



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année académique : 2006-2007

N°..... /2007

TITRE

**ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET
HISTOPATHOLOGIQUE DES CANCERS
STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-
FACIAUX : A PROPOS DE 70 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le... / 04 / 2007
Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mlle Magne Tamga Denise Diane

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : Pr. Alhousseïni Ag Mohamed
Membre : Dr. Coulibaly Daniel
Codirecteur : Dr. Kamaté Bakarou
Directeur : Pr Diombana Mamadou Lamine

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR
DES FINANCES**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

Mr Filifing SISSOKO

Mr Sékou SIDIBE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Tiéman COULIBALY

Mme TRAORE J. THOMAS

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr Nouhoum ONGOIBA

Mr Sadio YENA

Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie

Chirurgie Viscérale

Gynéco-obstétrique

Chirurgie Générale

Orthopédie –Traumatologie

Anesthésie –Réanimation

Orthopédie – Traumatologie

Ophtalmologie

Stomatologie

Gynéco-obstétrique

Anatomie et Chirurgie Générale

Chirurgie Thoracique

Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA

Mr Samba Karim TIMBO

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

Mr Zimogo Zié SANOGO

Mme Diénéba DOUMBIA

Mr Zanafon OUATTARA

Mr Adama SANGARE

Mr Sanoussi BAMANI

Mr Doulaye SACKO

Mr Ibrahim ALWATA

Mr Lamine TRAORE

Mr Mady MACALOU

Mr Aly TEMBELY

Mr Niani MOUNKORO

Mr Tiemoko D. COULIBALY

Mr Souleymane TOGORA

Mr Mohamed KEITA

Mr Bouraïma MAIGA

Gynéco-Obstétrique

O.R.L.

O.R.L.

Chirurgie Générale

Anesthésie –Réanimation

Urologie

Orthopédie –Traumatologie

Ophtalmologie

Ophtalmologie

Orthopédie –Traumatologie

Ophtalmologie

Orthopédie –Traumatologie

Urologie

Gynéco- Obstétrique

Odontologie

Odontologie

O.R.L.

Gyneco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO

Mr Amadou DIALLO

Mr Moussa HARAMA

Mr Ogobara DOUMBO

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Mr Anatole TOUNKARA

Mr Bakary M. CISSE

Mr Abdourahmane S. MAIGA

Mr Adama DIARRA

Chimie Générale et Minérale

Biologie

Chimie Organique

Parasitologie –Mycologie

Chimie Organique

Immunologie, **Chef de D.E.R.**

Biochimie

Parasitologie

Physiologie

Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Chimie Analytique
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie- Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie-Parasitologie
Biochimie
Immunologie
Parasitologie
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-Entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO

Galénique
Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Biostatistique
Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Yaya COULIBALY
Mr Lassine SIDIBE

Botanique
Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Les cancers stomatologiques et maxillo-faciaux

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou DIOP
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie
Physiologie

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse :

Au Dieu tout puissant et miséricordieux,

Qui chaque jour guide nos pas,
Eternel tu es mon berger,
Ta grâce, ta miséricorde et ta bonté,
Nous ont jusqu'à ce jour solennel guidé,
Puisse ton inspiration divine nous accompagner
Tout au long de cette carrière que nous avons tant espérée.

A toutes les victimes des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.

A tous ceux qui oeuvrent dans la lutte contre le cancer dans le monde.

A mon père, TAMGA PIERRE

Tu nous a guidés vers le chemin du travail. Voilà le fruit des sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour notre éducation. Accepte ce travail comme témoignage de toute mon affection. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité.

A ma mère, TAMGA JEANNETTE

Aucun mot, aucune formule pour décrire tout le bonheur que je ressens en te dédiant cette thèse. Merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension, les sourires et l'amour que tu nous as toujours donnés.

Dans les moments difficiles, tu as toujours su trouver les mots pour nous encourager. Je ne pourrais jamais te remercier assez pour les sacrifices consentis pour moi. Reçois ici l'expression de toute notre affection. Que Dieu te bénisse

A mes grandes sœurs : JUDITH DEFO, DJUISSI MIREILLE.

Vous êtes des sœurs formidables, merci pour tout le soutien et les encouragements que vous m'avez adressés. Que le Seigneur vous donne longue vie et nous unisse d'avantage.

A mes grands frères: FOTSO ERIC, KUATE HUGUES, KAMGA HERVEY

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est aussi le vôtre.

Puisse le Seigneur me permettre de rendre le centuple.

A la famille TZUDIE

Merci pour vos conseils et encouragements. Vos prières m'ont apporté courage et force pour que je puisse arriver. Que le Seigneur vous inonde de ces bienfaits

A mes grands- mères : DENNOUE REBECCA, MEGNE COLETTE, FOTSO SUZANNE, TALA SUZANNE

Merci de m'avoir toujours encouragé,

Vos bénédictions m'ont jusqu'ici porté.

Puisse le Seigneur vous permettre de profiter pendant très longtemps,

De mon engagement pour votre santé.

Au Dr CHOUBE BERTRAND

Merci pour l'amour, la compréhension et la patience que tu as toujours eu à mon égard. Je ne sais avec quels mots te dire combien tu comptes pour moi, Puisse le Seigneur nous permettre de nous retrouver.

A la famille TSACHOUA

Merci pour vos prières et encouragements.

Remerciements

Au Mali

Ma deuxième patrie, terre d'accueil, d'hospitalité et de paix, Merci

Au peuple Malien,

Merci de nous avoir rendu le séjour agréable dans votre si beau pays.

Vous resterez toujours gravés dans ma mémoire

A tous les maîtres de la FMPOS du Mali pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués et l'humilité dont ils font preuve tous les jours.

Au Docteur Cheick Bougadari Traoré : Votre simplicité, votre disponibilité, votre souci pour notre formation et votre humanisme nous ont beaucoup touché. Soyez rassuré de notre profond attachement.

Au Docteur Bakarou Kamaté : votre simplicité, votre rigueur dans le travail, votre amour pour la recherche ont forcé notre admiration. Nous vous sommes très reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour l'aboutissement de ce travail. Que DIEU vous bénisse !

A la famille Sangaré : vous m'avez accueilli à bras ouvert chez vous, me considérant comme votre enfant et sœur. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma grande sœur JUDITH et son mari FELIX

Vous m'avez sans cesse manifesté votre soutien et votre amour ; vous vous êtes souciés à ce que je ne manque de rien pour l'aboutissement de ce travail. Puisse ce travail être un échantillon de ma reconnaissance éternelle et de ma profonde gratitude à votre égard. Ce travail est aussi le vôtre.

Que DIEU vous bénisse et vous garde longtemps auprès de vos enfants (Ange Marie, Murielle, Antoine, Stéphanie et Emanuelle).

A DEFO ALEXIX et toute la famille

Merci tonton pour toute la sympathie et l'attention que tu as toujours portés à mon égard, reçoit ici l'expression de toute mon admiration

A CAROLINE AMAMA et toute la famille

Merci pour tous vos encouragements et votre amour à mon égard.

A mes amies et soeurs, Elvire Tchoupa, Sandrine Yassi, Estelle Mégné, :

Avec vous j'ai compris le sens du mot amitié. Merci d'avoir été toujours là pour moi. Que nos liens d'amitié se renforcent d'avantage.

Clin d'œil particulier à Lolitha, William, Sylviane, Tidiane, Espérance, Judith, Victorine, Romain, Edem, Ousséni, Oumar, Boubacar Diallo

A tous mes promotionnaires chéris :

Tidiane, Irène, Micheline, Xavier, Fred, Claude, John, Kuetche, Kadjeu, Pamela, Olive, Alice, Marlyse, Yannick, Bertrand, Thierry, Marcel, Loïc, Jean Phillippe, Eric, Arnaud, Tchély, Aminata Fofana, William, Adama Sidibé ; les moments passés ensemble resteront toujours gravés ma tête. Que le Seigneur vous benisse !

A mes aînés et collègues du service d'Anatomie-pathologie : Dr Tako, Dr Leyla, Djènèba, Marietta, Mme Cissoko, Keïta, Karamoko, Claude, Clautaire , André , Adja, Mallé, Bourama, Micheline, Awa, Partrick, Fred, Safi, Pamela, Francine, Théophile, Rokiatou, Bonkana, Demba merci pour la bonne collaboration dans l'entente et la paix.

A tout le personnel de l'INRSP particulièrement Dembélé, Yacou, Sory, Fallé, Dr Hippolyte, Sadio, Macko, Issa, Fily merci pour ces moments de franche collaboration.

A mes collègues du CNOS particulièrement au Dr Cheick Diarra, Ezékiel, Dr Bocoum, Dembélé, Samba, Rébecca, Idrissa

A mes amis du service de Medecine Interne et Chirurgie A, Dr Koumou, Alpha, Déssy, Houda, Kany, Dr Ange Marie, Dr Cherif, Raoul, Dr Soma

A la famille FOFANA, merci de m'avoir reçu dans votre maison.

A la famille Edjem à Abidjan

Aux voisins du Vatican

Sylviane, Patricia, Raïssa, Lala, Abou, Moussa, Mohamed, Victorine, Daniel, Xavier, Férid, Béatrice, Yolande, Georgette, Ramatou merci pour tout les moments passés ensemble.

LES

Eric, Géraldine, Yolande, Dr Claude, Dr Wakam,

ASPRO

Dr Ngassa, Dr Brice, Dr Clotaire, Dr Stephane, Dr diane, Dr Nadege, Dr laure, Dr Akwo, Dr Zouna

A PREMIUM

Plus particulièrement aux Dr Bibiane, Dr Sandra, Dr Frédy, Dr Sylviane, Dr Daniélla

A ASTRA

Koudjou, Towa, tileuk, Sango, Tchomtchoa, Mody, Ariane, Léopold, Dr Dominique, Francine, Pamela, Laurence, Judith, Lydienne, Nadine

A SATRES

Lolitha, Justin, Armand, Francis, Annie, Minette, Rosine, Tcheyp, Tadjom, Malongte, Obam, Sighoko, Priso, Makouet, Zokou, Armelle

A SEGALEN

Tati, Milli, Steve, Josiane, Ngandeu, Carol Tambou, Mbena, Tonsi, Takoungang, Judith, Alain Bertrand

A PRADIER

Roby, Pierre, Hervey, Brice, Synclair, Christian, Didja, Rosine, Herman, Franchard, Guillaume

A CESARE

Michelle, Danielle, Emma, les frères Yonga, et tous les autres

A DE Gaulle

Sandrine, Ulrich, Franck , Yvan, Viviane, Xaviéra, Alain ...

Beaucoup de courage, travaillez le reste viendra après.

Aux communautés sœurs.

A tous ceux que j'ai malheureusement oublié ne m'en portez point rigueur.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

A notre maître et président du jury, le professeur ALHOUSSENI AG MOHAMED

- **Professeur titulaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale.**
- **Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital Gabriel Touré.**
- **Président de l'ordre national des médecins du Mali.**
- **Président de la société Malienne d'ORL et CCF**
- **Membre fondateur de la société d'ORL d'Afrique et de la société panafricaine d'ORL,**
- **Membre du conseil économique, social et culturel**
- **Président du Comité Médical d'Etablissement du CHU de Gabriel Touré**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**
- **Chevalier de l'Ordre National du Sénégal**
- **Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'OdontoStomatologie**

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce travail.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fières d'être vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements

A notre maître et directeur de thèse, le professeur Mamadou Lamine DIOMBANA

- **Professeur d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale,**
- **Directeur général du centre national d'Odonto-Stomatologie (CNOS),**
- **Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CNOS,**
- **Ancien chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati,**
- **Ex vice président du Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens du Mali,**
- **Membre du Conseil National et du Comité exécutif de l'Ordre National des Médecins du Mali de 1990 à 1993,**
- **Membre du Comité de Rédaction du Journal Mali-Médical de l'Ecole National de Médecine et de Pharmacie du Mali (2^{ème} secrétaire) de 1993 à 1999,**
- **Président du comité scientifique de l'Association des Odonto-Stomatologistes du Mali (AOSMA) de 1993 à 1999,**
- **Membre de la première Assemblée de Faculté de l'Université du Mali 1998,**
- **Membre de la deuxième Assemblée de Faculté de l'Université du Mali 1999,**
- **Membre fondateur et titulaire de la Société Médicale du Mali depuis 1984,**
- **Membre du Comité de Rédaction de Mali Médical (2^{ème} secrétaire),**
- **Membre fondateur et titulaire de la Société de Chirurgie du Mali (1994),**

Cher maître, dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqués par votre accueil et votre sens de la responsabilité. En acceptant de diriger ce travail vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science pétri de grande connaissance de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. Nous avons su apprécier vos qualités humaines.

Nous ne saurons oublier toute votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre appui. Nous sommes fières d'avoir appris auprès de vous, recevez ici cher maître l'expression de notre indéfectible attachement et surtout notre profonde gratitude.

**A notre maître et co-directeur de thèse, le docteur KAMATE
BAKAROU**

- **Spécialiste d'anatomo-pathologie**
- **Assistant à la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**
- **Chargé de cours d'anatomie-pathologie à la Faculté de Médecine**

Cher maître, merci d'avoir aidé à l'élaboration de ce travail, vous avez toujours fait de ce travail une préoccupation personnelle.

L'ambiance détendue qui est né au cours de ce travail témoigne de votre gentillesse et simplicité.

A vos cotés, nous avons appris beaucoup de choses.

Recevez ici cher maître l'expression de notre attachement et surtout de notre profonde reconnaissance.

A notre maître, le docteur DANIEL COULIBALY

- **Spécialiste en Odonto-stomatologie et en chirurgie maxillo-facial**
- **assistant chef de clinique au Centre National d’Odonto-Stomatologie**
- **Chargé de cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine, Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie,**

Cher maître, nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à l’amélioration de ce travail. Votre dynamisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici l’expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

Table des matières

ABREVIATIONS

INTRODUCTION :.....23

GENERALITES

I- DEFINITION

II- RAPPELS ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES, HISTOLOGIQUES

II.1-Rappels anatomiques :.....28

II.2-Rappels physiologiques32

II.3-Rappels histologiques :.....33

III- LESIONS PRECANCEREUSES.....34

IV- CANCERS STOMATOLOGIQUES

IV.1-CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE.....37

IV.2-CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES.....47

IV.3-CANCERS DES MAXILLAIRES.....52

V : OBJECTIFS.....57

METHODOLOGIE.....58

RESULTATS.....63

COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....74

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....82

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....84

ANNEXES

ABREVIATIONS

BPTM : bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire

CCF : Chirurgie Cervico-Facial

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

GSA: Glandes salivaires accessoires

GSP : Glandes salivaires principales

HGT : HOPITAL GABRIEL TOURE

HPG : HOPITAL DU POINT G

HKATI : HOPITAL DE KATI

INRSP : Institut National de la Recherche en Santé Publique

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

TNM :Tumors Nodes Metastasis

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VADS :Voies aéro-digestives supérieures

INTRODUCTION

PREAMBULE

La sphère oro-faciale comporte divers éléments anatomiques très imbriqués, avec pour corollaire des cancers à connotation nasosinusienne, pharyngée et œsophagienne. Quelques fois y sont associés les cancers thyroïdiens, cutanés faciaux, œsophagiens voire bronchiques. Ces cancers sont indissociables des cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL)[47].

Il n'est pas toujours aisé d'identifier des études publiées sur les données particulières aux cancers stomatologiques qui figurent parfois parmi les néoplasies dites des voies aérodigestives supérieures (VADS).

Dans cette étude nous ne prendrons en compte que les lésions malignes localisées à la cavité buccale, aux glandes salivaires, aux maxillaires ainsi qu'aux lèvres.

En ce qui concerne les cancers buccaux, ils sont fréquents et représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes, 25 à 30% du total des cancers des VADS [25]. Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en développement, c'est le 8^{ème} cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14^{ème} chez les femmes dans le monde [16]. Ils surviennent 9 fois sur 10 chez des sujets éthylo-tabagiques et très souvent au niveau ou à proximité des lésions précancéreuses [25]. En France, on compte 6000 nouveaux cas par an avec une forte prédominance masculine (70% des hommes)[45].

Au Cameroun, une étude réalisée par Tchuenté C. datant de 2004 sur les tumeurs maxillo-faciales trouve 62% de tumeurs malignes contre 38% des tumeurs bénignes ; la localisation prédominante se situait au niveau des maxillaires dans 47% des cas [50].

Au Mali, DIOMBANA en 1998 en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial retrouve 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas par an [20].

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, inférieur à 1/100000, sans disparité géographique notable [13].

Au Mali, DIOMBANA M.L en 1998 en étudiant la fréquence des tumeurs salivaires relève 60 cas de tumeurs salivaires sur 10ans dont 33% des carcinomes [21].

INTERET DU SUJET :

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- * La prise en charge de ces cancers présente de grandes difficultés car figurant parmi les plus mortels et les plus débilissants.
- * L'engagement du pronostic vital tient au fait que lorsqu'il n'est pas diagnostiqué à temps, un patient atteint d'un cancer de stade IV n'a que 20% de chance de survie comparativement à celui qui l'est au stade I et qui aura 80% de chance de survie [14].
- * Le traitement chirurgical, vu sa lourdeur entraîne souvent des mutilations qui se répercutent sur l'esthétique et le fonctionnel. C'est ainsi que le préjudice esthétique entraînera une altération de l'apparence physique du patient qui ébranle l'estime de soi de même que de graves dysfonctions de la mastication, de la phonation et de la déglutition.
- * Au Mali peu d'études ont été réalisées sur les cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier le profil épidémiologique et histopathologique des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Décrire les caractères socio-démographiques des patients présentant un cancer stomatologique et ou maxillo-facial.

Déterminer la fréquence des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.

Décrire les caractères histopathologiques des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.

GENERALITES

I-DEFINITION [3]

Le cancer est le résultat d'une prolifération d'une famille de clone de cellules anormales, mal contrôlées. Il conduit à la destruction du tissu originel, à l'extension locale, régionale ou générale de la tumeur et à la mort de l'individu en l'absence de traitement.

Il se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules anormales de l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou « grosseur ». Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps. Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement .

II-RAPPELS ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES

II.1- Rappels anatomiques

II.1.1-La cavité buccale [30]

La cavité buccale forme la première partie du tube digestif. Elle est subdivisée en 2 parties par les arcades alvéolo-dentaires :

- la cavité périphérique répond au vestibule de la bouche
- la cavité buccale proprement dite (fig 1) [34]

Le vestibule buccal est un espace en forme de fer à cheval compris entre les lèvres et les joues en avant et les arcades alvéolo-dentaires en arrière.

Il communique avec la cavité buccale en arrière des dernières molaires. Les vestibules droit et gauche sont continus en avant dans la région alvéolo-dentaire incisive. Cette dernière est fréquemment rétrécie par les replis muqueux des freins labiaux supérieur et inférieur. Il est tapissé, excepté au niveau des arcades dentaires par la muqueuse buccale qui se réfléchit au niveau des lèvres et des joues pour recouvrir les arcades alvéolaires devenant gencive ou muqueuse alvéolaire, selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium

kératinisé. La séparation entre ces deux tissus est la ligne muco-gingivale.

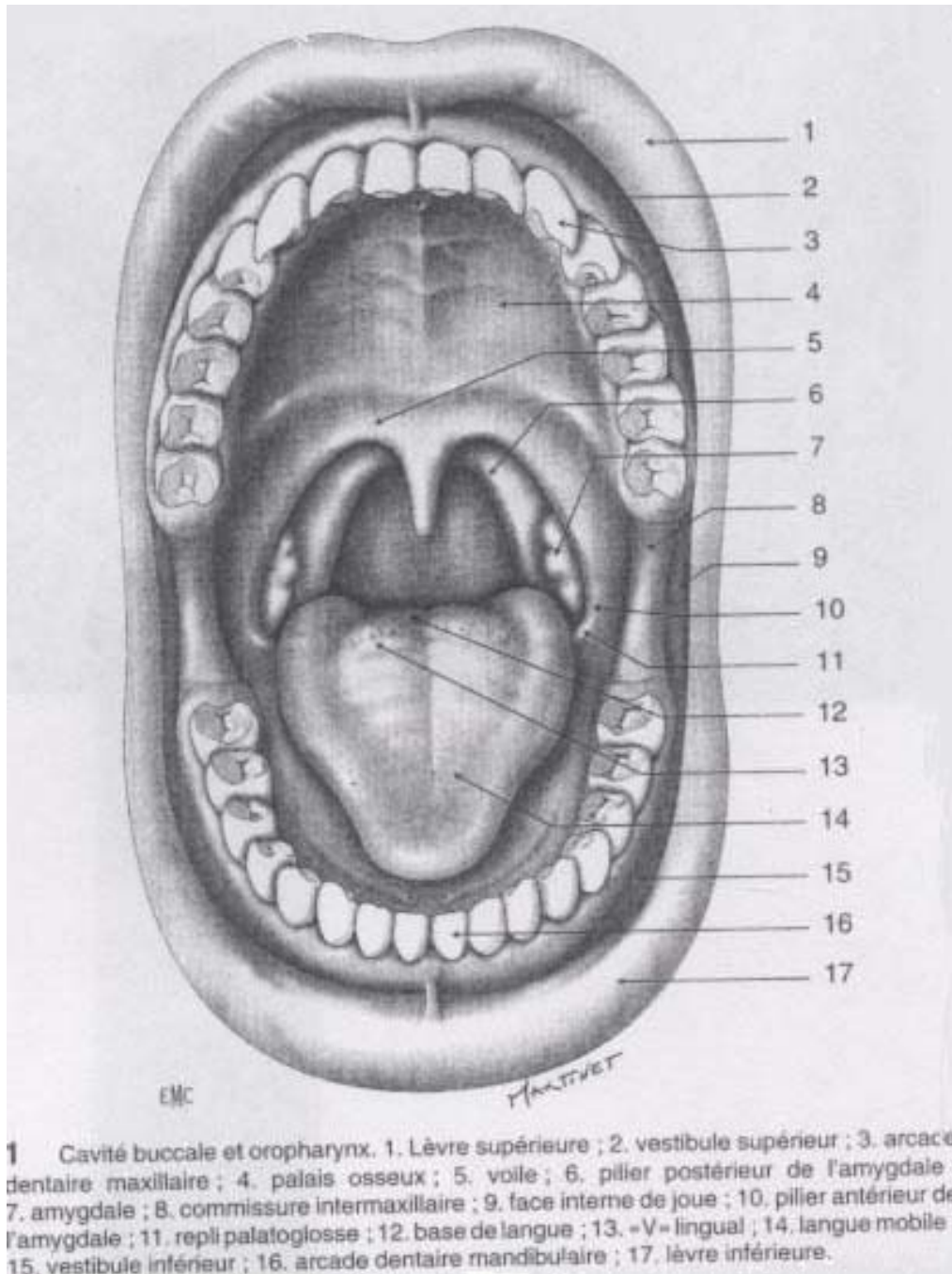


FIGURE 1 : Cavité buccale et oropharynx[34]

La cavité buccale proprement dite est limitée sur son pourtour par les arcades alvéolo-dentaires en avant et sur les cotés ; en haut par la voûte palatine à laquelle fait suite le voile en arrière et latéralement par l'arcade dentaire maxillaire.

La bouche comporte deux organes essentiels :

La langue séparée de l'arcade alvéolo-dentaire mandibulaire par le sillon alvéolo-lingual, fixe dans sa partie postérieure et mobile pour le reste, grâce à l'action de dix-sept petits muscles, qui permettent la déglutition et la phonation. Au repos sa face inférieure est appliquée au plancher buccal. Les papilles qui recouvrent sa surface sont les récepteurs de la gustation.

Les dents, loin d'être des organes isolés, appartiennent à l'appareil de nutrition. Elles sont implantées sur le rebord maxillaire et s'articulent avec les os de la face par l'intermédiaire du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire dont la croissance, la vie et la disparition dépendent uniquement des dents. Cet os alvéolaire ne peut se distinguer anatomiquement ou histologiquement de l'os basal ou os maxillaire proprement dit sur lequel il repose.

II.1.2-LES GLANDES SALIVAIRES

On distingue deux types de glandes salivaires :

1-les glandes salivaires principales [52]

- **la glande parotide** ; c'est la plus volumineuse, sa situation est superficielle au dessous et en avant du méat auditif externe et en arrière du ramus. Elle est de forme pyramidale et possède un canal excréteur (canal de Sténon) qui débouche dans la cavité buccale à la face interne de la joue par un orifice punctiforme en regard du collet de la deuxième molaire supérieure. Son poids est de 20 à 30grammes.
- **La glande sous-maxillaire**, a la taille d'une grosse amande située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Elle longe la base de la branche horizontale de la mandibule, se déverse dans la bouche par le canal de Wharton au sommet de la caroncule linguale. Son poids est de 5 à 10 grammes. Elle est

explorable par les doigts sous mandibulaires, palpable par la voie buccale à travers la muqueuse du sillon gingivo-lingual.

- **La glande sub-linguale** a une forme allongée aplatie transversalement située entre le mandibule et la base de la langue, de part et d'autre du frein lingual. Son canal excréteur (canal de Rivinus) débouche au niveau de la papille sublinguale en dehors de la caroncule linguale.

2-les glandes salivaires accessoires(GSA)

Ces glandes sont disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale excepté au niveau des gencives et du vermillon des lèvres. Leur existence et leur situation sont variables en fonction des individus ;elles peuvent être : labiales, jugales, palatines, vélaires, linguales, dorsales ou marginales.

II.1.3-ANATOMIE DES MAXILLAIRES [5]

Les maxillaires constituent la majeure partie du squelette de la face :

- **le maxillaire inférieur ou mandibule**, est pourvu d'une branche horizontale médiane et de deux branches montantes droite et gauche. Celles-ci présentent à leurs extrémités supérieures deux apophyses : le coroné et le condyle. Le coroné s'articule avec l'os temporal.
- **le maxillaire supérieur ou massif facial** de structure beaucoup plus complexe, apparaît creusé sur la ligne médiane des fosses nasales. Il forme le plancher de l'orbite en haut. Il présente deux cavités sinusiennes latérales, les sinus maxillaires.

Ces deux os ont en commun en regard des gencives, l'os alvéolaire ou sont enchâssés les dents.

II.2- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [8,41]

La cavité buccale est le siège de nombreuses fonctions telles que la mastication, la succion, la digestion, la phonation et la salivation.

Dans les conditions physiologiques normales, le milieu buccal est très favorable à la croissance de micro-organismes.

La pression partielle en oxygène (O₂) varie selon les différents sites considérés et permet aussi bien la croissance des organismes aérobies que celle des anaérobies stricts.

La physiologie de la cavité buccale dépend en grande partie des éléments constituant de la salive, celle-ci étant produite chez l'homme par les glandes salivaires. La salive possède quatre fonctions distinctes : digestive, protectrice, excrétrice et endocrinienne. Elle facilite la formation du bol alimentaire ainsi que la déglutition grâce aux substances lubrifiantes mucilagineuses qu'elle contient. La fonction digestive proprement dite est assurée par l'amylase salivaire qui amorce la digestion des féculents. Elle assure la protection de la muqueuse buccale et des dents. En effet les mucines salivaires protègent la muqueuse buccale contre le dessèchement, les substances toxiques et irritantes présentes dans les aliments et les enzymes bactériennes. Elle assure également la lubrification des muqueuses indispensables aux fonctions de déglutition et de phonation. Les peroxydases complètent l'action des mucines grâce à leur pouvoir antibactérien.

L'EGF(épithelial growth factor) salivaire renforce le potentiel de cicatrisation des tissus muqueux. La protection des dents résulte de l'influence de la salive sur les phénomènes de minéralisation de l'émail.

Les glandes salivaires, en sécrétant de 0,6 à 1,5l d'eau par jour, participent au maintien du degré d'hydratation de l'organisme à un niveau suffisant.

II.3-RAPPELS HISTOLOGIQUES

II.3.1-Au niveau de la cavité buccale [5]

L'épithélium est pavimenteux, pluri-stratifié, composé de cellules étroitement liées les unes aux autres. Il tend à se kératiniser au niveau des points de friction tel que le palais.

L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation .

Variations topographiques

La muqueuse buccale est divisée en plusieurs territoires qui sont en relation avec des structures musculaires ou osseuses sous jacentes. Il est habituel de décrire 3 types de muqueuses en fonction de la topographie :

❖ La muqueuse masticatrice

Elle recouvre les gencives et le palais dur. Elle est kératinisée en surface et présente des crêtes épithéliales longues, réalisant des invaginations profondes dans le tissu conjonctif.

❖ La muqueuse bordante

Souple et flexible, elle revêt les versants muqueux des lèvres, joues, plancher, face ventrale de la langue et palais mou. Elle est non kératinisée en surface et présente des crêtes basales peu accusées.

❖ La muqueuse spécialisée du dos de la langue

Elle est kératinisée et pourvue de papilles intervenant dans la fonction gustative.

II.3.2-Glandes salivaires [52]

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs. Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses, ou des deux , prenant alors le nom d'acini mixtes . Les parotides sont essentiellement séreuses ; les glandes sous mandibulaires mixtes à prédominance séreuse ; les sublinguales essentiellement muqueuses. Les glandes salivaires accessoires sont selon la localisation soit muqueuses pures : glandes palatines, soit séreuses pures :glandes linguales. Mais on peut trouver des formes mixtes dans toutes les glandes en particulier dans la

parotide, aux âges extrêmes de la vie. Les acini se drainent dans les canalicules inter-canalaires, puis striées et enfin excréteurs. Les cellules inter-glandulaires contiennent également dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

II.3.3-Maxillaires [5]

Le corps de ces deux pièces squelettiques comporte comme tout os de membrane :

- une corticale où prédominent les processus d'ostéo-formation et de remodelage de l'os. Le cortex est formé d'os compact recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, le périoste. On y retrouve des canaux de Havers, espaces circulaires entourés de 6 à 12 lamelles osseuses concentriques séparées par des lignes d'apposition et peuplées de couronnes d'ostéocytes.

-une spongieuse où la résorption osseuse prédomine. Elle est constituée de trabécules bordés d'ostéoblastes et creusée de logettes contenant des ostéocytes.

III : LESIONS PRECANCEREUSES STOMATOLOGIQUES

Selon l'OMS rapporté par BEN SLAMA, ce sont « des altérations tissulaires au sein desquelles le cancer apparaît le plus souvent que dans le tissu normal homologue »[12].

Il est important pour l'odonto-stomatologiste d'en connaître les différents aspects aussi bien cliniques et thérapeutiques afin d'optimiser le rôle prépondérant qu'il a à jouer dans le dépistage et la prise en charge.

III.1-leucoplasie [12, 11]

Elle se définit comme une lésion blanche de la muqueuse buccale, non détachable par grattage et qui ne peut être attribuée à une cause

identifiable autre que l'usage éventuelle du tabac. On distingue actuellement :

-Les leucoplasies homogènes :

Plaque blanche clairement circonscrite, plane ou légèrement surélevée, lisse ou uniformément rugueuse parfois traversée par des fines crevasses ou fissures.

Cette forme la plus fréquente, présente seulement des dysplasies légères réversibles et subit rarement une transformation maligne.

-Les leucoplasies inhomogènes :

Peuvent comporter un aspect érythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire sur toute leur surface par endroits. Elle comporte un risque plus élevé de transformation. Les leucoplasies inhomogènes dégénèrent plus fréquemment.

III.2-Lichen plan [44,32]

C'est une maladie inflammatoire chronique, généralement bénigne pouvant atteindre la peau et les phanères , les muqueuses malpighiennes surtout buccales.

Toute la cavité buccale peut être atteinte avec une prédominance sur la face interne des joues et les replis vestibulaires gingivo-jugaux et la langue. Les lésions sont presque toujours symétriques et évoluent par poussées successives. Les lésions sont parfois hyperkératosiques verruqueuses, d'autres fois érythémateuses ou érosives ou ulcérées.

L'évolution est bénigne dans la grande majorité des cas, mais une transformation maligne peut survenir dans une faible proportion évaluée habituellement à 1%.

III.3-Erythroplasie [12]

Il s'agit de plaque veloutée, rouge, brillante, le plus souvent uniforme sans trace de kératinisation souvent très étendue mais ayant une limite nette ce qui la distingue des érythèmes inflammatoires. Elle est considérée comme une lésion précancéreuse hautement dangereuse en raison de la fréquence du carcinome in situ.

III.4-Papillomatose orale floride (POF) [12]

C'est une formation tumorale multiple, d'allure verruqueuse, souple, chronique, associée parfois à des zones dénudées désépithéliasées.

Les tumeurs sont souvent très envahissantes, leur destruction est suivie inexorablement de récurrence et tôt ou tard il y aura une dégénérescence maligne.

III.5-Chéilite actinique [12]

C'est l'altération chronique de la semi muqueuse de la lèvre inférieure provoquée par les rayons ultraviolets. La lèvre est sèche, squamo-kératosique et fissurée. Sur la lèvre supérieure, c'est sur le versant cutané que se développent les kératoses prémonitrices de cancer. A un stade tardif, peuvent apparaître des dysplasies épidermiques ou des carcinomes épidermoïdes dans 12 à 13% des cas.

III.6-Fibrose sous-muqueuse [12]

C'est une atteinte chronique de la cavité buccale. Elle serait liée aux mauvaises habitudes alimentaires : ingestion d'aliments épicés, déficiences en vitamines (A,B,C,E), mastication de noix de bétel, tabac. Elle se traduit cliniquement par une sensation de brûlure et la formation de vésicules suivies par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui apparaît lisse, atrophique et perd progressivement son élasticité. Il n'existe pas de traitement spécifique.

III.7-Candidose kératosique [22]

C'est une kératose nodulaire se présentant comme une plaque blanche ferme, surélevée, bien limitée. Des zones érythémateuses ou érosives sont parfois observées en périphérie. Elle siège habituellement sur la muqueuse jugale au niveau de la zone rétro-commissurale ou le dos de la langue.

Il existe parfois des signes de dysplasies et la présence de candida dans les couches profondes de l'épithélium .

III.8-Syphilis tertiaire [35]

On pensait que la syphilis constituait un important facteur prédisposant aux carcinomes de la cavité buccale. La seule relation retenue fût celle de la glossite atrophique de la syphilis tertiaire avec les cancers de la langue.

IV : CANCERS STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIAUX

IV.1-CANCERS BUCCAUX

IV.1.1-Epidémiologie

Les cancers de la cavité buccale représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes et 30% des cancers des VADS. Les cancers de la langue représentent 17% des cancers bucco-pharyngés [25].

Ces cancers ont l'incidence, de loin la plus élevée dans le monde. Ils sont la cause de 3% de décès par cancer chez l'homme dont 25% par le cancer de la langue [31]. La fréquence chez la femme est en augmentation constante depuis 30 ans.

Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en développement, c'est le 8^{ème} cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14^{ème} chez les femmes dans le monde [16]. On dénombrait 274 300 nouveaux cas et 145 500 décès dans le monde en 2002. Les deux tiers de ce fardeau sont supportés par les pays en développement, et pour plus de 30% par l'Inde seule. Un taux élevé de ce cancer buccal est enregistré dans le sous continent-Indien, en Europe Centrale et de l'Est, dans certaines régions de France, en Europe du Sud et en Océanie [16].

IV.1.2- Etiopathogénie

L'étiologie à 90% liée à une consommation excessive de tabac associée à l'alcool, ou une dégénérescence de lésions précancéreuses dans un contexte bucco-dentaire médiocre et des irritations chroniques [51].

L'usage de tabac sans fumée, notamment de tabac à priser ou à chiquer, fait également courir un risque important, bien que les cancers vitaminiques (A,B,C,E) et les expositions professionnelles aient leur part de responsabilité [4].

Le risque de cancer croît avec la quantité de tabac fumé et la durée de consommation. Un second cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx ou du larynx se développera chez environ 37% des patients qui continuent de fumer après une guérison apparente de leur cancer, comparativement à 6% seulement chez ceux qui cessent de fumer [42].

La consommation régulière d'épices fortes et de piment s'accompagne de modifications de la muqueuse buccale, se traduisant par des plaques kératosiques et ou érythémateuses. Ces lésions ont sans doute un potentiel de transformation maligne, mais il semble relativement faible [42].

La consommation insuffisante de fruits et de légumes, les substances et poussières irritantes et cancérigènes absorbées ou inhalées dans certains milieux professionnels agissent en synergie avec l'alcool et le tabac.

IV.1.3- Diagnostic

IV.1.3.1-Circonstances de découvertes

Les signes et les symptômes du cancer de la cavité buccale peuvent être perceptibles relativement tôt. Les cancers buccaux se manifestent le plus souvent sous forme d'induration ou d'ulcération asymptomatique.

Les signes qui orientent bien que non spécifique sont [46] :

-ulcères ou plaies buccales qui n'arrivent pas à guérir ;

- plaies ou plaques semblables à des verrues sur les lèvres
- mal de gorge persistant
- plaies sous les prothèses dentaires
- bosse sur une lèvre, sur la langue ou dans le cou
- difficulté à mastiquer, avaler ou parler
- excroissance non douloureuse sur la lèvre, formant une croûte sèche qui saigne lorsqu'on l'enlève
- maux de dents ou dents branlantes
- saignements(crachats sanglants)
- douleurs dans l'oreille ou la mâchoire

Ces troubles fonctionnels ont une caractéristique principale : celle de persister. Une durée au delà d'une quinzaine de jours les rendent suspects. L'inspection et la palpation, permettent de trouver un bourgeonnement et ou une ulcération qui saigne habituellement au contact et s'accompagne d'une infiltration sous jacente.

IV.1.3.2-Diagnostic positif [4]

Il est essentiellement anatomopathologique.

Il ne faut jamais poser un diagnostic avant le résultat de la biopsie. Elle sera réalisée en pleine tumeur en zone profonde et n'intéressant pas une zone nécrotique. Elle précise le type histologique et le degré de maturation de la lésion, qui constitue un élément pronostic important notamment pour l'envahissement ganglionnaire.

Au niveau de la pièce opératoire, il précise l'extension locale et notamment le statut des marges d'exérèse ; et régionale, ce qui détermine le pronostic. Par exemple, environ 25% des marges d'exérèse sont envahies en per-opératoire en cas de chirurgie initiale pour les cancers de la base de la langue à des stades avancés.

L'examen histologique est essentiel pour déterminer à quel stade se situe une dysplasie précancéreuse. Les lésions précancéreuses

lorsqu'elles sont découvertes, doivent être surveillées et traitées avant progression vers le carcinome épidermoïde invasif.

Les tests diagnostics à utiliser sont :

- la biopsie
- la cytologie exfoliatrice
- la cytoponction
- le bleu de Toluidine

IV.1.3.3-Diagnostic différentiel

L'ulcération cancéreuse doit être distinguée des autres ulcérations rencontrées dans la bouche : aphte isolé commun, aphte géant, aphte nécrotique, ulcération linguale à cytomégalovirus, aphtose miliaire, stomatite herpétique, sialométaplasie nécrosante et l'ulcération traumatique [11].

Dans ces cas il n'y a pas d'infiltration véritable et les lésions peuvent disparaître avec des traitements locaux et des antibiotiques ou par la suppression de l'agent vulnérant (dent délabrée, crochet de prothèse).

IV.1.3.4-Examens complémentaires [43]

IV.1.3.4.1-Imagerie médicale

Elle confirme le diagnostic suspecté et apprécie l'envahissement local et à distance.

Le cliché panoramique dentaire : Peut mettre en évidence un envahissement osseux sous la forme d'une image lytique.

Le scanner : Il trouve son intérêt dans la recherche d'adénopathies cervico-faciales chez les patients obèses ou à cou court et d'une extension osseuse

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) : elle est d'un avantage certain dans l'appréciation de l'extension au niveau des parties molles

La radiographie pulmonaire : elle sera systématique à la recherche de métastases pulmonaires.

La scintigraphie osseuse : elle sera indiquée en cas de douleurs osseuses à la recherche de métastases osseuses

L'échographie abdominale : elle est indiquée en cas de douleurs abdominales ou d'ascite faisant suspecter une dissémination.

III.1.3.4.2- La pan-endoscopie

Le bilan endoscopique recherche une deuxième localisation synchrone. La pratique des colorations vitales associées à la pan-endoscopie concourt à la découverte d'une deuxième localisation dont le pourcentage serait de l'ordre de 10 à 20% des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale. Cette pan- endoscopie comporte l'examen de l'hypopharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'œsophage.

III.1.3.4.3- Le bilan stomatologique

Il a pour but la mise en condition de la cavité buccale qui consiste, d'une part à éliminer les foyers infectieux potentiels (denture en mauvais état), d'autre part dans certains cas à concevoir un dispositif prothétique en cas de chirurgie mutilante du massif facial ou de la mandibule. Ce bilan comprend :

- un examen clinique à la recherche de foyers infectieux dentaires et parodontaux ;
- un examen radiologique avec ortho-pantomogramme permettant d'évaluer l'état dentaire et l'état du parodonte ;
- un détartrage ;
- l'éradication de tout foyer infectieux dentaire (extraction ou traitement conservateur) ;
- la réalisation de gouttières thermoformées, à partir d'empreintes, permettant l'application topique quotidienne de gel fluoré à 1% pendant 5 minutes.

IV.1.3.5-bilan prétherapeutique

IL comprend :

- le bilan préopératoire standard

- le bilan pré chimiothérapique (bilan hépatique, rénal, cardiaque, respiratoire et sanguin)

IV.1.3.6-Classification TNM [4]

Il s'agit d'un système adopté par l'Union Internationale Contre le Cancer dans le but de codifier les informations concernant l'extension anatomique de la lésion cancéreuse pour chaque localisation.

Cette classification repose sur l'évaluation de trois éléments : T, N, M

T: extension et siège de la tumeur primitive

N: état des aires ganglionnaires régionales

M: absence ou présence de métastase.

La classification appliquée à la cavité buccale est la suivante :

T1 : $t \leq 2\text{cm}$

T2 : $2\text{cm} < t \leq 4\text{cm}$

T3 : $t > 4\text{cm}$

T4 : envahissement des structures adjacentes

N0: pas d'adénopathie régionale

N1: adénopathie métastatique unique unilatérale $\leq 3\text{cm}$

N2a: adénopathie métastatique unique unilatérale $>3\text{cm}$ et $\leq 6\text{cm}$

N2b: adénopathies métastatiques homo latérales multiples $< 6\text{cm}$

N2c: adénopathies métastatiques bilatérales ou controlatérales $>6\text{cm}$

N 3: adénopathies métastatiques $> 6\text{cm}$

M0: absence de métastases viscérales

M1: présence de métastase (s) viscérale (s) ou autres

IV.1.3.7-histopathologie [45]

Les cancers de la cavité buccale sont à 95% des carcinomes épidermoïdes (CE) [45]. Ils peuvent être bien ou peu différenciés. La différenciation malpighienne se manifeste par la présence de grandes

cellules quadrangulaires à limites nettes étroitement unies par des ponts d'union. La maturation désigne l'élaboration par les cellules tumorales de kératine, soit d'apparence normale avec disparition des noyaux (orthokératose), soit d'aspect anormal avec persistance de noyaux (parakératose) ou dans des cellules individuelles (dyskératose). En fonction du degré de différenciation de ces cellules, on distingue :

1- carcinome épidermoïde

- les cancers épidermoïdes différenciés représentent 95% des cas. Les cellules de ces cancers sont identiques à celles de l'épithélium buccal normal.
- les cancers moins différenciés s'opposent aux précédents, composés de cellules de formes variables, cubiques, polygonales, fusiformes monstrueuses. Celles ci sont très basophiles et la maturation kératosique est très rare.

2- Autres types de cancers

- les sarcomes, lymphomes
- les mélanomes
- les cancers basocellulaires
- les tumeurs odontogènes

Du point de vue histologique, certaines variétés de carcinome épidermoïde peuvent être observées dans la cavité buccale tel que le carcinome verruqueux. Son aspect est identique au carcinome verruqueux laryngé, il se présente parfois sous forme d'une nappe papillomateuse hyperkératosique.



Figure 2 : Cancer du plancher et du bord latéral de la langue[45]

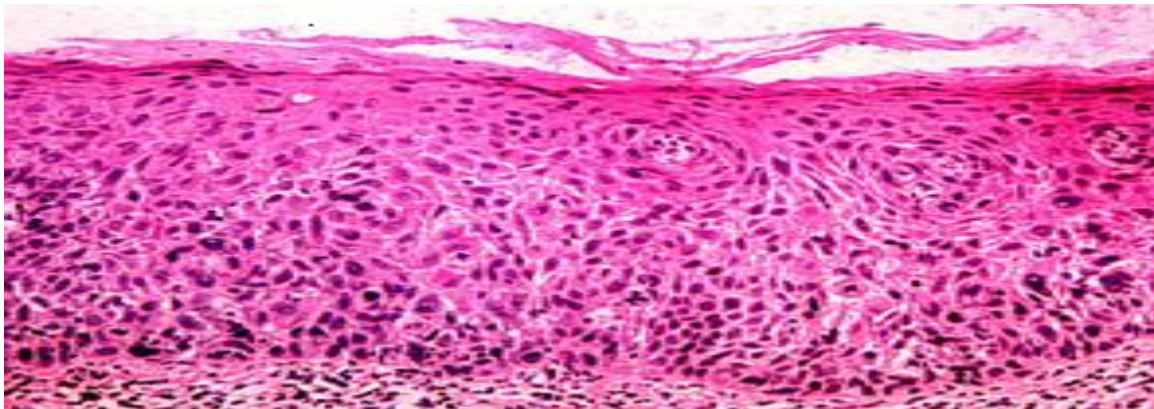


Figure 3 : Carcinome épidermoïde insitu[45]

Grossissement 100 , désorganisation architecturale intéressant toute la hauteur de l'épithélium avec une anisocaryose.

IV.1.3.8-Traitement

IV.1.3.8.1-Buts [40]

Le but du traitement ici est d'obtenir la guérison. Si la guérison n'est pas possible il aura pour but d'arrêter l'évolution le plus longtemps possible et de permettre au malade de mener une vie proche de la normale en atténuant les symptômes de la maladie.

IV.1.3.8.2-Moyens [15,33]

1-la chirurgie

C'est la thérapeutique de choix devant une tumeur limitée. Elle est exécutée avec le souci prioritaire d'une exérèse complète.

Les techniques d'exérèse tumorale

conservatrice de la mandibule, bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire (BPTM) reconstructrice, pelvi-mandibulectomie non interruptrice.

non conservatrice, BPTM avec sacrifice de la branche horizontale de la mandibule, pelvi-mandibulectomie interruptrice.

Ces résections sont plus ou moins élargies aux différents éléments anatomiques de la cavité buccale (langue, joue, palais, plancher buccal) avec ou non sacrifice partiel ou total du maxillaire.

Les techniques d'évidement ganglionnaire :

- L'évidement dit radical comprenant l'exérèse des groupes ganglionnaires envahis avec sacrifice des éléments dit nobles (veine jugulaire interne, sterno-cléido-mastoidien, nerf spinal).
- L'évidement fonctionnel ou conservateur comprenant l'exérèse des groupes ganglionnaires envahis avec respect des éléments dits nobles (veine jugulaire interne, sterno-cléido-mastoidien, nerf spinal).

2-La chimiothérapie

Cette chimiothérapie est soit néo-adjuvante pour diminuer le volume tumoral avant une radiothérapie ou une intervention chirurgicale, soit proposée pour une récurrence. Elle n'a pas fait la preuve de son efficacité. Le protocole le plus utilisé associe le 5FU(fluro-uracyl) et la cisplatine en cure de 5 jours.

3-La radiothérapie

C'est l'utilisation des radiations ionisantes dans un but thérapeutique. L'action biologique de ces radiations aux doses utilisées en clinique est d'empêcher la division cellulaire. La radiothérapie peut être délivrée par irradiation externe ou par curiethérapie.

Le choix de la radiothérapie dépendra de la localisation tumorale, du type histologique de la lésion et de son extension.

IV.1.3.8.3-Indications[9]

Pour les T1- T2 à distance des structures osseuses, on utilise la curiethérapie ou la chirurgie.

Pour les T1 -T2 proches de l'os, on utilise la chirurgie

Pour les T3- T4, on utilise la chirurgie si elle est localement possible et dans ce cas on la fait suivre de la radiothérapie externe car l'exérèse peut être considérée comme systématiquement limitée.

Si l'état général du malade le rend inopérable (tares, âges), on réalise une radiothérapie externe (radio-chimiothérapie concomitante avec doses de chimiothérapie adaptées ou radiothérapie externe seule).

Pour les aires ganglionnaires, en pratique, l'attitude décidée est celle qui correspond au traitement de la tumeur primitive :

S'il y a une chirurgie pour la tumeur primitive, on réalise un curage ganglionnaire.

S'il y a une radiothérapie externe de la tumeur primitive, on réalise une radiothérapie externe des aires ganglionnaires.

S'il y a une curiethérapie externe de la tumeur primitive on a le choix entre le curage systématique ou la simple surveillance en cas de N0.

III.1.3.8.4-Surveillance [9]

Une surveillance régulière est réalisée en recherchant une récurrence tumorale ou ganglionnaire dont 90% des cas surviennent dans les deux premières années. Mais on recherche également l'apparition d'une deuxième localisation aux niveaux des VADS, oesophagiennes, ou bronchique. Elle nécessite :

- une consultation tous les deux mois pendant un an
- une consultation tous les quatre mois pendant deux ans

- une consultation tous les six mois pendant deux ans
- puis tous les ans
- une radio du thorax par an
- une pan-endoscopie avec biopsie au moindre signe d'appel

La qualité de vie dépend des séquelles des traitements. Il peut y avoir une gêne à la phonation, à la mastication, à la déglutition, une réduction du goût, un manque de salive gênant, des douleurs ou une modification de l'aspect extérieur, etc. Toutes ces difficultés ont été longtemps considérées comme étant le prix à payer pour la guérison. On attache de plus en plus d'importance à ces séquelles dans le but d'en réduire la fréquence. Les progrès récents se sont faits plus en terme de qualité de survie qu'en taux de survie globale.

Malheureusement, les taux de survie aux cancers de la bouche n'ont pratiquement pas changé au cours des 30 dernières années. L'une des principales raisons est le grand nombre de personnes dont la maladie n'est diagnostiquée que tardivement.

Aussi le stomatologue a un grand rôle à jouer dans la prise en charge de ces lésions cancéreuses de la cavité buccale.

IV .2-CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES

IV.2.1-Epidémiologie[13]

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, inférieure à 1/ 100.000, sans disparité géographique notable. Peu fréquentes, elles représentent un peu moins de 5% des tumeurs de la tête et du cou.

La glande parotide est la localisation la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires principales (GSP), le palais est le site le plus fréquent des tumeurs des glandes salivaires accessoires (GSA). La glande sublinguale est exceptionnellement en cause.

Les $\frac{3}{4}$ des tumeurs salivaires sont bénignes : l'adénome pléomorphe est de loin le plus fréquent.

Certains facteurs de risque ont été évoqués :

-antécédent d'irradiation de la région cervico-faciale

-antécédent d'irradiation cutanée

-tabac pour les carcinomes épidermoïdes (notamment des GSA)

IV.2.2-Etude clinique

IV.2.2.1-circonstances de découverte [23]

Nodule intra-parotidien isolé ; c'est le tableau le plus fréquent , il est unique au sein de la glande par ailleurs normale, est ferme ou dur, indolore, de contour régulier ou bosselé, mais circonscrit .

Le nodule avec signes d'accompagnement tel que : une paralysie faciale souvent partielle ou adénopathie cervicale indolore et dure oriente vers la malignité très probable de la tumeur. Moins classique, l'aspect inflammatoire de la peau en regard du nodule et surtout son caractère douloureux doivent être considérés comme suspects de malignité

IV.2.2.2-Diagnostic positif [53]

- Examen histologique extemporané
- Cytoponction à l'aiguille fine pour le diagnostic préopératoire

IV.2.2.3-Classification TNM [53]

La classification TNM (1997) reprend pour le N et le M la classification classique des tumeurs de la tête et du cou :

T=tumeur primitive

-Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

-T0 Pas de signe clinique de tumeur primitive

-T1 Tumeur \leq 2 cm dans son plus grand diamètre sans extension extra-parenchymateuse

-T2 Tumeur $>$ 2 cm et \leq 4 cm dans son plus grand diamètre sans extension extra-parenchymateuse

- T3** Tumeur avec extension extra-parenchymateuse sans atteinte du 7^{ème} nerf crânien et/ou > 4 et \square 6 cm dans son plus grand diamètre*
- T4** Tumeur avec atteinte de la base du crâne, 7^{ème} nerf crânien et/ou > 6 cm dans son plus grand diamètre

N - Adénopathies régionales

- Nx** Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N0** Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1** Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral \square 3 cm dans son plus grand diamètre
- N2** Métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm et \square 6 cm dans son plus grand diamètre, ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples, toutes \square 6 cm
- N3** Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans son plus grand diamètre.

M - Métastases à distance

- Mx** Renseignements insuffisants pour classer des métastases à distance
- M0** Pas de métastases à distance
- M1** Présence de métastase (s) à distance.

IV.2.2.4-Anatomie-pathologique [26]

CLASSIFICATION DES CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES (OMS 1992)

On distingue :

Adénocarcinome à cellules acineuses

Carcinome muco-épidermoïde

Carcinome adénoïde kystique

Adénocarcinome polymorphe de bas grade

Tumeurs mixtes malignes

- Carcinome sur adénome pléomorphe
- Carcinosarcome
- Tumeur mixte métastasiante

Carcinome malpighien

Adénocarcinome à cellules basales

Carcinome épithélial–myoépithélial

Adénocarcinome à cellules claires

Cystadénocarcinome

Carcinome indifférencié :

- A petites cellules
- A grandes cellules
- Carcinome lymphoépithélial

Carcinome oncocytaire

Carcinome des canaux salivaires

Adénocarcinome sébacé

Carcinome myoépithélial

Carcinome adénosquameux

Les types histologiques les plus fréquemment rencontrés sont les cancers muco-épidermoïdes, le carcinome développé sur un adénome pléomorphe, les adénocarcinomes puis les carcinomes adénoïdes kystiques.

IV.2.2.4.1- les cancers épithéliaux[23]

Ils représentent 8 à 18% des tumeurs des glandes salivaires.

- **les carcinomes muco-épidermoïdes** : représentent 44% des cancers des glandes salivaires. Ce sont des cancers à malignité

intermédiaire développés à partir des canaux salivaires. Ils se caractérisent par la présence de cellules épidermoïdes et des cellules mucoïdes. Les cellules épidermoïdes sont souvent unies par des ponts intercellulaires bien visibles mais la kératinisation est rare.

- **le carcinome développé sur un adénome pléomorphe** : Il représente 17% des cancers des glandes salivaires, le diagnostic s'appuie sur la présence simultanée au sein de la tumeur des vestiges de l'adénome pléomorphe et d'un contingent carcinomateux plus ou moins différencié.

L'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde représentent respectivement 10% et 7% des tumeurs malignes salivaires.

L'adénocarcinome peut naître soit des cellules des canaux excréteurs, soit des acini. Il est constitué de quelques tubules et formations glandulaires papillaires. On n'y trouve aucun vestige d'adénome pléomorphe.

Le carcinome épidermoïde se caractérise par la présence de cellules unies par des ponts inter-cellulaires et formant par maturation, des lamelles de kératine.

Le cylindrome ou carcinome adénoïde kystique: représente 9% des cancers salivaires. C'est la variété la plus fréquente des cancers des GSA. Il s'agit d'une tumeur d'évolution lente pouvant s'accompagner classiquement d'une atteinte du nerf facial dans sa localisation parotidienne. Elle se développe à partir des canalicules intercalaires, elle est faite de cellules de type canalaire, petites, sombres et de cellules myoépithéliales se disposant en travées délimitant des îlots de stroma hyalin ou mucoïde.

IV.2.2.4.2-Les cancers non épithéliaux

Ce sont essentiellement les sarcomes tels que : l'angiosarcome, le fibrosarcomes, le liposarcomes, le sarcomes embryonnaires et le sarcome de Kaposi. Ces cancers sont exceptionnels.

IV.2.2.4.3-les cancers secondaires

Ils sont représentés par les métastases des carcinomes cutanés ou bucco-pharyngés, parfois d'un cancer viscéral (poumon, rein, pancréas, estomac)

IV.2.2.5-Traitement[23]

La discussion ne concerne pas cette fois le type de la parotidectomie qui est totale. Quatre autres questions se posent :

- l'attitude vis à vis du nerf facial est à discuter.
- Lorsque la tumeur entraîne une paralysie faciale incontestable, le sacrifice du nerf est inéluctable.
- la pratique d'un curage cervical ne se discute pas en cas de carcinome vrai
- Le recours à la radiothérapie, en complément du traitement chirurgicale est ou non systématique selon les écoles.

IV.3-CANCERS DES MAXILLAIRES

IV.3.1-Epidémiologie

Les cancers des maxillaires existent bel et bien mais leur incidence reste difficile à préciser car souvent associés aux tumeurs massif facial et aux tumeurs osseuses. Au Mali, DIOMBANA en 1998 en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati retrouve 51cas de tumeurs sur 10ans, soit environ 5cas par an [20]. Au Mali, Diarra en 2005 en étudiant les tumeurs du massif facial à Kati retrouve 13 cas de cancer du massif-facial en 10 ans[19].

IV.3.2- Le carcinome du maxillaire supérieur [1]

Le carcinome, dans sa forme épidermoïde prédomine. Le point de départ de la lésion est buccal ou naso-sinusal.

IV.3.2.1-La tumeur a pour origine la muqueuse palatine ou gingivale

Il peut s'agir :

-d'une lésion bourgeonnante, ulcéreuse ou ulcéro-végétante saignant au moindre contact. L'induration est difficile à apprécier du fait de la fixité de la muqueuse palatine. Elle entraîne une certaine mobilité dentaire, l'extension se fait :

- En avant vers les lèvres, la cloison et les fosses nasales
- En haut vers le sinus
- En arrière vers la tubérosité du maxillaire, le palais et la fosse ptérygo-maxillaire

Les adénopathies sont rares au début.

IV.3.2.2-La tumeur a pour origine la muqueuse sinusale

1-Le malade consulte en stomatologie pour les motifs suivants :

-une tuméfaction sous la muqueuse normale ou à peine congestive, l'inquiète

-une mobilité dentaire apparaît dans un secteur précis, évoquant une parodontite, mais la vitalité n'est pas conservée.

-des douleurs dentaires ou névralgiformes persistent et le gênent.

L'évolution se fait vers la fistulisation en bouche.

2- Il faut alors rechercher les signes suivants :

- **signes nasaux** : épistaxis, obstruction nasale, écoulement séro-hémorragique
- **signes oculaires** : diplopie, exophtalmie, larmoiement, œdème de la paupière inférieure, le plus souvent unilatéral.
- **signes faciaux** : tuméfaction ou asymétrie faciale, hypoesthésie sous-orbitaire

- Une adénopathie sous-maxillaire et jugulaire

Tous ces signes peuvent s'associer de façon variable.

IV.3.2.3- la radiographie :

est indispensable mais d'interprétation difficile. On demande :

Il est possible de localiser la tumeur : en fonction des signes cliniques et radiologiques :

- sur le plancher sinusal : on peut détecter des signes palatins et dentaires (mobilité dentaire, douleur)
- sur la paroi interne du sinus, ce sont :
 - Les signes rhinologiques
 - Les signes vestibulo-dentaires (tuméfaction)
- sur la paroi externe des sinus :
 - Les signes localisés au malaire(douleur de la pommette)
 - Les signes vestibulo-dentaires
- au plafond sinusal :
 - Les signes orbito-malaires
 - Les signes ethmoïdo-maxillaires.

IV.3.2.4-La biopsie directe ou après trépanation exploratrice :

confirme le diagnostic. Elle doit être la plus proche possible du temps opératoire.

IV.3.3-Classification TNM

T0=carcinome pré-invasif in situ

T1=tumeur inférieure à 1cm

T2= tumeur entre 2 et 4cm

T3= tumeur supérieure à 4cm

N0=ganglion non palpable

N1=ganglions homo-latéraux mobiles

N2= ganglions contro-latéraux ou bilatéraux mobiles

N3=ganglions fixes

M + ou M- selon qu'il y ait métastase ou non

III.3.4-Histopathologie[7]

Ces cancers peuvent être regroupés en tumeurs odontogéniques et en tumeurs non odontogéniques.

III.3.4.1- Les tumeurs odontogéniques

Ces tumeurs sont classées en trois groupes, en fonction de leur ressemblance avec tel ou tel stade du développement du bourgeon dentaire :

Les tumeurs épithéliales pures rappelant la structure de l'émail, d'origine malpighienne ou se différencient ensuite les améloblastes sécrétant l'émail.

Les tumeurs à la fois épithéliales et conjonctives, où se retrouvent des tissus rappelant l'organe de l'émail et des tissus semblables à l'ectomésenchyme pulpaire.

Les tumeurs conjonctives pures sont formées d'un tissu analogue à l'ectomésenchyme et peuvent englober quelques vestiges épithéliaux odontogéniques non tumoraux.

Comme tumeurs malignes, on a :

Le carcinome odontogénique : nettement majoritaire des 90% des cas. Il est du à la prolifération désordonnée d'un épithélium sans tendance à la différenciation.

Le sarcome odontogénique

IV.3.4.2-les tumeurs non odontogéniques

-le fibrosarcome

-le chondrosarcome

-l'ostéosarcome

-les autres sarcomes

-les lymphomes (plasmocytome, lymphome de Burkitt)

III.3.5-Aspects thérapeutiques [1]

L'exérèse chirurgicale, lorsque cela est possible mais elle est très mutilante,

Lorsque la chirurgie n'est pas possible : on pratiquera la radiothérapie et ou la chimiothérapie, et le curage ganglionnaire à partir de N1.

METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

L'**Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)** est un des centres de référence au niveau national dans le domaine du diagnostic biologique et de la recherche en santé publique. Il a pour mission :

- de promouvoir la recherche médicale et pharmaceutique en santé publique notamment dans les domaines des maladies infectieuses, génétiques, néoplasiques ; de la médecine sociale ; de la santé de la reproduction ; de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo-épidémiques ; de l'hygiène du milieu ; de l'éducation sanitaire ; de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.
- de participer à la formation technique, au perfectionnement et à la spécialisation des cadres dans les limites de sa compétence.
- d'assurer la production et la standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoire.
- d'assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine.
- de promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle.
- de gérer les structures de recherche qui lui sont rattachées.

L'**INRSP** comprend cinq départements et une agence comptable :

- le département administratif et du personnel,
- le département diagnostic et recherche biomédicale,
- le département de santé communautaire,
- le département de médecine traditionnelle,
- le département de formation.

Chaque département est dirigé par un chef de département.

L'**INRSP** dispose actuellement de centres de recherche et de formation en zone rurale à Sélingué, Kolokani, Gossi ; et un centre de recherche en médecine traditionnelle à Bandiagara.

➤ **Le service d'anatomie pathologique.**

C'est dans ce service qu'est adressée la grande majorité des biopsies, les pièces opératoires, les cytoponctions réalisées dans le pays (Bamako, Kati, Koulikoro, Sikasso et autres) pour examen anatomopathologique. Dans les archives on retrouve les comptes-rendus anatomopathologiques soigneusement conservés et remontant à des dizaines d'années.

Le personnel est composé d'un professeur titulaire, de deux spécialistes en anatomie pathologique, de trois techniciens et d'un manoeuvre.

En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans la recherche. Il détient le registre national du cancer et le projet de recherche notamment sur le cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de la Recherche contre le Cancer.

2-Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de janvier 1996 à décembre 2005 soit une période de dix ans.

3-Population d'étude

Il s'agissait de patients recensés au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP. Les patients de tout âge et de tout sexe ont

été inclus dans cette étude .Il s'agissait des patients adressés par les formations sanitaires de Bamako et ou de l'intérieur du pays avec confirmations histologiques de la tumeur.

a-critères d'inclusion

- Tous les patients présentant un cancer stomatologique et maxillo-facial confirmé par l'histologie et ou la cytologie au cours de notre période d'étude.

b-critères de non inclusion

- Tous les patients dont le prélèvement ne permettait pas de définir la nature du cancer

- Les patients présentant un cancer autre que stomatologique et maxillo- facial

- Les patients dont le diagnostic a été fait en dehors de notre période d'étude

4-Informations recueillies

Les informations ont été enregistrées sur une fiche d'enquête préétablie qui figure en annexe. Ces données ont été colligées en consultant le registre des comptes-rendus histopathologiques.

Les paramètres analysés étaient :

- la date du prélèvement

- les données socio-démographiques du patient: âge, sexe, résidence habituelle, ethnie, profession.

- le service demandeur

- le type de prélèvement

- le siège du prélèvement

- le type histologique

5-Techniques anatomopathologiques :

Histologie : Les pièces ont été fixées au formol à 10% puis immergées dans la paraffine. Les colorations sont faites à l'hématéine éosine et la lecture faite à l'aide du microscope optique.

Cytologie : Les prélèvements sont directement mis sur les lames séchées et fixées à l'alcool absolu ; ensuite colorées par le Giemsa.

• Pour les liquides on procède par la centrifugation puis les culots sont étalés sur les lames fixées à l'alcool absolu ensuite colorées comme précédemment.

6- les logiciels utilisés

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS11.0 for Windows .

Nous avons fait une saisie simple des textes, graphiques et tableaux sur les logiciels Word et Excel.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le Chi 2 de Pearson considéré comme significatif à $P < 0,05$.

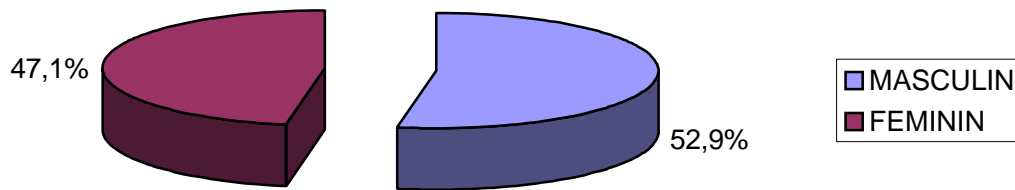
RESULTS

Tableau I : Répartition de l'effectif des patients selon l'année de diagnostic

Année du diagnostic	Effectif	Fréquence (%)
1996	2	2,9
1997	12	17,1
1998	5	7,1
1999	3	4,3
2000	8	11,4
2001	4	5,7
2002	8	11,4
2003	13	18,6
2004	8	11,4
2005	7	10,0
Total	70	100,0

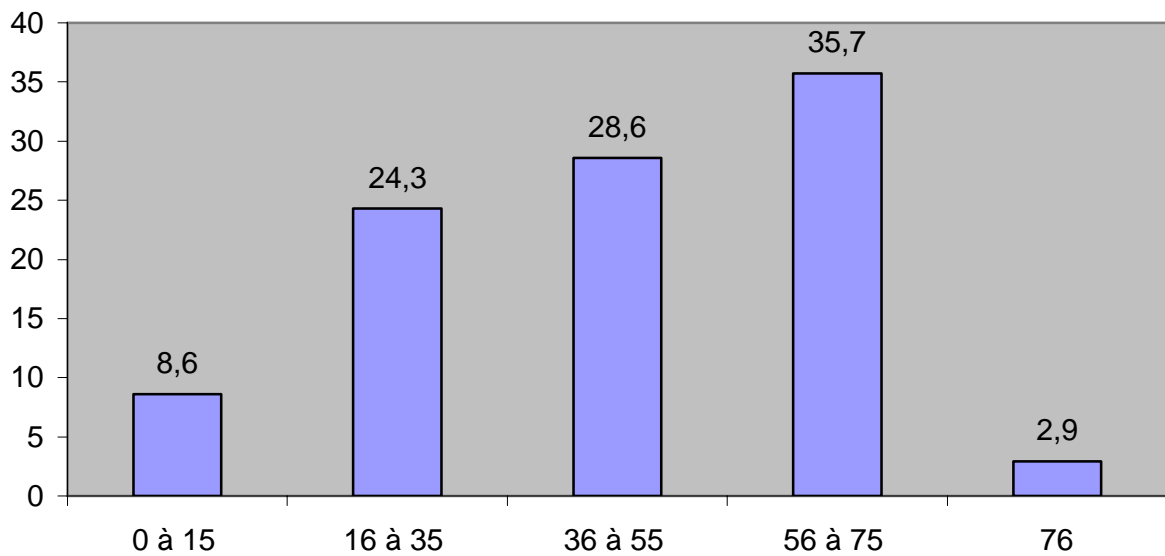
La fréquence a été de 17,10% en 1997 et de 18,60% en 2003.

Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe



Le sexe masculin a représenté 52,90% avec un sex-ratio de 1,12.

Figure 2 : Répartition de l'effectif des patients selon la classe d'âge



La majorité des patients étaient situés dans les tranches d'âge de 16 à 75 ans dans 88,60% des cas avec une moyenne d'âge à 46,52 ans, un écart type de 18,84 et des extrêmes de 4 à 76 ans.

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

Ethnie	Effectif	Fréquence(%)
BAMANAN	23	32,9
PEULHE	5	7,1
MALINKEE	9	12,9
SONINKEE	12	17,1
SENOUFO	6	8,5
AUTRES*	15	21,5
Total	70	100,0

L'ethnie Bamanan a été le plus représenté dans 32,9% des cas devant l'ethnie Soninkée : 17,1% des cas.

Autres* : Non précisé (10%), Bozo et Dogon (5,8%), Tamasheq (1,4%), Sonrhai (4,3%)

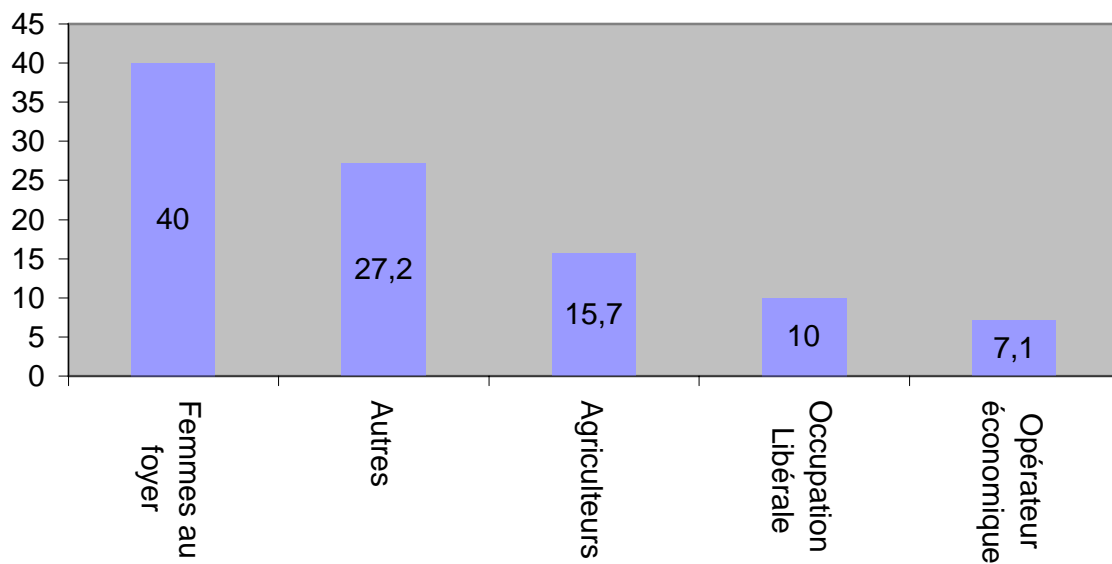


Figure 3 : Répartition de l'effectif des patients selon la profession

Les femmes au foyer ont été les plus représentées dans 40% des cas suivi des agriculteurs dans 15,7% des cas.

Autres* : Non précisé (17,1%), artisan (1,4%), scolaire (2,9%), agents de l'état (5,7%)

Tableau III : Répartition de l'effectif des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Région de KAYES	9	12,9
Région de SIKASSO	6	8,6
Région de KOULIKORO	6	8,6
Région de SEGOU	8	11,4
District de BAMAKO	20	28,6
AUTRES*	21	29,9
Total	70	100,0

La plupart de nos patients résidaient à Bamako (28,6%) des cas.

Autres *: Gao et Tombouctou (chacun 1,4%), Mopti (2,9%), Kidal (5,7%), non précisé (18,5%)

Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients selon le siège de la tumeur

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
MAXILLAIRE	14	20,0
PALAIS	12	17,1
LANGUE	9	12,9
PAROTIDE	9	12,9
MANDIBULE	8	11,4
LEVRES	7	10,0
SOUS MAXILLAIRE	7	10,0
AUTRES*	4	5,7
Total	70	100,0

Le maxillaire et le palais ont été les plus touchés dans notre échantillon dans 37,1% des cas.

Autres* : Joue :3 (4,3%) , Gencive :1 (1,4%)

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients selon le type histologique

Types histologiques	Effectif	Fréquence (%)
CARCINOME		
EPIDERMOIDE	39	55,7
ADENOCARCINOME	13	18,6
LYMPHOME DE		
BURKITT	5	7,0
AUTRES*	13	18,6
Total	70	100,0

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent avec 55,70% suivi de l'adénocarcinome 18,60% des cas.

Autres* : Mélanome malin= Lymphome= Cylindrome=

Adénolymphome :1/70 chacun soit 5,8% , Sarcome :2(2,9%) ,

Lymphosarcome :3 (4,3%), Carcinome mucoïde salivaire :4 (5,7%) .

Tableau VI : Répartition de l'effectif des patients en fonction du service demandeur

Service demandeur	Effectif	Fréquence (%)
CNOS	28	40,00
HPG	7	10,00
HGT	14	20,0
HKATI	13	18,5
AUTRES*	8	11,5
Total	70	100,0

La majorité des prélèvements ont été adressés par le CNOS dans 40% des cas.

Autres* : Non précisé : 5,7%, Hôpitaux régionaux= privés :5,8%

Tableau VII: Distribution du siège des cancers selon le sexe

SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
SIEGE			
LANGUE	4	5	9
LEVRES	3	4	7
PALAIS	6	6	12
MANDIBULE	6	2	8
MAXILLAIRE	7	7	14
SOUS-MAXILLAIRE	4	3	7
PAROTIDE	6	3	9
AUTRES*	1	3	4
TOTAL	37	33	70

On a observé une légère prédominance du cancer de la mandibule chez l'homme, cependant sans liaison statistique significative (Chi 2=4,574 non validé P=0,870)

Tableau VIII : Distribution des types histologiques selon le sexe

	SEXE MASCULIN	FEMININ	TOTAL
HISTOPATHOLOGIE			
CARCINOME			
EPIDERMOÏDE	18	21	39
LYMPHOME DE BURKITT	4	1	5
ADENOCARCINOME	7	6	13
AUTRES*	8	5	13
TOTAL	37	33	70

Nous avons noté une légère prédominance du carcinome épidermoïde dans le sexe féminin cependant sans liaison statistique significative (Chi 2 : 13,859 non validé, P : 0,180)

Tableau IX : Répartition du type histologique des cancers en fonction du siège

Siège Histopathologie	Siège									TOTAL
	LANGUE	LEVRES	PALAIS	MANDIBULE	MAXILLAIRE	SOUS MAXILLAIRE	PAROTIDE	JOUE	GENCIVE	
CARCINOME										0
EPIDERMOÏDE	8	5	6	4	10	3	3		0	39
LYMPHOME	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
CYLINDROME	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LYMPHOME BURKITT	0	0	1	1	1	1	1	0	0	5
ADENOCARCINOME	0	1	1	1	1	2	4	2	1	13
CARCINOME MUCOÏDE										
SALIVAIRE	0	0	2	0	0	0	1	1	0	4
LYMPHOME	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
SARCOME	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
LYMPHOSARCOME	0		2	1	0	0	0	0	0	3
MELANOME MALIN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	9	7	12	8	14	7	9	3	1	70

Le carcinome épidermoïde a surtout touché le maxillaire supérieur sans liaison statistique.

(Chi 2= 91,291, P=0,442)

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

1- LE SEXE

Dans notre étude, le sexe masculin a représenté 52,90% des cas avec un sex-ratio de 1,12. AKA G. dans son étude sur les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales en Cote d'Ivoire aussi a signalé 75 cas pour le sexe masculin et 44 cas pour le sexe féminin[2], CHIDZONGA M. dans son étude sur les cancers de la bouche au Zimbabwe a trouvé 65% de cas masculins [17]. Par contre TOURE S. et Coll. au Sénégal ont observé 60% de cas féminin [49]. Selon les études épidémiologiques de PIETTE R.[38], l'homme serait 1,3 à 10 fois plus atteint que la femme. Cette prédominance suivant le sexe varie en fonction du siège.

-Les cancers de la cavité buccale ont été caractérisés par une prédominance féminine dans 56,20% cas. Nos résultats sont comparables à ceux de TOURE S. et MOUFTAQUIR B. qui ont retrouvé respectivement 60% et 69% de femmes [49,36]. Des voies de recherche sont ouvertes car en dehors des facteurs de risques identifiés (tabac, alcool, mauvaise hygiène bucco-dentaire), on ne trouve pas d'explications rationnelles.

-Pour les cancers maxillaires, on a noté dans notre étude 59,10 % de cas masculin (13) contre 40,90% (9) de femmes. AKA G note 74% hommes pour 26% femmes [2].

-Pour les cancers salivaires, on a également observé une prédominance masculine dans 62,50% des cas. FRADE G. et Coll ont aussi observé 58,75% de cas masculin [24]. Par contre AKA G a trouvé une répartition égale dans les deux sexes (4 hommes pour 4 femmes) [2].

Pour expliquer cette prédominance masculine, certains arguments tels que la consommation alcoolique et tabagique plus importante et la mauvaise hygiène bucco-dentaire ont été évoquées. Si la prédominance

masculine est incontestable, on constate que la proportion des femmes tend à égaliser celle des hommes.

2-AGE

Toutes nos tranches d'âge ont été atteintes par les processus tumoraux. L'âge moyen a été de 46,52 ans avec des extrêmes allant de 4 à 76ans. AKA G. et TOURE S. ont aussi retrouvé respectivement un âge moyen à 47,8 ans et 52,6 ans [2,49].

Nous remarquons que les cancers de la cavité buccale sont observés avec une moyenne d'âge de 45,98 ans dans notre échantillon. Ces chiffres sont compatibles avec ceux de YOUNES Y [54] qui dans une étude rétrospective de 256 observations colligées sur 15ans à Dakar note un âge moyen à 47 ans .

PINSOLLE J. et Coll [39] sur une série de 199 patients traités pour cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx ont trouvé un âge moyen de 60 ans avec des extrêmes de 20 et 87 ans.

Il ressort de ces résultats que l'âge de survenue des cancers de la cavité buccale de notre population d'étude survient plus précocement que dans les pays Européens, ceci pourrait être dû aux habitudes alimentaires locales dominées par une nutrition pauvre en oligo-éléments.

Selon PIETTE R. le carcinome épidermoïde est une pathologie de l'adulte entre 55 et 75 ans, l'âge moyen de sa survenue est de 63,7 ans pour la femme et 63,5 ans pour l'homme [38].

Dans notre étude, l'âge moyen pour les carcinomes des maxillaires a été de 50,45 ans avec des extrêmes entre 13 et 76 ans. Ce chiffre est proche de celui rapporté par TCHUENTE au Cameroun qui a retrouvé les carcinomes maxillo-faciaux avec une moyenne d'âge de 48 ans [50].

DIARRA C. dans son étude sur les tumeurs du massif facial a trouvé un âge moyen à 40,5 ans [19] .

Dans notre étude, l'âge moyen des cancers salivaires a été de 42,25 ans avec des extrêmes entre 4 et 70 ans.

DIAKITE A. dans une étude sur les tumeurs salivaires à l'hôpital de Kati a trouvé un âge moyen de 40,2 ans[18]. OUDIDI A. et Coll au Maroc, dans une étude sur les cancers de la parotide ont signalé une moyenne d'âge de 53ans avec des extrêmes allant de 9 mois à 82 ans [37].

3-OCCUPATION

En ce qui concerne l'occupation des patients, les femmes au foyer dans notre étude ont représenté 40% des cas, suivies des agriculteurs 15,70% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le faible revenu de ces patients qui consultent le plus souvent à un stade avancé de la maladie.

4- SIEGE

Au cours de notre étude, nous avons observé 70 cas de cancers stomatologiques et maxillo-faciaux, parmi lesquels 32 cas au niveau au niveau de la cavité buccale, 22 cas au niveau des maxillaires et 16 cas au niveau des glandes salivaires. Toutefois, AKA G. dans son étude sur les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales en Cote d'Ivoire a noté 55,50% de siège buccal, 29,4% au niveau des maxillaires et 15,1% pour les autres (parotide, paupière, menton, sous mentale) [2].

HUA Xi en Chine a noté par ordre décroissant une prédominance des cancers au niveau de la cavité buccale, du maxillaire, des mandibules et des glandes salivaires [28].

-Pour ce qui est des cancers de la cavité buccale, dans notre étude on a observé une prédominance au niveau du palais et de la langue dans 33,3% et 25% des cas.

CHIDZONGA M. et YOUNES Y. ont retrouvé respectivement une prédominance au niveau de la langue dans 20,50% et 38% des cas [17,54].

AKA G a noté 24% au niveau de la langue et 10,10% au niveau du palais [2]. TOURE S. et Coll ont rapporté 21,90% au niveau de la langue et 14,30% au niveau du palais [49].

Cependant selon PIETTE R., la localisation préférentielle des tumeurs buccales serait dans 50% des cas au niveau de la langue mobile et du plancher buccal [38]. Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature ; ceci s'explique par le fait que le tabac et l'alcool agissent électivement sur la langue mobile et le palais, mais en réalité toutes les parties de la muqueuse buccale peuvent être concernées.

-Pour les cancers maxillaires, dans notre étude le maxillaire a été le plus représenté 68,18% des cas et 31,82% au niveau de la mandibule. AKA G. a noté 18 cas au niveau du maxillaire et 17 cas au niveau de la mandibule [2]. TOURE S. et Coll. ont observé 24,8% au niveau de la mandibule et 15,2% au niveau du maxillaire [49]. CHIDZONGA M. a trouvé 21,1% des cancers au niveau de la mandibule et 10,5% au niveau du maxillaire [17].

-Pour les cancers salivaires, notre étude a révélé 56,30% des cas au niveau de la parotide et 43,70% des cas au niveau de la glande sous-maxillaire.

FRADE G. et Coll. ont aussi noté une prédominance des lésions au niveau de la parotide sans aucun cas d'atteinte sublinguale [24].

DIAKITE A. a noté 64,30% cas au niveau de la parotide et 30,30% au niveau de la sous maxillaire [18]. M. LACOUR et Coll dans une étude réalisée à Dakar ont signalé également que la plupart des lésions tumorales 26/44 cas (59,09%) ont été observées au niveau de la parotide [29].

Dans une première étude effectuée par DIOMBANA M. et Coll. le siège préféré de la tumeur a été la parotide dans 65% des cas tandis que la sous-maxillaire ne représentait que 20% des cas [21].

5-Type histopathologique

Dans notre étude le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus retrouvé (55,70%) suivi de l'adénocarcinome (18,60%) des cas. AKA G. et TAY AB. ont signalé respectivement une prédominance des carcinomes dans 79% et 67% des cas [2,48].

-Pour les cancers de la cavité buccale, nous avons trouvé 59,40% de carcinome, ce taux est inférieur à celui dans la littérature (95%) des carcinomes épidermoïdes selon SIMART S.[45]

-Pour les cancers maxillaires, nous avons trouvé 62,50% de carcinome, nos résultats sont comparables avec ceux de TCHUENTE C. qui a noté 65% des carcinomes parmi les tumeurs malignes maxillo-faciale [50]. Quant à HARBO G. et Coll, ils ont signalé une prépondérance des carcinomes parmi les tumeurs malignes du massif facial mais avec un taux plus élevé (70%) [27] .

Au Mali, dans l'étude de DIOMBANA M. et Coll les carcinomes ont été les plus fréquents [21]. BEN ACHOUR A. et Coll en Tunisie ont trouvé 58% des carcinomes épidermoïdes dans leurs observations[10].

-Pour les cancers salivaires, le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome ont été les mieux représentés dans les mêmes proportions soit 6/16 (37,50%) chacun.

FRADE G. et Coll ont noté une prédominance du carcinome épidermoïde parmi les tumeurs malignes [24]. DIOMBANA et Coll ont noté 33,30% de carcinomes et 45,45% des tumeurs mixtes [21]. AKA a noté parmi les cancers salivaires, 9 cas de cylindromes et 5 cas d'adénocarcinomes en 13 ans [2]. Les différents types histologiques sont polymorphes et nous ne saurons tirer des conclusions vu la faible taille de l'échantillon. Selon AURIOL M. les tumeurs salivaires

épithéliales sont les plus fréquentes avec de multiples variétés de carcinomes [6].

LIMITES ET DIFFICULTES DE NOTRE ETUDE

Notre étude avait pour but d'étudier le profil épidémiologique et anatomopathologique des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux diagnostiqués à l'INRSP de Bamako.

Certaines limites ont été observées au cours de notre étude :

- la faible taille de l'échantillon ; ceci pourrait s'expliquer par la négligence des parents qui n'apportent pas toujours les pièces opératoires au service d'anatomopathologie, ou le fait que les patients consultent à un stade avancé rendant toute intervention difficile.
- certains renseignements cliniques manquants ou insuffisants dans les comptes-rendus.
- peut être le coût élevé de l'examen anatomopathologique

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les cancers de la sphère oro-faciale constituent une entité bien existante au Mali. C'est une affection qui touche surtout la tranche d'âge des jeunes et adultes sans distinction de sexe avec une moyenne d'âge de 46,52ans.

Nous nous sommes intéressés aux cancers stomatologiques pour mieux définir leur profil type du patient dans notre étude au Mali :

- La localisation anatomique la plus fréquente a été la cavité buccale (45,7 %)

- Les types histologiques sont divers avec une prédominance du carcinome épidermoïde (55,7%)

Les carcinomes épidermoïdes n'ont pas un bon pronostic en général, ainsi leur diagnostic précoce passera souvent par l'odonto-stomatologiste à condition que ce dernier soit vigilant et qu'il puisse référer le patient dans les meilleurs délais.

Le traitement de ces tumeurs est pluridisciplinaire et nécessite une collaboration entre medecins généralistes, chirurgiens maxillo-faciaux, oncologistes, ORL et les anatomopathologistes.

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations en ce qui concerne les cancers stomatologiques et maxillo-faciaux iront dans le sens :

- 1-D'encourager et d'initier d'autres études sur un échantillon plus large afin d'avoir un meilleur aperçu de cette pathologie au Mali.

- 2- D'améliorer des conditions de diagnostic en formant des spécialistes en ORL, en Odonto-Stomatologie et en Anatomo-pathologie.

- 3- De renforcer le plateau technique au niveau des structures hospitalières.

- 4- De Créer des services spécialisés ou de triage au niveau des structures de santé au niveau des régions pour rapprocher les compétences auprès de la population.

- 5- De rechercher des moyens de financement pour la prise en charge des populations.

- 6- D'une démythification de la pathologie au niveau des populations à travers l'IEC .

- 7-D'encourager la formation et l'information des tradi-thérapeutes dans le prise en charge des patients.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1- ACHARD Jean L.

Abrégé d'Odonto-stomatologie

Maloine SA, Editeur 1987, p 247 -252

2-AKA GBLANH K. F. P.

Les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales : étude statistique et thérapeutique : à propos de 119 cas.

Thèse de médecine 1163 N° 91/ ABIDJAN

3- AMIEL J. L., ROUSSE J.

Abrégé de Cancérologie 2 édition

Paris : Masson, 1994-285p

4-A.S.P.C (AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA)

Surveillance du cancer en direct.

Bulletin du 02-07 – 2002

5-AURIOL M. et LE CHARPENTIER Y.

Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires.

EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 22-007-M-10

6-AURIOL M., LE CHARPENTIER Y.

Tumeurs des glandes salivaires, Anatomie pathologie.

Encyclo Med chir, stomatologie, 22-057-B-15, 2001, 8P

7-AURIOL M. , LE CHARPENTIER Y.

Tumeurs des maxillaires

EMC de Stomato. Tome 4 /22-062-F-10, 1995, 10P

8-AZERAD J.

La physiologie de la mastication.

Paris : Masson 1992-175 p

9- BAILLET F. , FOURET P. , BERTRAND J. C. , LAMAS G.

Cancers des VADS

Cours DCEM 3. CHUPS.Cancérologie 2002

10-BEN ACHOUR A. , BEN ACHOUR D. Et al.

Cancers ethmoidaux – maxillaires : a propos de 68 cas.

Semaine des hôpitaux ; Paris 1992. 68 ;P1-2, 8-11.

11-BEN SLAMA L., SZPIRGLAS H.

Pathologies de la muqueuse buccale .

La science interactive. [cédérom] . inso corporation 1999

12-BEN SLAMA L.

Mise au point sur les lésions précancéreuses

Rev . Stomatol.Chir.maxillofac ; Paris : Masson 2001 ; 2, 77-108

13- BENSADOUN R.J., ALLAVENA C., CHAUVEL P. , DASSONVILLE O., DEMARD F.

Standards options et recommandations 2003 Pour la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes, et mélanomes exclus) mise à jour (rapport abrégé).

Bull Cancer 2003 ; 90 (7) : 649-42 ,p631

14-BRUGERE J.

Les Cancers des VADS

La Ligue Nationale Contre le Cancer -Novembre 2002

15-CAPPELAERE P. , CHAUVERGNET J. , ARMAND J.P.

Manuel pratique de la chimiothérapie anti-cancéreuse.

Paris, Springer Verlag. France 1992

16-Centre International de Recherche sur le Cancer

Communiqué de presse N°164 : OMS 3 Juin 2005

17-CHIDZONGA MM.

Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals.

Oral Oncol. 2006 Feb; 42 (2): 177-83, Epub 2005 Oct 26. PubMed

University of Zimbabwe, College of Health Sciences, Department of Dentistry, P.O. Box A178, 2157 Avondale, 2167 Harare, Zimbabwe.

mmchidzonga@mcdsch.uz.ac.zw

18-DIAKITE A.

Etude rétrospective sur les tumeurs des glandes salivaires dans le service d'odontologie et de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital de Kati.

Thèse de médecine : N°102 / 2004

19- DIARRA C. A. T.

Approches épidémiologiques sur les tumeurs du massif facial dans le service d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-facial de l'hôpital de Kati : 100 cas.

thèse de médecine N° 45 /2007

20- DIOMBANA M.L. , KUSSNER H. , AG MOHAMED A., PENNEAU M.

Implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati (République du Mali) à propos de 51cas,
Médecine d'Afrique noire,1998,45(7)pp

21- DIOMBANA M.L., AG MOHAMED A., KÜSSNER H., SOUMARE S., PICHARD E., PENNEAU M.

Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie l'hôpital national de Kati (Mali) - à propos de 60 cas.
Médecine d'Afrique noire : 1996,43 (2)

22-FIELD E.A. , FIELD J. K. , MARTIN M.V.

Does the candida have a role in oral epithelia neoplasia?
J Med Vet Mycol, 1989; 27: 277-94

23- FONTANELLE J.P. , POITOUT F. , KLOSSEK J.M.

Tumeurs des glandes salivaires, N° 20-628-B-10,10P
EMC D'ORL , Tome 4 , 1995

24-FRADE GONZALEZ C. , LOZANO RAMIREZ A. , GARCIA CABALLERO T., LABELLA CABALLERO T.

Etude épidémiologique des tumeurs des glandes salivaires.
Revue de Laryngologie, d'otologie et de rhinologie :1999, VOL. 120 , N° 5,P 331-336. University Complex of Santiago

25-GASSAMA B.C.

Tabagisme et lésions bucco-dentaires : A partir d'une étude prospective chez des patients tout venant dans un service de santé publique.

Thèse : Chir. Dent. Dakar 2000 N° 14

26-GEHANNO P. , GUERRIER B. , PESSEY J.J , ZANARET M.

Les tumeurs de la parotide.

Edition 2003 , N°5

27-HARBO G., GRAN C., BUNDGOARD T., OVERGOARD M., ELBRANDO O. , SGAARD H. , OVERGOARD I.

Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinical pathological study of 277 patients, 1997;

Acto Oncolo: 368P-P45-50

28-HUA Xi , KOU QIANG , XUE ZA ZHI.

A retrospective clinical study of 6539 cases of malignant oral-maxillofacial tumors. 2001 OCT ; 19(5): 269 -9/ INDE

29- LACOUR M., DIOP L., REYNAUD J.

Tumeurs des glandes salivaires au Sénégal. Aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 50 observations.

Société Méd. d'Afr. Noire, Langue Française, 1968, T.13, 61-64

30-LAUTOURA A.

Abrégé d'anatomie dentaire

Paris : Masson 1992-264p

31-LEROUX R.J. , POU CET P.

Cancer de la langue

Actualité de Carcinologie cervico-faciale ; Masson 1995

**32-LO MUZIO L., MIGNOGNA M.D., FAVIA G., PROCACCINI M,
TEUSTA N.F., BUCCI E.**

The possible association between oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma : a clinical evaluation on 14 cases and a review of the literature.

Oral oncol, 1998 ; 34 : 239-46

33-MAIRE F. , FARSI F. F.

Le cancer : Standards, options et recommandations pour une bonne pratique odontologique en Cancérologie.

F.N.C.L.C.C (fédération nationale des centres de lutte contre le cancer).

La Ligue Contre le Cancer. Juin 1999

34-MALADIERE E. , BADO F. , MENINGAUD J.P.

Examen clinique en stomatologie

EMC, Stomatologie/ Odontologie, 22-010-A-10 , 1999, 6P

**35-MICHALEK A.M. , MAHONEY M.C. , LAUGHLIN C.C. , MURPHY
D., METZGER B.B.**

Historical and contemporary correlates of syphilis and cancer.

Int J Epidemiol, 1994 ; 23: 381-5

36- MOUFTAQUIR EL B.

Profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale.

Memoire du CES de Chirurgie buccale : Année 2002-2003/ DAKAR

37- OUDIDI A. , BOULAICH M. , OUIJILAL A , LAZRAK

Tumeurs malignes de la parotide à propos de 115 cas,
JFORL, Année 2001, Vol :50 , fasc : 1 (Rabat – Maroc)

38-PIETTE R.

Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale.
Université de Bruxelles 1991, P 502 – 511.

**39-PINSOLLE J. , DEMEAUX H. , COUSTAL B. , SIBERCHICOT F. ,
CAUDRY M. , MAIRE J.P. , MICHELET F.X.**

Results of surgical treatment of T3 and T4 tumors of the oral cavity
and oropharynx.

Am. J. Surg. 1992, 164: 587-91;

40-PUJOL H. , LARRA F. , SAUCHO-GARNIER H. , MAY-LEVIN F.

Les traitements des cancers.

La Ligue Contre le Cancer- Octobre 2002

41-ROITT I.M. , LEHNER T.

Immunologies des maladies de la bouche

Paris : SIMEP ,1987

42-SAMSON J., DURAN D. , CARREL J. P.

Lésions précancéreuses et précurseurs du carcinome épidermoïde de
la cavité buccale.

Réalités cliniques 10 : 373-387-1999

43-SANFORD, SPIRO H. R.

Median mandibulotomy : critical assessment.

Head & Neck 1991, 13: 389-393.

44-SILVERMAN S. J.R. , BAHL S.

Oral lichen planus update: clinical characteristics, treatment, response and malignant transformation.

American journal of dentistry, 1997 ; 10 : 259-63

45-SIMART S.

Les cancers de la cavité buccale et leurs traitements : le chirurgien dentiste face aux malades cancéreux. Rôle et attitude pratique.

www.google.fr , mise en ligne le 02 février 2002

46-S.C.C (SOCIETE CANADIENNE DU CANCER)

Information sur le cancer

Bulletin du 01-02-2005

47-SZPIRGLAS H. , GUILBERT F.

Cancers de la cavité buccale. Préambule. Encycl Méd Chir, Stomatodontologie 22-063-A-05 ,1996,3p

48-TAY AB.

A 5 years survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore: 1993 –1997.

Ann acad med Singapore. 1999 Sep; 28(5): 665 – 71

49-TOURE S. , SONKO L. , DIALLO B. K. , DIOP R. , DIOP A.

Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal.

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale

Vol 106- N° SUP 4- septembre 2005, P 68 , Masson, Paris, 2005

www.masson.fr

50-TCHUENTE C.

Etude épidémiologique et anatomo-clinique des tumeurs maxillo-faciales au CHU de Yaoundé (Cameroun)

Thèse de médecine, 2004 N°56 , Bamako

**51-U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,
PUBLIC HEALTH SERVICE , NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH.**

Smoking and tobacco control monograph 2 .smokeless tobacco or health

An international perspective.(NIH publication N° 93-3461)

52-VIDAILHET B., ROBIN O., POLO A., BRAVETI P., MAHLER P.

Salivation.

EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 2000, 7p

53- www. Google. fr : référentiels tumeurs des glandes salivaires

Date de révision : 23 Sept 2002.

Réseau de santé en Cancérologie de la région Lorraine (France).

54-YOUNES Y.

Les cancers de la cavité buccale : à propos de 256 cas.

Thèse Med. :Dakar 1996, N° 33

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : MAGNE TAMGA

Prénoms : DENISE DIANE

Titre de la thèse : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE DES CANCERS STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIAUX :A PROPOS DE 70 CAS

Année universitaire : 2006-2007

Pays d'origine : CAMEROUN

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Centre d'intérêt : Anatomopathologie, Odonto-Stomatologie, ORL

RESUME :

De Janvier 1996 à Décembre 2005, nous avons mené une étude rétrospective sur les cancers stomatologiques et maxillo-faciaux diagnostiqués à l'INRSP de Bamako avec pour objectifs d'étudier leurs profils épidémiologiques et anatomo-pathologiques.

Au total 70 cas de cancer stomatologiques et maxillo-faciaux ont été colligés parmi lesquels 52,9% d'hommes et 47,1% femmes.

Les classes d'âge les plus touchées étaient de 36-55 ans (28,6%) et de 56-75 ans (35,7%) avec une moyenne d'âge à 46,50 ans.

Le district de Bamako (28,6%), les ménagères (40%), et l'ethnie Bamanan (32,9%) ont été les plus représentés.

Sur le plan anatomo-pathologique les carcinomes épidermoïdes (55,7%) et l'adénocarcinome (18,6%) étaient les plus représentés.

Mots clés : Cancer, Stomatologie, anatomopathologie .

FICHE D'ENQUETE

Etude épidémiologique et histopathologique des cancers
stomatologiques et maxillo-faciaux dans le service d'anatomo-
pathologie de Bamako

1-Année du diagnostic

2-Numéro de la fiche

3-Nom et prénom

4-Age

5-Sexe

6-Nationalité

7-Ethnie

8-Profession

9-Provenance

10-Service demandeur

11-Siège du prélèvement

12-Type de prélèvement

13-Résultat histopathologique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.