100

Les formes histologiques rencontrées ont été les Fibro-améloblastomes (4,1%) suivis des adéno-améloblastomes (2%) et les Formes papillaires (1%).

Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la première intervention

Première intervention	Effectif	Fréquence (%)
Oui	46	46,90
Non	52	53,10
Total	98	100,00

Tableau IX : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la récurrence

Récurrence	Effectif	Fréquence (%)
Aucune	80	81,60
<b>Primaire</b>	<b>15</b>	<b>15,30</b>



Secondaire	3	3,10
Total	98	100,00

Tableau X : Répartition de l'effectif des patients selon le suivi -postopératoire

Suivi postopératoire	Effectif	Fréquence (%)
A 1 mois	14	14,30
A 3 mois	13	13,30
De 6-12 mois	19	19,40
Plus de 12 mois	7	7,10
Perdus de vue	45	45,90
Total	98	100,00

Tableau XI: Distribution de l'âge des patients en fonction du type de traitement

Type de traitement	Chirurgie conservatrice		Chirurgie radicale		Non opérés		Total	Test statistique
	Effectif f	%	Effectif f	%	Effectif f	%		
Classe d'âge < 20 ans	7	14,3	2	7,7	9	39,1	18	$\chi^2=9,13$ p=0,0103

20-40 ans	36	73,4	6	23,1	13	56,5	55	$\chi^2=17,523$ $p=0,00015$ $\chi^2=37,60$ $p=0,0000001$
41-60 ans	4	8,2	17	65,4	1	4,3	22	
61 ans et plus	2	4,1	1	3,8	0	0	3	
Total	49	100	26	100	23	100	98	

Les Khi2 n'ont pas été validés

Tableau XII : Distribution de l'âge des patients en fonction de la récurrence.

Récurrence Classe d'âge	Récurrence			Total	Test statistique
	Aucune	Primaire	Secondaire		
< 20 ans	16	1	1	18	$\chi^2=1,96$
20 - 40 ans	46	9	0	55	p=0,375 $\chi^2=3,99$
41 - 60 ans	15	5	2	22	p=0,135 $\chi^2=5,02$
61 ans et plus	3	0	0	3	p=0,0813 -
Total	80	15	3	98	

Il n'existe pas de liaison statistique entre la classe d'âge et la récurrence

Tableau XIII : Distribution de la localisation de la tumeur en fonction de l'âge des patients.

Classe d'âge	< 20 ans	20-40 ans	41-60 ans	61 ans et plus	Total	Test statistique
					-	-
Localisation de la tumeur						
Symphyse mandibulaire	4	16	12	2	34	$\chi^2=7,18$
Hémi mandibulaire	2	5	1	0	8	p=0,0664 $\chi^2=0,92$
Branche horizontale	5	8	4	0	17	p=0,0819 $\chi^2=2,31$
Maxillaire supérieure	2	6	2	0	10	p=0,511 $\chi^2=0,42$
Branche ascendante	2	7	1	0	10	p=0,0936 -
Angulo-mandibulaire	3	13	2	1	19	-
Total	18	55	22	3	98	

Il n'existe pas de liaison statistique entre la localisation tumorale et la classe d'âge.

Tableau XIV : Distribution de la classe d'âge en fonction du sexe

Total
-------

Classe d'âge	< 20 ans	20-40 ans	41-60 ans	61 ans et plus	-
Sexe					
Masculin	13	28	12	2	55
Féminin	5	27	10	1	43
Total	18	55	22	3	98

$\chi^2=2,66$   $p=0,447$ . Il n'existe pas de liaison statistique entre la classe d'âge et le sexe

Tableau XV: Distribution de la localisation tumorale en fonction du type de traitement.

Type de traitement	Chirurgie conservatrice		Total
	Oui	Non	

Localisation de la tumeur			
Symphyse mandibulaire	22	12	34
Hémi mandibulaire	3	5	8
Branche horizontale	6	11	17
Maxillaire supérieur	4	6	10
Branche ascendante	7	3	10
Angulo-mandibulaire	7	12	19
Total	49	49	98

$\chi^2=8,23$        $p=0,1441$ . Khi2 non validé

Tableau XVI: Distribution de la localisation tumorale en fonction du sexe

Localisation de la tumeur	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Symphyse mandibulaire	18	16	34
Hémi mandibulaire	5	3	8
Branche horizontale	8	9	17
Maxillaire supérieur	6	4	10
Branche ascendante	7	3	10
Angulomandibulaire	11	8	19

Total	55	43	98
-------	----	----	----

$\chi^2=1,71$  p=0,8880. Khi2 non validé

Tableau XVII : Distribution de la récurrence en fonction du sexe

				Total
Récurrent	Aucun	Primaire	Secondaire	
Sexe				
Masculin	45	8	2	55
Féminin	35	7	1	43
Total	80	15	3	98

$\chi^2=0,18$        $p=0,9123$ . Khi2 non validé.

Il n'existe pas de liaison statistique entre la récurrence et le sexe.

Notre étude était une étude rétrospective-prospective, réalisée entre janvier 2007 et décembre 2010 dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS. Elle concernait 98 patients dont 56,1% du sexe masculin, 43,9% du sexe féminin avec un sex-ratio M/F de 1,27.

Une étude rétrospective réalisée par **KEITA O.** entre 1981-1998 à l'hôpital de Kati avait retrouvé une prédominance du sexe masculin de 54% avec un sex-ratio de 1,17 sur un échantillon de 50 patients. **(27)**

Une autre étude effectuée par **DIOMBANA M.L, AG MOHAMED A. et coll.**, en 1994 à l'hôpital de Kati avait retrouvé une prédominance du sexe féminin 60% avec un sex-ratio de 1,51 sur 35 patients. **(14)**

**J. VALLICIONI et coll.**, en 2007 ont trouvé une prédominance masculine avec 83,33% des cas au service de chirurgie cervico-faciale du centre Antoine-Lacassagne à Nice. **(25)**



Dans notre étude la moyenne d'âge a été de 20 ans. La classe d'âge la plus représentée a été celle de 20-40 ans soit 56,1%.

**KEITA O.** a trouvé une moyenne d'âge de 26,98 ans avec 56% pour la tranche d'âge comprise entre 26-47ans. **(27)**

Pour **DIOMBANA M.L. et coll.** la moyenne d'âge était de 27ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 25-45 ans. **(14)**

Dans notre étude l'ethnie Bamanan a été la plus représentée avec 38,8%, ensuite venait celle des peulhs (18,4%) et des soninkés (9,2%).

Dans l'étude de **KEITA O.** et celle de **DIOMBANA M.L. et coll.** Les bamanans ont représenté respectivement 34% et 34,28%.

Dans notre étude sur 98 patients les femmes au foyer ont été les plus représentées soit 35,7% des patients.

Dans l'étude de **KEITA O.** les paysans étaient les plus représentés avec 48%, les ménagères 22%. **(27)**

Dans l'étude de **DIOMBANA M.L. et coll.**, les paysans représentaient 42,90%. **(14)**

Dans notre étude les patients qui résidaient dans le district de Bamako ont représenté 68,4%.

Pour **KEITA O.** les patients venant du district de Bamako ont représenté 12%. **(27)**

Les 96% de nos patients ont effectué une radiographie des maxillaires tandis que la biopsie a été effectuée chez 66,3%.

Tous les patients opérés ont effectué le bilan préopératoire du service comportant : NFS, GE, groupage-Rhésus, SRV, BW, Widal, glycémie à jeun, Urée, ECBU, Selles Pok, Electrophorèse de l'Hb et une Rx pulmonaire

Dans notre aucun cas de transformation maligne n'a été rencontrée à travers la biopsie.

**COULIBALY B. et coll.** dans leur étude au service d'anatomie et de neuropathologie au CHU Timone à Marseille, ont rapporté un cas de carcinome améloblastique mandibulaire secondaire sur un améloblastome préexistant chez une patiente caucasienne de 82 ans. La patiente a bénéficié d'une radio-chimiothérapie adjuvante et était vivante deux ans après le diagnostic 2008. **(9)**

Notre diagnostic était basé surtout sur la radiographie dans 95,9% des cas, la biopsie dans 57,2%.

**KAWAI T. et coll.,** au département de radiologie oro-maxillo-faciale de l'hôpital universitaire d'Osaka au Japon, ont constaté que la résonance magnétique est la meilleure méthode de diagnostic par rapport au panoramique, à la radiographie postéro-antérieure, à l'incidence de Waters ou à la tomographie. **(29)**

Dans notre étude, la biopsie a permis surtout la mise en évidence d'améloblastomes mais également d'autres formes histologiques tels que les fibroaméloblastomes, les adenoaméloblastomes et les forme papillaire d'améloblastomes. A noter que dans 33,7% des cas de biopsie le résultat n'a pas été disponible.

**FUKUSHIMA D. et coll.**, du département de médecine orale du collège dentaire Chiba de Tokyo au Japon ont décrit un cas d'améloblastome desmoplasique du maxillaire (1997). La tumeur se caractérisait par un stroma abondant de collagène et de tissus osseux. Une résection du maxillaire a été recommandée. **(15)**

**AMEERALLY P. et coll.** du département de chirurgie orale et maxillo-faciale de l'hôpital Guy de Londres en 1996 ont relaté 3 cas d'améloblastomes atypiques avec une issue fatale (le premier sans métastases, le deuxième avec métastases pulmonaires et le troisième avec une infiltration extensive de la base crânienne. **(5)**

**CALIFANO L. et coll.**, du département de chirurgie maxillo-faciale de l'université Federico II de Naples en Italie en 1996 ont rapporté le cas d'un améloblastome périphérique malin (une tumeur rare se développant surtout au niveau de la crête alvéolaire des mâchoires au niveau de la canine supérieure gauche. **(10)**

**SAID-AL-NAIEF NA.** Et coll. au centre Médical du Mont Sinaï à New York aux USA en 1997 ont signalé un cas de kérato-améloblastome (dans toute la littérature Anglo-saxonne il n'a été signalé que 5 cas) .La tumeur étant développée dans la partie postérieure droite du maxillaire supérieur chez un Afro-Américain de 26 ans. **(42)**

Dans notre étude la localisation la plus fréquente était mandibulaire(89,80%) plus précisément au niveau de la symphyse mandibulaire (34,7%) des cas.

Dans l'étude réalisée par **KEITA O.**, le siège le plus fréquemment observé a été le maxillaire inférieur dans 92% des cas. **(27)**

Une autre étude réalisée par **DIOMBANA M.L. et coll.**, en 1994 sur 35 cas avait trouvé 91,70% de localisations au niveau du maxillaire inférieur. **(5)**

**Y. JEBLAOUI et Coll.** au service d'otorhinolaryngologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU, la Rabta à Tunis en 2007 ont retrouvée 62% de localisation angulo-mandibulaire. **(45)**

Dans notre étude sur 98 patients, 50% ont subi une chirurgie conservatrice et 26,5% une chirurgie radicale.

A noter que 23,5% de nos patients n'ont pas reçu de traitement.

Aucun de nos patients n'a bénéficié de reconstruction osseuse.

Cela s'explique par l'insuffisance du plateau technique, le manque de moyens financiers et surtout la non acceptation d'une autre intervention par le patient.

Cependant **G.E. CREZOIT. Et Coll, AKA GK, KOUAKOU RK ET Coll. en Côte d'Ivoire** ont signalé respectivement 30 cas et 137 cas de reconstruction mandibulaire. **(9, 3)**

Une autre étude réalisée par **M. BOURJILAT et coll.** au service de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital du 20 Aout à Casablanca en 2001 ont effectué 15 cas de reconstruction à l'aide de greffes osseuses libres non vascularisées sur 26 patients opérés. **(16)**

Le suivi postopératoire a été difficile, sur l'ensemble des patients traités :

- au 1<sup>er</sup> contrôle : à un mois 14,3% ont été revus ;
- au 2<sup>ème</sup> contrôle : à 3 mois 13,3% ont été revus ;
- au 3<sup>ème</sup> contrôle : à 6-12 mois 19,4% ont été revus ;

-au 4<sup>ème</sup> contrôle à plus de 12 mois 7,1% ont été revus ;

15,3% des patients ont été revus pour récurrence primaire et 3,1% pour récurrence secondaire.

Notre étude n'a pas trouvé de lien statistique significatif entre le sexe et l'âge.

Dans notre étude, concernant la distribution de la localisation tumorale en fonction du sexe:

- pour la symphyse mandibulaire le sexe masculin a représenté 17,64%

- tandis que pour la branche horizontale, le sexe féminin a représenté 8,82%, cependant sans liaison statistique significative entre les deux variables.

### **CONCLUSION :**

Cette étude sur l'améloblastome des maxillaires nous a permis de constater que cette pathologie existe au Mali, mais est méconnue de la population.

Il semble que les cas que nous avons reçus en consultation ne représentent que la face cachée de l'iceberg.

C'était surtout une pathologie de l'adulte jeune (20-40 ans) et de l'adulte (41-60 ans) avec une moyenne d'âge de 20 ans, sans prédominance de sexe.

Il semble que cette pathologie se confond dans la pensée de la population en général, surtout rurale avec des causes et manifestations parapsychologiques (le sort ou l'action d'autrui).

Il est donc nécessaire d'entreprendre une action d'information et de sensibilisation afin de dépister très tôt la maladie pouvant conduire à une prise en charge plus efficace.

Cette étude a montré que les patients viennent toujours à un stade très avancé du développement de la pathologie.

Le traitement étant surtout chirurgical, ceci conduit à des résections osseuses au niveau des maxillaires avec une perte de substance non négligeable posant le problème aigu de prise en charge des séquelles.

### **RECOMMANDATIONS :**

#### 1-Aux autorités socio-sanitaires :

- Mener une campagne d'information vis-à-vis de cette forme de tumeur au sein de la population pour une prise de conscience en vue d'une prise en charge plus précoce, plus efficace et moins onéreuse ;
- Encourager et soutenir la formation des spécialistes en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.

#### 2- Au personnel Socio-sanitaire :

- Référer très tôt les patients dans un centre spécialisé pour une prise en charge précoce ;
- Surveiller cliniquement et radiologiquement toute les tuméfactions d'origine dentaire;

### 3- Aux populations :

- Consulter dans un centre sanitaire ou hospitalier devant toute tuméfaction maxillo-faciale.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1. ADOU A, SOUAGA K, KONAN E, ASSA A, ANGOH Y**

Améloblastome du sinus maxillaire à propos d'une observation :

UFR d'odontostomatologie Abidjan

UFR des sciences Médicales Abidjan

Odonto-stomatologie tropicale 2001 no 94.

### **2. ACHARD J-L**

Tumeurs bénignes des maxillaires

Révision accélérée en odonto-stomatologie pp 233-246 Ed .Maloine, paris 1988.

### **3. AKA G-K, KOUAKOU R-K, DJEMO B-R, OUATTARA B, GADEGBEKU S-A**

Réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Cocody

Revue .Ivoire : odontostomatologie Vol 8 n°2 2006 PP 39-48.

**4. A EL KOHEN, A BENJELLOUN, L BENCHEKROUN, A LAZRAK, N JAZOULI, M KZADRI**

Les reconstructions mandibulaires : évolution des techniques opératoires à propos de 22 cas

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale Vol 105, N°6 Décembre 2004 Pp 347-353.

**5. AMEERALLY P, MCGURK M, SHAHEEN O**

Department of oral and maxilla-facial surgery, Guy's hospital, London, UK

Atypical améloblastoma: report of 3 cases and a review of the literature.

British journal of oral & maxillofacial surgery, 1996 Jun, 34: 235-9.

**6. BROCHERIOU C, AURIOL M, CHOMETTE G**

Tumeurs odontogènes



Arch,Anat,path ;1992 ;20(2) :203-222.

**7.CHOMETTE G, MOSADOMI A, AURIOL M, VAILLANT J-M.**

Histoenzymological features of epithelial cells in lesion of oral mucosa, in cysts and in ameloblastomas of jaws

Int J Oral Surg 1985; No 14 pp 61-72.

**8.CUDENNEC Y-F, PONCET J-L, BUFPE P**

Kyste du maxillaire supérieur

EMC (Paris) ,ORL,1991 ; 20482A10 :8P.9. **COULIBALY B, HEMON A-L, SORBIER C, GEORGE L, BLANC J-L, FERNANDEZ C.**

Carcinome améloblastique, cas anatomoclinique

Service d'anatomie pathologique et de neuropathologie, CHU Timone, 264, rue Saint-pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

Elsevier Masson 2009, vol 29, N0 1, pp 28-31.

**10. CALIFANO L, MAREMONTI P, GIARDINNO C, BOSCANINO A, DE ROSA G**

Department of maxillofacial surgery, FFedericoll University of Naples, Italy.

Peripheral ameloblastoma: report of a case with malignant aspect

British journal of oral & maxillofacial surgery, 1996 jun, 34 (3) :240-2.

**11. CHOMETTE G, AURIOL M, VAILLANT J-M**

Induction odontogène et améloblastome, données histoenzymologiques et ultrastructurales

Ann pathol 1981 ; 1 : pp 221-231.

**12. CARUSO M, BOGUSLAW B, KRAUT RA, KUSHNER GM**

Large radiolucent lesion of the maxilla.

J oral maxillofac surg 1999;no 57; pp 179-180.

**13. CHIKHANI L, CARTIER S, ABDELMOULA M, CHEKKBERT F**

Confrontation radioclinique des tumeurs kystiques de la mandibule .

Rev stomatol ; chir, maxillo-fac, 1994 ; 95(2) :90-92

**14. DIOMBANA M.L, KUSSNER H, A AG MOHAMED, PENNEAU M**

L'améloblastome des maxillaires à propos de 35 cas au service de stomatologie de l'hôpital de Kati(Mali)

MALI Médical 1994, no 9 pp 23-26.

**15. FUKUSHIMA D, KOBAYASHI H, TAKEBA I, YAMANE G, TANAKA Y**

Department of oral médecine, Tokyo Dental College, Chiba, Japan.

A case of desmoplastic améloblastoma of the maxilla

Bulletin of Tokyo Dental college, 1997 Aug, 38 (3) : 223-7 .

**16. FRANK H, NETTER M-D**

## Atlas d'anatomie humaine

Edition Sully, 1998, 2<sup>ème</sup> édition.

### **17. G COULY**

Anatomie maxillo-faciale

2<sup>ème</sup> édition revue et augmenté, édition cdp, Paris 1989.

### **18.GARDNER D-G**

Some current concepts on the pathology of ameloblastomas

Oral Surg Oral Med oral pathol oral Radiol Endod 1996; 82 pp 660-669.

### **19 GUILBERT F, CHOMETTE G, LE CHARPENTIER Y, AURIOL M**

Les tumeurs bénignes et les pseudo-tumeurs des maxillaires

Rapport du XXXIII<sup>e</sup> congrès de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face

Rev stomatol maxillo-fac, 1993 ;94(4) : 197-265.

### **20. G-E CREZOIT, S GADEGBEKU, B OUATTARA, J-L-A BILE**

Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastomes mandibulaires opérés en Côte d'Ivoire de 1992-2000.

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale Vol 104; N°1; pp25-28 février 2003.

### **21. GUILBERT F, CHOMETTE G**

Tumeurs odontogènes des maxillaires

E.M.C-paris stomatologie, 1983; Fasc. 22081 A.

**22. GADEGBEKU S, CREZOIT GE, AKA GK, ADOU A, ANGOH Y, MAREG FB**

L'améloblastome en milieu africain

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, 1994 ; 95 : 70-3.

**23. GARDNER GG**

A pathologist's approach to the treatment of améloblastoma.

J. oral maxillofacial surg 1984; 42. 161-166.

**24. H BENHALMA, H RAFI, S SLAOUI, M KZADRI**

L'améloblastome mandibulaire

Problèmes thérapeutiques

Médecine du Maghreb 1992 N° 34.

**25. J VALLICIONI, B LOUN, O DASSONVILLE, G POISSONNET, F ETTORE, F DEMARD**

Les améloblastomes

Annales d'otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale

Vol 124 No 4 PP 166-171 Septembre 2007.

**26. J-P LEVY, G PRINC**

Abrégés de Pathologie maxillo-faciale et stomatologie

3<sup>e</sup> édition, Masson, janvier 2004.

## **27. KEITA O**

Approche épidémiologique sur l'améloblastome des maxillaires dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital de Kati de janvier 1981 à décembre 1998 à propos de 50 cas

Thèse médecine Bamako : 2001. 91 N°34.

## **28.KRAMAR I-RH, PINDBORG J-J, SHEAR M**

Histological typing of Odontogenic tumours

World Health Organization.

## **29.KAWAI T,MURKAMI S, KISHINO M, MATSUYA T, SAKUDA M, FUCHIHATA H.**

Department of oral and maxillofacial radiology, Osaka university Dental hospital, japan

Diagnostic imaging in two cases of recurrent maxillary améloblastome: comparative evaluation of plain radiographs, CT and MR images  
british journal of oral & maxillofacial surgery,

1998 aug,36(4):304-10.

International Classification of tumors, Berlin, Springer, 1992.

**30. KIMURA H, FAVRE-DAUVERGNEE E, SZPIRGLAS H, VAILLANT JM**

Améloblastome maxillaire à propos d'un cas et revue de la littérature

Rev stomatol chir maxillofac ,1994 ;9(5) :348-350.

**31. LEIDER A-S, EVERSOLE L-R, BARKIN M-E**

Cystic améloblastome. A clinicopathologic analysis

Oral Surg Oral Med Oral pathol

1985; No 60 pp124-630.

**32. LEBEAU J**

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales

Edition révisée, www. Elsevier-masson.fr.

**33. M BOURJILAT, A JANAHA, F KADARI**

Aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques de l'améloblastome des maxillaires au service D' ORL et de chirurgie cervico-faciale à propos de 26 cas : Hôpital 20 Août Casablanca-Maroc

Journal français d'oto-rhino-laryngologie, vol 50 numéro 5, 2001.

**34. MONTEIL RA, RAYLAUD H :**

Anatomie pathologique des lésions tumorales de la cavité buccale, des maxillaires et des glandes salivaires :

EMS (Elsevier, paris) Stomatologie /odontologie 22 .011-s-12.

1985; No 60 pp124-630.

**35.MARSOT-DUPUCH K**

Sinusite maxillaire révélatrice d'une localisation naso-sinusienne d'un améloblastome.

Ann radiol, 1991 ; 34(12) 131-132.

**36. NASU M, TAKAGI M, YAMAMOTO H,**

Ultrastructural and histochemical studies of granular cell améloblastome

J Oral pathol ,1984; NO 13 pp 448-456.

**37. PIETTE GOLBERG**

La dent normale et pathologique

Edition de Boeck Université, 1<sup>re</sup> édition, 2001.

**38. RUGANBAMARARE ALPHONSE**

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des améloblastomes en milieu africain

Thèse de médecine : Dakar 1981-N<sup>o</sup> 47

**39. Ruhin B, Guilbert F, Bertrand J-C**

Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires

EMC (Elsevier, Paris) Stomatologie 2005; 1: 42-59

**40. ROUVIERE H**

Anatomie humaine : tête et cou

Tome 1, 15<sup>ème</sup> édition. Masson

**41. SMISTH S-M, BARTOV S-A**

Améloblastome with myofibroblasts: first report

J Oral pathol, 1986, no15, pp 284-286.

**42. SAID- A-L, NAIEF N-A, LUMERMAN H, RAMER M, KOPP W, KRINGSTEIN G-J, PERSECHINO F, TORNO R**

Mount Sinai medical center, oral and maxilla-facial pathology & E. N.T. pathology, New York. , NY, USA.

Keratoameloblastoma of maxilla. A case report and review of the literature. (Review) (10)

Oral Surgery, Oral médecine, oral pathology, Oral radiology & endodontic, 1997, Nov., 84 (5): 535-9.

**43. TODD R, GALLAGHER GT, KABAN LB**

Mass in the infratemporal fossa



Oral surg oral med oral pathol oral radiol endod 1997;no 84; pp 116-118.

**44. Y,JEBLAOUI, J BOUGUILA, S HADDAD, K, ZITOUNI, I ZAIRI, M,MOKTAR, A ADOUANI**

Carcinome améloblastique mandibulaire

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale Vol 106 N° 4 septembre 2005

**45. Y JEBLAOUI, N BEN NEJI, S HADDAD, L OUERTATANI , S HCHICHA**

Algorithme de Prise en charge des améloblastomes en Tunisie

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, Vol 107 ; N°1 PP 52-56 janvier 2007.

**46. YVES le CHARPENTIER, AURIOL M**

Histopathologie bucco-dentaire et maxillo-faciale

Paris, Masson 1986 ,319p.

Annexes :

FICHE D'ENQUETE N°-----

Prénom et nom

Age

Sexe    Féminin   

Masculin   

Ethnie

Occupation

Résidence

Nationalité

Localisation de la tumeur

Circonstance de découverte

Fortuite lors d'une radiographie   

Devant les signes cliniques

Autres -----

### 10. Symptomatologie clinique

Tuméfaction osseux	<input type="checkbox"/>
Mobilité dentaire	<input type="checkbox"/>
Hémorragie gingivale	<input type="checkbox"/>
Obstruction nasale	<input checked="" type="checkbox"/>
Signe de Vincent	<input type="checkbox"/>

Autres-----

### 11. Bilan radiologique

Rx /panoramique dentaire    Oui                       Non

Rx/face basse                      Oui                       Non

Rx /Blondeau                      Oui                       Non

Rx/défilé droit ou gauche    Oui                       Non

TDM                      Oui                       Non

Rx /pulmonaire    Oui                       Non

Autres -----

12. Bilan biologique

Standard      Oui       Non     

Autres -----

13. Attitude thérapeutique

Chirurgie conservatrice     

Chirurgie radicale     

14. **Résultat de la biopsie**-----  
-----

15. Première intervention     

16. **Récidive** : primaire       secondaire            plus

17. Technique d'anesthésie

Locale            locorégionale            Générale

18. Reconstruction chirurgicale

Immédiate            Différée            non bénéficiée     

19. Suivi post-opératoire

1mois            3mois            6mois            12 mois            plus

20. **Transformation maligne** OUI

Non

Fiche signalétique :

**Nom** : KEITA

**Prénom** : KADIA

**Titre de la thèse** :

Améloblastomes des maxillaires au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako de 2007-2010.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de Bamako ; Bibliothèque du CHUOS

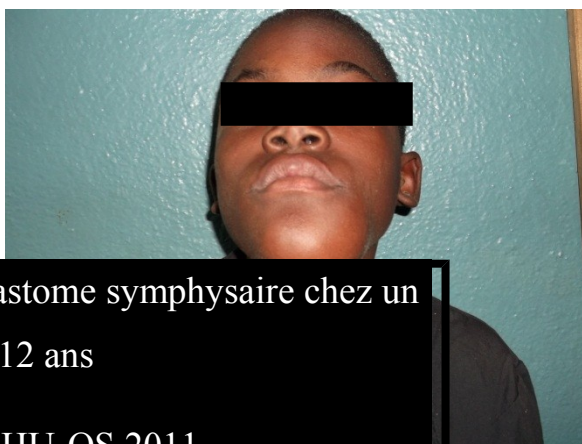
**Secteur d'intérêt** : Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale, Anatomopathologie

### **RESUME :**

Nous avons fait une étude rétrospective, prospective sur les améloblastomes des maxillaires dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS durant une période de 4 ans (de janvier 2007 à décembre 2010).

Notre échantillon se composait de 98 patients dont 55 hommes (56,10%) et 43 femmes (43,90%) avec un sexe-ratio de 1,28.

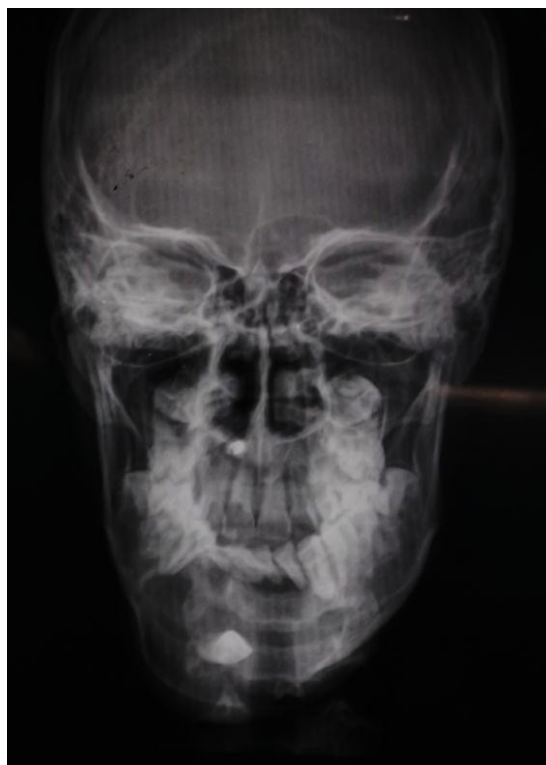
La moyenne d'âge a été de 20 ans et les classes d'âge de 20-40 ans et de 41-60ans ont été les plus représentées. Notre diagnostic était basé sur la radiographie dans 95,9% des cas et la biopsie dans 57,2%. La localisation la plus fréquente était la symphyse mandibulaire (34,7%). 50% de nos patients ont subi une chirurgie conservatrice et 26,5% une chirurgie radicale. Aucun de nos patients n'a bénéficié de reconstruction osseuse.



Améloblastome symphysaire chez un enfant de 12 ans

Images CHU-OS 2011





nt l'image





En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

***Je le jure !***

