

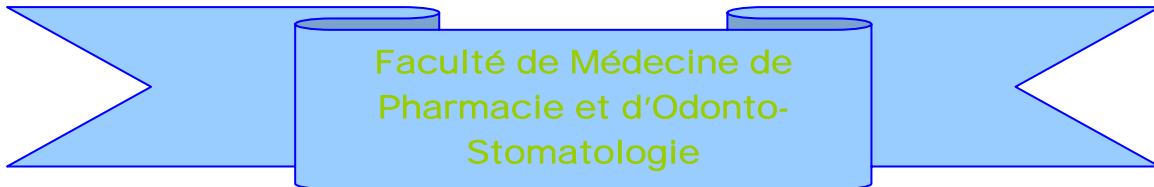


Ministère des enseignements
Secondaire, supérieur et de la
Recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple- un But- une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Année : 2007 - 2008

N° :.....

TITRE

ETUDE DES TUMEURS BENIGNES DES PARTIES
MOLLES MAXILLO-FACIALES AU CHU – OS DE
BAMAKO : 2003-2006

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le

.....

devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mr *Namballa KEITA*

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'état)**

JURY :

- . Président : Pr. Alfousseyni Ag MOHAMED
- . Membre : Dr. Boubacar BAH
- . Codirecteur de thèse: Dr. Daniel T. COULIBALY
- . Directeur de thèse : Pr. Mamadou L. DIOMBANA

ABREVIATIONS :

Anapath : anatomo-pathologie.

ASACOSEKASI : Association de Santé Communautaire de Sebenicoro, Kalabambougou et Sibiribougou.

CHU-OS : Centre Hospitalier Universitaire d'OdontoStomatologie.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

DDL : Degré De Liberté.

EBV : Epstein Barr Virus.

ORL : Oto-Rhino-laryngologie.

P : Probabilité.

TB : Tumeur bénigne.

DEDICACES :

Nous dédions ce travail à :

DIEU, le Clément et le Miséricordieux.

A notre père, SEYAN MAMADI.

Tu as été un grand soutien pour nous; tu n'as cessé d'œuvrer pour la réussite de nos études.

Ton père était cultivateur, tu as été un excellent comptable aujourd'hui que tu as un enfant qui va devenir médecin.... ! Nous vous serons reconnaissants toute notre vie.

Que DIEU le tout puissant te donne une longue vie pour que nous puissions partager des moments de bonheur.

A notre mère BERETE KEITA.

Cette thèse est le fruit de tes souffrances et de tes prières. Nous ne pouvons oublier ce que tu as fait pour nous.

Que DIEU te donne beaucoup de bonheur; nous te remercions infiniment.

A nos frères et sœurs :

Seydou, Mamby, Amadou, Sayon dite Batoma, Aminata dite Tata, Mahamadou dit le vieux, Adama ALAMAKO dite Mama, Abdoulaye et Ténèkouma.

Vous avez été merveilleux pour nous; soyez remerciés et que DIEU le tout puissant nous unisse à jamais.

A notre oncle, Diby KEITA et famille à Naréna.

Toute notre reconnaissance et pensée.

A notre oncle, Mamby KEITA et famille.

Vous nous avez été d'un soutien inestimable dans nos études ; nous ne pourrions vous oublier. Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

A nos parents :

Vous avez été formidables en nous soutenant sans faille pour la réussite de nos études.

Retrouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance et toute notre disponibilité.

A la famille PERINA en Martinique :

Particulièrement à Madame PERINA Marcelle, vous nous avez été d'un soutien inestimable dans des moments difficiles de nos études. Nous ne saurons vous remercier pour tous les sacrifices consentis.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur Amadou DIA :

Vous nous avez appris beaucoup de choses, votre soutien et vos conseils ont été d'un apport pour nous. Toute notre reconnaissance, que Dieu vous donne longue vie.

Au Docteur Diallo Mékidian et le personnel de l'ASACOSEKASI, merci pour tout.

A nos amis :

Soumaila KEITA, Allassane SONTA, Bakari DIARRA, Wariké DIARRA, PAPIN, FOMBA, Ibrahim TIMBO, SALAM.

A nos collègues du CSCOM :

Ibrahim COULIBALY, Yaya DIARRA, Issa KEITA, Aoua DIARRA, Mamadou BAH, Sory I. TRAORE.

A nos collègues et le personnel du CHU-OS :

Vous avez été pour nous, plus que des collègues ; trouvez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

A notre cousin Hamidou COULIBALY dit Badiè et collègues à la direction générale de la Dette publique :

Vous n'avez cessé de nous prodiguer des conseils, que DIEU consolide notre amitié pour toujours.

Nous vous souhaitons beaucoup de réussite à toi et à tous les autres cousins et cousines.

Aux familles :

COULIBALY à SANANKOROBA.

KEITA à KANGABA et à NARENA.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY:

**A notre maître et président du jury, le professeur
Alhousseini AG MOHAMED.**

- Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.
- Chef du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico faciale du CHU de l'hôpital Gabriel Touré.
- Président de l'ordre national des médecins du Mali.
- Ancien vice doyen de la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie.
- Chevalier de l'ordre national du lion du Sénégal.
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Nous avons été impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

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

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

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

A notre maître et juge, le Docteur Boubacar BAH

- Spécialiste en odontostomatologie et chirurgie buccale

- Praticien au CHU d'odonto-stomatologie, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée droit au cœur. Votre rigueur dans le travail et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire.

Permettez-nous, cher maître de vous adresser ici nos sincères remerciements.

A notre maître et co-directeur de thèse, le Docteur Tiémoko Daniel COULIBALY.

- Spécialiste en odontostomatologie et chirurgie Maxillo-faciale,
- Maître Assistant à la FMPOS; Chef du service d'odontologie chirurgicale du CHUOS.

- Président du comité scientifique de l'association des odontostomatologues du Mali (AOSMA)

Votre rigueur intellectuelle, vos qualités scientifiques et humaines, suscitent l'admiration et forcent le respect.

La sagesse, l'esprit d'ouverture et de dialogue, la sérénité et l'humilité dont vous avez su faire preuve tout au long de notre séjour dans votre service nous ont marqué. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez accepter notre sincère reconnaissance.

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

- Maître de conférence en odontostomatologie et chirurgie Maxillo-faciale.
- Directeur Général du CHU d'odontoStomatologie.
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie.
- Ancien chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati.
- Ancien vice-président du 1^{er} Conseil National de l'ordre des médecin et Pharmaciens du Mali de 1986 à 1990.
- Membre du comité de gestion de l'hôpital National de Kati de 1992 à 2006.
- Membre du comité de rédaction du journal Mali-Médical de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali (2^e Secrétaire) de 1993 à 1999.
- Ancien président du comité scientifique de l'association des odonto-stomatologistes du Mali (AOSMA) de 1993 à 1999.
- Membre de la première et deuxième assemblée de Faculté de l'université du Mali 1998.
- Membre fondateur et titulaire de la Société Médecine du Mali.
- Membre fondateur et titulaire de la société de chirurgie du Mali.

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

Nous avons su apprécier vos qualités humaines, vos conseils si précieux.

Nous sommes fiers d'avoir appris auprès de vous.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre indéfectible attachement.

SOMMAIRE

Pages

Abréviations.....	1
Dédicaces :.....	2-5
Hommages et remerciements aux membres de jury :	6-10
Sommaire :.....	11
Introduction	12-14
Objectifs	15-16
Généralités	17-47
Patients et méthodes	48-51
Résultats	52-62
Commentaires et discussion	63-69
Conclusion et recommandations	70-73
Références bibliographiques	74-84
Résumé.....	85-86
Annexes.	

INTRODUCTION :

Préambule

La région maxillo-faciale revêt une importance capitale aussi bien esthétique, fonctionnelle que vitale. Elle est le siège de fonctions importantes : la vue, l'odorat, le goût, l'audition et l'équilibration.

Elle se présente comme le premier élément d'acceptation ou de dégoût de l'Être humain. La proximité du cerveau organe de commande de l'être humain montre l'importance des pathologies au niveau de cette région.

La plupart des tumeurs qui se développent dans cette région ne sont pas héréditaires. Des recherches récentes mettent en évidence des facteurs génétiques qui pourraient être associés à ces anomalies dont on ignore les causes tout comme celles des tumeurs en général.

Il existe surtout des facteurs favorisants :

- Les rayons ultraviolets qui participent à l'apparition des mélanomes cutanés de la face.
- Certaines affections comme les sinusites chroniques sont évoquées dans les tumeurs sinusiennes.

En plus, de nombreuses difficultés restent posées par ces tumeurs tant du point de vue diagnostique que thérapeutique à savoir:

- Le mauvais contrôle local expliquant le pronostic le plus souvent défavorable.
- Le manque de précision dans le bilan d'extension permettant de poser correctement les différentes indications thérapeutiques.
- La mortalité et la morbidité opératoire des interventions avec une bonne connaissance de l'anatomie maxillo-faciale.

Intérêt du sujet :

Les tumeurs des parties molles maxillo-faciales dans leurs formes cliniques et par leurs séquelles ont été largement décrites tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Mali.

Au Mali, en 1998 Diombana et Coll.en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial a relevé 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas/an **(19)**.

Au Cameroun, les études sur les tumeurs du massif facial restent parcellaires. Kenta dans sa thèse sur les tumeurs bénignes ORL trouvait un taux de tumeurs bénignes naso-sinusiennes d'environ 12% **(28)**
A travers cette observation, on peut remarquer que les tumeurs maxillo-faciales constituent une entité nosologique assez rare au monde et qui posent de nombreuses difficultés tant sur le plan étiologique, diagnostique que thérapeutique pour les médecins.

Malgré cette rareté, ces tumeurs incitent une attention particulière pour la simple raison que :

Ces tumeurs constituent des pathologies chirurgicales ; leur diagnostic reste encore tardif; dû d'une part à la similitude des signes cliniques de début avec des affections banales comme la rhinite, la sinusite et d'autre part ces tumeurs sont rares d'expression non douloureuse et ou dysfonctionnelles.

D'où toute l'importance de ce travail afin de comprendre le problème et envisager des mesures de contrôle efficace.

Notre étude consistera à contribuer à une évaluation épidémiologique, clinique et la prise en charge de ces tumeurs au CHU-OS de Bamako, sans exclusion de race, d'âge et de sexe.

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Etablir le profil épidémiologique, clinique, anatomique et thérapeutique des tumeurs bénignes des parties molles maxillo-faciales.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de ces tumeurs en fonction du sexe, de l'âge, de la profession, de la résidence, de la localisation et des motifs de consultations.
- Déterminer les différents types anatomopathologiques de ces tumeurs.
- Indiquer les différents moyens thérapeutiques utilisés dans notre étude.
- Faire des recommandations.

GENERALITES :

I. Embryologie du massif facial : (42)

La morphologie du massif facial se constitue entre la quatrième et la dixième semaine de vie embryonnaire.

Le massif facial se développe à partir de cinq bourgeons faciaux qui apparaissent à la fin de la quatrième semaine. Ce sont :

- le bourgeon fronto-nasal;
- les deux bourgeons maxillaires;
- les deux bourgeons mandibulaires.

1.1 Formation et développement de la cavité buccale :

Entre la quatrième et la cinquième semaine de vie embryonnaire, les cinq bourgeons faciaux convergent simultanément pour former la bouche primitive encore appelée stomodeum.

Pendant la sixième et la septième semaine, les extrémités des processus nasaux médiaux s'unissent sur la ligne médiane pour constituer le processus intermaxillaire qui est à l'origine du philtrum de la lèvre supérieure.

L'extension postérieure du processus inter maxillaire constitue le palais primaire.

Au cours de la huitième semaine, les bourgeons maxillaires produisent une paire de fines expansions médiales, ce sont les processus palatins.

A la fin de la neuvième semaine, ces processus palatins s'unissent l'un à l'autre et au palais primaire pour former le palais secondaire.

A la dixième semaine les portions latérales des bourgeons maxillaires et mandibulaires donnent naissance aux joues ; la bouche est ainsi réduite à sa largeur définitive.

1.2 Formation et développement du nez :

Au cours de la cinquième semaine, la paire de bourgeons maxillaires grossit et grandit simultanément, les placodes nasales apparaissent et se développent sur le bourgeon fronto-nasal.

Au cours de la sixième semaine, se constitue des dépressions nasales qui ont pour effet de diviser les placodes nasales en processus nasaux médiaux et latéraux.

A la fin de la dixième semaine, les dépressions nasales s'invaginent pour former une cavité nasale unique, séparée de la cavité orale par une cloison épaisse.

Cette cloison disparaîtra progressivement, laissant place du choane primitif.

Durant la huitième semaine, l'ectoblaste et le mésoblaste du processus fronto-nasal ainsi que les processus nasaux médiaux prolifèrent pour constituer un septum nasal médian. La cavité nasale est ainsi divisée en deux couloirs nasaux qui s'ouvrent dans le pharynx en arrière par le choane définitif.

1.3 Formation et développement des sinus :

Les sinus se constituent à partir d'invaginations de la cavité nasale qui s'étend dans les os de la face.

Deux d'entre eux apparaissent au cours de la vie fœtale : les sinus **maxillaires et ethmoïdaux**.

Les **sinus frontaux et sphénoïdaux** se constituent après la naissance.

Les sinus maxillaires se voient au cours du troisième mois de la vie fœtale, sous forme d'invagination du sac nasal progressant lentement dans les os maxillaires. Leur cavité est petite à la naissance mais continue à s'étendre pendant l'enfance.

Les sinus ethmoïdaux sont présents au cours du cinquième mois de vie fœtale, comme des invaginations du méat moyen et ils se développent dans l'ethmoïde. Ces sinus n'achèvent pas leur croissance avant la puberté.

Les sinus sphénoïdaux sont des extensions des sinus ethmoïdaux dans l'os sphénoïde. Ils se mettent en place au cours du cinquième mois de la vie et ils se développent au cours de la petite enfance et de l'enfance.

Les sinus frontaux ne se voient pas avant l'âge de cinq à six ans et ils grandissent pendant l'adolescence.

2. Anatomie du massif facial : (45)

Le squelette du massif facial est placé au dessous de la moitié antérieure du crâne. Il se divise en deux parties principales :

- la mâchoire supérieure;
- la mandibule.

La mâchoire supérieure est formée par treize os :

- Six os pairs et latéraux qui sont : les deux maxillaires supérieurs, les unguis ou os lacrymal, les cornets inférieurs, les malaies, les os zygomatiques, les os propres du nez.
- Un os impair et médian appelé vomer.

La mâchoire inférieure est constituée par un seul os, le maxillaire inférieur ou mandibule.

Le massif facial est dominé dans son ensemble par les os maxillaires, d'où son nom de massif maxillo-facial.

2.1 Les maxillaires supérieurs :

Les deux maxillaires supérieurs se joignent pour former la plus grande partie de la mâchoire supérieure. Ils forment une partie du plancher des orbites, une partie du plancher de la cavité nasale et une grande partie du palais dur.

Chacun des maxillaires supérieurs contient un sinus maxillaire qui débouche dans la cavité nasale.

Les arcades alvéolaires contiennent les alvéoles dans lesquelles les dents de la mâchoire supérieure sont implantées.

2.2 Le maxillaire inférieur :

Encore appelé mandibule, c'est le plus volumineux os du massif facial. Il est constitué :

- D'une partie horizontale et incurvée appelée corps
- De deux segments perpendiculaires appelés branches.

Chaque branche s'articule avec l'os temporal et forme l'articulation temporo-mandibulaire.

L'arcade alvéolaire contient les alvéoles des dents de la mandibule. Le massif facial est creusé de nombreuses cavités: les fosses nasales et les sinus, la cavité buccale.

2.3 Anatomie des fosses nasales :

Les fosses nasales contiennent deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur.

L'entrée des fosses nasales ou vestibule est tapissée d'un revêtement cutané comportant des poils et des glandes sébacées.

La face interne du vestibule contient des éléments de soutien de la partie antérieure de la cloison, le volume. Le toit du vestibule ou dôme est fermé par un cartilage en forme de garde cheval.

On décrit à la fosse nasale quatre parois :

- Une paroi inférieure ou plancher ;
- Une paroi médiane ou cloison;
- Une paroi latérale ou turbinale;
- Une paroi supérieure ou voûte.

La paroi latérale contient des éléments importants pour la fonction nasale ; les cornets et les méats.

Les cornets sont des minces lames osseuses obliques en bas et en dedans, enroulées sur elles mêmes, décrivant une courbe à concavité externe.

On compte **trois cornets : un inférieur, un moyen et un supérieur.**

Les méats sont également au nombre de **trois**, correspondants au nombre de cornets.

Le méat inférieur est situé entre le plancher de la fosse nasale et l'insertion du cornet inférieur. C'est le lieu où s'ouvre le canal lacrymo-nasal.

Le méat moyen est situé entre le cornet inférieur et le moyen, c'est à son niveau que s'ouvrent les sinus maxillaires, frontaux et ethmoïdaux antérieurs.

Le méat supérieur est situé entre les cornets moyen et supérieur, il constitue l'ouverture des cellules ethmoïdales postérieures et l'ostium du sinus sphénoïdal.

Anatomie des sinus :

Ce sont des annexes des fosses nasales développées dans les os de la face.

On distingue quatre paires de sinus : les maxillaires, les ethmoïdaux, les frontaux et les sphénoïdaux.

Le sinus maxillaire :

C'est le plus grand des sinus, on lui décrit quatre parois :

La paroi supérieure constitue le plancher de l'orbite, elle contient le nerf sous orbitaire.

La paroi interne constitue la paroi externe de la fosse nasale et contient le trou sous orbitaire.

La paroi postérieure forme la séparation entre le sinus et la fosse pterygo-palatine qui contient l'artère maxillaire interne, le ganglion sphéno-palatin, les branches du tri jumeau et le système végétatif.

La paroi inférieure ou plancher est en rapport avec les racines dentaires.

Le sinus ethmoïdal :

On distingue deux groupes de cellules ethmoïdales :

Les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures.

Les sinus ethmoïdaux sont en rapport : en haut avec la base du crâne, latéralement avec l'orbite, en arrière avec le sinus sphénoïdal.

Le nerf optique chemine très près des cellules ethmoïdales postérieures.

Le sinus sphénoïdal :

Ce sont deux cavités pneumatiques situées au centre du massif cranio-facial et séparées par une mince cloison. La paroi supérieure est en rapport avec les fosses cérébrales antérieure et moyenne et le chiasma optique.

La selle turcique et l'hypophyse reposent sur le toit du sinus. La paroi latérale se trouve en contact avec la carotide interne, le sinus caverneux et les nerfs II, III, IV et VI.

Les sinus frontaux :

Ce sont deux cavités asymétriques. La paroi postérieure entre dans la constitution de la zone crânienne antérieure et constitue la voie d'extension des complications endocrâniennes. Son plancher forme le toit de l'orbite.

3 Vascularisation et innervation des fosses nasales et des sinus :

Les vascularisations des fosses nasales et des sinus proviennent d'une part de l'artère carotide interne qui donne l'artère sphénoalatine et d'autre part de la carotide externe qui donne l'artère ethmoïdale.

Le drainage veineux se fait vers les veines ophtalmique et faciale, mais aussi vers le plexus ptérygoïdien et pharyngé.

Le drainage lymphatique se fait vers les ganglions lymphatiques cervicaux superficiels, sous maxillaires, retro-pharyngéens et dans la chaîne jugulaire.

L'innervation des fosses nasales et des sinus est sensitive et végétative.

L'innervation sensitive se fait par le nerf V ou trijumeau. L'innervation végétative par les fibres sympathiques et parasymphatiques du ganglion sphénoalatatin.

4 Histologie du massif facial (30, 53, 54)

Le massif facial a une structure histologique très diversifiée et fonction de la localisation.

4.1 Au niveau de la cavité buccale :

L'épithélium de la cavité buccale est de type pavimenteux stratifié.

Il tend à se kératiniser au niveau des points de friction tel le palais.

L'épithélium buccal a pour support un tissu conjonctif dense, la lamina propria ou chorion.

Dans les zones mobiles comme le voile du palais ou le plancher de la bouche le chorion est relié aux muscles sous jacents par un tissu conjonctif sous muqueux lâche.

Dans les zones où la muqueuse buccale surmonte les os, comme au niveau de la voûte palatine ou des gencives, le chorion est relié au périoste par une muqueuse fine, dense et fibreuse.

4.2 Au niveau des fosses nasales et des sinus :

La face externe des narines est recouverte par la peau et sur une courte distance dans le vestibule, puis par un épithélium pavimenteux non kératinisant.

La muqueuse interne des fosses nasales et des sinus est revêtue par un épithélium cylindrique pseudo stratifié dont la plupart des cellules sont pourvues de cils vibratiles. Les cellules à mucus sont dispensées parmi ces cellules cylindriques et portent des microvillosités sur leur surface luminale.

Sous l'épithélium cylindrique se trouve un chorion richement vascularisé contenant de nombreuses glandes séreuses et muqueuses.

Le chorion contient également un nombre variable de cellules immunitaires : macrophages, lymphocytes, polynucléaires.

Au niveau du toit des fosses nasales se trouve une muqueuse olfactive qui possède un épithélium cylindrique pseudo stratifié.

Sous l'épithélium olfactif se trouvent de petites glandes séreuses, les glandes de Bowman, munies de courts canaux excréteurs qui pénètrent dans l'épithélium olfactif.

A. Définition des tumeurs (5, 44):

L'homme est un organisme multicellulaire regroupant plus de 10¹⁴ types de cellules organisées en tissus, organes et en systèmes. Le développement et la croissance sont conditionnés par des processus complexes de régulation, de la prolifération, la différenciation et la mort cellulaire. Ces phénomènes sont également mis en jeu au cours du renouvellement des cellules à durée de vie limitée, de la régénération des cellules parenchymateuses détruites et de la cicatrisation des plaies et des lésions inflammatoires. La bonne régulation de ces processus est à l'origine de l'homéostasie tissulaire. Des anomalies moléculaires de cette régulation sont à l'origine de prolifération mal contrôlée de groupes de cellules dont l'accumulation aboutit à la formation d'une tumeur macroscopiquement observable ou palpable. Actuellement le terme de tumeur tend à être employé au sens ex-aequo de (néoplasme ou de néoplasie) c'est-à-dire toute nouvelle malformation tissulaire plus ou moins volumineuse ressemblant plus ou moins au tissu normal homologue (adulte ou embryonnaire) au dépens duquel elle s'est développée; qui a tendance à persister et à s'accroître tout en échappant aux règles biologiques de la croissance et de la différenciation cellulaire.

Cette définition permet de rendre compte de plusieurs caractères d'une tumeur :

- Il s'agit d'une prolifération qualitativement et quantitativement anormale des éléments cellulaires d'un tissu organisé.
- Il existe un accroissement excessif et incoordonné de la tumeur par rapport aux tissus voisins.
- La prolifération tumorale se poursuit après arrêt du stimulus qui lui a donné naissance.
- La prolifération cellulaire est biologiquement autonome.

Anciennement dans la littérature anglo-saxonne, on désignait par (tumeur ou tumor) toute augmentation de volume localisée d'un organe ou d'une région du corps. Cette augmentation pouvait correspondre à des processus pathologiques de nature différente : tumeur vraie, pseudotumeur inflammatoire, dysembryoplasie, hyperplasies et hypertrophies

Selon Rougeaud et Chellont (1968), la tumeur est définie comme une néoformation tissulaire (plus ou moins volumineuse) qui correspond plus ou moins au tissu normal homogène et qui a tendance à persister et à croître.

Elle échappe aux règles biologiques de la connaissance et de la différenciation tissulaire.

D'après Amiel et Rouesse, la tumeur est un trouble de la croissance tissulaire caractérisé par une prolifération excessive des cellules, sans rapport avec les lésions physiologiques de l'organe atteint.

Willis voit dans la tumeur une masse anormale de tissu dont la croissance est en excès. Cette masse persiste et continue à croître même à l'arrêt de stimuli qui ont provoqué son apparition.

B Historique des Tumeurs du Massif Facial : (33, 41)

L'historique des tumeurs du massif facial remonte au 17^e siècle. En effet, 1885 Mallassez est le premier à évoquer la théorie des épithéliaux para dentaires dans la survenue des tumeurs odontogènes. Dans les années 1940, Willis évoquait quant à lui l'implication des poussières de bois, de charbon et des fumées de chromate dans l'apparition des tumeurs naso-sinusiennes.

Luce Rodriguez plus tard en 1987 après une enquête cas témoins, affirmait à leur tour que ces poussières de bois, de cuir, de même que l'exposition aux nickels et au chrome influençait l'apparition des cancers naso-sinusiens.

Le lymphome de Burkitt est connu depuis 1958 grâce aux publications de Burkitt sur les tumeurs maxillo-faciales chez l'enfant noir en Ouganda.

1. Les tumeurs des fosses nasales et des sinus : (20)

Ces tumeurs sont caractérisées par leur rareté et leur grande diversité anatomopathologique.

1.1. Classification historique internationale des tumeurs des fosses nasales et des cavités naso-sinusiennes :

C'est en 1978 que l'OMS publie une classification des différentes tumeurs des fosses nasales et des sinus (47).

➤ Tumeurs épithéliales :

- **Tumeurs bénignes : (22)**
 - Papillome malpighien
 - Papillome transitionnel
 - Adénome
 - Adénome oxyphile
 - Adénome pléomorphe

- **Tumeurs malignes :**

- Carcinome malpighien spinocellulaire
- Carcinome malpighien verruqueux
- Carcinome malpighien à cellules fusiformes
- Carcinome malpighien transitionnel
- Adénocarcinome
- Adénocarcinome mucipare
- Carcinome adénoïde Kystique (cylindrome)
- Tumeur muco-épithéliale maligne
- Carcinome indifférencié

➤ **Tumeurs des tissus mous :**

-**Tumeurs bénignes :**

- Hémangiome
- Hémangiopéricytome
- Neuro-fibrome
- Fibroxanthome (histiocytofibrome)

- **Tumeurs malignes**

- Hémangiopéricytome malin
- Fibrosarcomes
- Rhabdomyo-sarcome
- Sarcome neurogène
- Fibro-xantho sarcome

➤ **Tumeurs des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques :**

Le seul lymphome malin :

- Lymphome malin non Hodgkinien
- Lymphome de Burkitt
- Plasmocytome
- Maladie de Hodgking

1.2. Stades d'évolution des tumeurs malignes naso-sinusiennes (47):

Actuellement, il n'existe pas de codification internationale des stades d'évolution applicable à l'ensemble des tumeurs naso sinusiennes. La complexité des structures anatomiques en cause, l'importance de l'extension lors du diagnostic, la rareté des cancers des sinus frontal et sphénoïdal la grande variété histologique de ces lésions explique en partie le manque d'uniformité. De nombreuses codifications ont été proposées sans qu'aucune ne fasse la preuve de sa supériorité.

Le sinus maxillaire est la seule localisation où apparaît une codification Internationale.

➤ **La forme sporadique : (25)**

Elle domine chez les enfants en occident, mais s'observe aussi chez les jeunes adultes.

L'infection à EBV n'a été mise en évidence que dans 20 % des cas. L'aberration chromosomique est constante.

2. Les tumeurs des maxillaires : (2, 49)

Elles peuvent être classées en deux groupes :

2.1 Les tumeurs odontogènes :

Le développement embryogénique de chaque bourgeon dentaire résulte d'interaction entre la lame dentaire, invagination de l'épithélium buccal primitif et ectomésenchyme, tissu conjonctif colonisé par des cellules nées de crêtes du nerf trijumeau et ayant migré dans les ébauches maxillaires (14). Les différents composants et la morphologie du germe dentaire sont reproduits à plus ou moins grande échelle dans la plupart des tumeurs odontogéniques, affection originale et spécifique des maxillaires ; elles constituent un groupe hétérogène, par la complexité des tissus impliqués, la rareté de certaines lésions et leur évolutivité distincte. Elles sont en majorité bénignes (21).

Tumeurs épithéliales sans induction de mésenchyme :

Améloblastome :

Le caractère localement invasif et le potentiel récidivant de cette tumeur bénigne relativement fréquente justifient un diagnostic précoce précédant un traitement adapté. Bien que présent à tout âge, l'améloblastome affecte plus fréquemment l'homme entre 40 et 50 ans. La mandibule est atteinte dans 80% des cas, surtout dans sa région angulaire. Le plancher des fosses nasales et les régions molaires se partagent les localisations maxillaires. Remarquablement latent, l'améloblastome peut présenter des signes cliniques communs à toutes les tumeurs maxillaires ou être découvert au hasard d'une radiographie. Son image présente des variations considérables et non spécifiques; la plus évocatrice est celle de géodes homogènes arrondies, de taille et de tonalité inégales, adossées les unes aux autres en classique « bulles de savon » régulièrement bordées par un fin liséré radio opaque. Ailleurs, l'image est vaste, polycyclique, finement cloisonnée, puis devient une vaste géode unique, aux

contours festonnés, soufflant et amincissant les corticales refoulant les organes dentaires dont la rhizalyse est classique.

Macroscopiquement, la lésion est solide, blanc grisâtre, ou au contraire kystique pluriloculaire et contenant un matériel gélatiniforme. Elle est constituée par un épithélium odontogénique de type folliculaire ou plexiforme, associés ou non dans une tumeur, et prolifération au sein d'un stroma conjonctif vascularisé. L'améloblastome unikystique survient chez des patients plus jeunes, prend volontiers l'aspect d'un kyste de la partie postérieure de la mandibule et serait moins récidivant comme l'améloblastome périphérique, de développement extra osseux (1, 4)

En absence de traitement, l'améloblastome s'accroît lentement, pouvant atteindre un volume considérable. La distinction entre plusieurs formes histologiques ne semble pas interférer sur le pronostic, excepté pour les variétés unikystiques périphériques et desmoplastiques, réputées peu récidivantes. En revanche, le potentiel évolutif et donc la stratégie thérapeutique qui en découle, sont étroitement corrélés à la localisation de la lésion, ses caractères radiographiques (l'aspect uni ou polykystique, dimension) l'âge du patient et sa fidélité aux consultations de contrôle (24). Des taux de récidives élevés ont été rapportés avec les traitements conservateurs. Cependant, l'énucléation, réalisée avec la plus grande prudence a permis un lot non négligeable de patients de guérir de manière simple avec des séquelles morphologiques ou fonctionnelles modérées, notamment de tumeurs compactes du corps mandibulaire ; et des récidives, non synonymes d'échec thérapeutique sont fréquentes de moindre volume et peuvent être traitées plus facilement que la lésion originelle. La résection osseuse partielle ou interruptrice s'impose en première intention lorsque la tumeur adopte une configuration polygédique, excluant toute possibilité d'énucléation de proche en proche. Lorsque le bord basilaire, la partie supérieure des ramifications ou la portion postérieure des maxillaires sont détruits. Les tumeurs récidivées posent le problème essentiel de leur prolifération multicentrique au sein des parties molles adjacentes.

Tumeur odontogénique épidermoïde :

Tumeur rare (40) sans prédilection de sexe ou d'âge, elle induit fréquemment une mobilité dentaire sensible. Elle réalise au niveau du rempart alvéolaire une radioclarité triangulaire ou semi circulaire et bordée par un liséré opaque. L'histologie est caractérisée par des îlots de cellules épidermoïdes bien différenciées dans un stroma fibreux, reposant sur des cellules basales aplaties, et présentant des micro foyers de dégénérescences kystiques. Le traitement conservateur, avec ou sans extraction dentaire, permet le plus souvent la guérison tumorale sans récurrence.

Tumeur épithéliale odontogénique calcifiée (tumeur de Pindborg) :

Une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature depuis 1948 (23, 26, 39) la tumeur associe des structures épithéliales malpighiennes, des dépôts d'une substance de nature amyloïde et des calcifications.

Elle est fréquemment endomandibulaire et induit une ostéolyse irrégulière, parsemée de fines opacités de taille et de nombre variable pouvant converger vers la couronne d'une dent incluse à laquelle elle peut être associée. La guérison est complète après énucléation (35).

Tumeur ontogénique à cellule claire :

Décrite récemment, elle se présente comme une lésion ostéolytique aux limites pauvrement définies au sein de l'un ou de l'autre des maxillaires. De diagnostic histologique délicat, son potentiel malin reste discuté.

Tumeurs épithéliales et conjonctives avec ou sans formation de tissu dentaire dur :

Selon le stade de différenciation et de maturation des deux composantes épithéliales et ecto mésenchymateuse, sont distinguées les différentes formes exposées ci-après.

Fibrome améloblastique :

Cette tumeur rare survient chez des patients plus jeunes que pour l'améloblastome et en est radiologiquement souvent impossible à distinguer. De siège prémolomolaire mandibulaire, le fibrome améloblastique est compact, blanc grisâtre, et associe des structures épithéliales évoquant l'organe de l'émail et des plages de tissu conjonctif simulant la papille dentaire (10, 48).

Le traitement de choix est conservateur parfois émaillé de quelques récidives. La transformation sarcomateuse du tissu conjonctif est exceptionnelle.

Fibrodentinome et fibro-odontome améloblastiques :

Proches des formes précédentes, ces tumeurs sont le siège d'une induction épithélio-conjonctive aboutissant à la fabrication respectivement de dentine ou de dentine associée à de l'émail. L'image radiographique du fibrodentinome améloblastique est peu spécifique : vaste ostéolyse bien définie de la région prémolaire inférieure, parsemée d'un matériel radio opaque dont taille et forme varient. La géode du fibro-odontome améloblastique est vaste et cloisonnée, au centre radio opaque entouré d'un semis ou d'amas plus ou moins circonscrits d'opacités de types dentaires. Les lésions sont d'excellents pronostics après énucléation, geste cependant délicat en présence de destruction osseuse parfois considérables (48).

Odonto-améloblastome :

Exceptionnel, il se distingue du fibro-odontome améloblastique par ses caractères structuraux et par son potentiel évolutif similaire à ceux de l'améloblastome (12).

Tumeur odontogénique adénomatoïde :

La lésion est formée de structure épithéliale pseudo-canalaire, par endroit d'aspect cylindrique améloblastique ; au sein du tissu connectif, s'accumule un matériel homogène, acidophile parfois calcifié, fruit des phénomènes d'induction (38). Elle prédomine chez

les jeunes femmes sous la forme d'une tuméfaction indolore de la région canine supérieure, induisant des anomalies d'évolution dentaire.

Radiographiquement, elle simule un kyste dentigère, néanmoins ponctué par des fines opacités. L'énucléation de ce kyste lisse et bien circonscrit permet la guérison complète.

Kyste odontogénique calcifié :

Cette lésion rare survient à l'âge adulte des deux sexes. De siège antérieur son image radiologiquement, parfois volumineuse est fréquent poly géodique, bien limité, ponctuée d'un matériel minéralisé inhomogène. Cette lésion parfois récidivante, est caractérisée par un contingent de cellules épithéliales momifiées et peut être associée à une autre tumeur odontogénique.

Odontomes complexes et composés :

Tous les tissus dentaires normaux et minéralisés y sont représentés mais disposés de manière anarchique (**10, 13, 48**). La distinction entre les odontomes composés et complexes est arbitraire, basée respectivement sur la prépondérance d'organes dentaires structurés ou de tissus dentaires désorganisés, l'ensemble étant cerné par un labo clair aux contours bien définis.

Relativement fréquents, ils sont diagnostiqués entre 10 et 20 ans souvent asymptomatiques parfois révélés par une tuméfaction prémolo-molaire leur clivage est plus ou moins aisé selon leur ancienneté (**11**).

Tumeurs ectomésenchymateuses odontogéniques avec ou sans inclusion d'épithélium odontogénique :

Fibrome odontogénique :

Tumeur fibroblastique issue du tissu mésenchymateux de l'ébauche dentaire il contient des vestiges épithélio-odontogéniques. Asymptomatique, il siège en plein corps mandibulaire, chez l'enfant et l'adulte jeune. L'image radiographique est poly géodique, finement trabeculée avec de petites opacités de tonalité dentaire. Il récidive rarement après traitement conservateur.

Myxome :

Localement invasif, il est bordé dans la mandibule avant l'âge de 30 ans. Il est composé de cellules conjonctives anastomosées entre elles et en chassées dans un matériel mucoïde abondant (9). L'image radiographique est poly géodique, caractérisée par son cloisonnement géométrique à angle vif, la bordure périphérique peut être mal définie avec franchissement des corticales par des tumeurs étendues grisâtre et gélatineux, il se propage fréquemment sans limite nette dans l'os et dans les parties molles adjacentes, rendant difficile son exérèse complète.

Cémentoblastome bénin :

Cette tumeur rare composée d'une prolifération de tissus cémentaires et réalise un foisonnement de fines opacités entrelacées, bien limitées en périphérie par une mince bande claire uniforme autour de l'apex d'une prémolaire ou molaire mandibulaire en bonne place sur l'arcade (55).

La classification actuelle élaborée par PINBORG et CAUSEN (1958) et confirmé par BROCHERIOU, met en jeu d'une part la nature épithéliale ou mésenchymateuse de la tumeur, d'autre part l'existence ou non de témoins des phénomènes d'induction.

Tableau de BROCHERIOU (37)

EPITHELIALES	MESODERMIQUES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avec peu d'effet inducteur sur le tissu conjonctif <ul style="list-style-type: none"> - Améloblastome - Adeno-améloblastome - Tumeurs de PINBORG ➤ Avec effet inducteur sur le tissu conjonctif <ul style="list-style-type: none"> - Fibro-améloblastome - Sarcome améloblastique - Dentinome 	<ul style="list-style-type: none"> ● Myxomes et fibromyxomes ● Cementomes

2.2 Tumeurs non odontogènes

a Tumeurs bénignes

Elles constituent un groupe de lésions polymorphes, commune au reste du squelette on électivement localisées aux maxillaires (ostéome, granulome, centrale à cellule géante, cherubisme, dysplasie cémento-osseuse). Très dissemblables sur les plans étiopathogénique, diagnostic et évolutif, leur traitement est d'ordinaire conservateur, surtout pour les lésions à composantes ostéocondensantes dominante ou exclusive.

Tumeurs ostéoformatrices :

L'ostéome résulte de la prolifération bénigne d'os compact ou trabéculaire au sein d'un os membraneux. Cette lésion rare se révèle lentement par une protubérance osseuse asymptomatique. L'image réciproque et opaque, dense et homogène, de siège périosté ou centre osseux. Dans le syndrome de Gardner, les ostéomes exemplaires sont associés à ces polyposes adénomateuses rectocoliques dominant le pronostic. Le torus est une néo formation fréquente disposée sagitalement sur la ligne médiane palatine ou au dessus de la ligne mylohyoïdienne en regard des prémolaires .L'exérèse en est parfois motivée par une indication prothétique l'ostéoblastome est rare au niveau des maxillaires et peut être confondu avec un cémentoblastome ou un ostéosarcome. Il partage les mêmes caractéristiques anatomopathologiques que l'exceptionnel ostéome ostéoïde.

Tumeurs ostéocémentogènes : Fibrome cémentoossifiant

Les fibromes ossifiants et cémentifiants sont regroupés et ont pour origine les cellules desmodontales du ligament alvéolodentaire. La lésion est observée entre 20 et 30 ans sous la forme d'une tuméfaction osseuse lentement évolutive accompagnée de déplacement dentaire. Par rapport à la dysplasie fibreuse, les algies et les signes compressifs sont rares et l'image radiographique est circonscrite dans l'os alvéolaire prémolomolaire de la mandibule ; selon les proportions et la confluence du matériel minéralisé produit, la tonalité de l'image progresse de la radio transparence du stade précoce, jusqu'à la radio-opaque des processus anciens (41). La tumeur est constituée d'un tissu conjonctif riche en fibroblastes réguliers et d'une substance calcifiée dont la nature exacte, cémentatoire ou osseuse est souvent difficile à préciser.

Tumeurs cartilagineuses (43) :

De par la nature membraneuse des structures maxillaires, l'histogénèse de ces tumeurs exceptionnelles est discutée. Leur image radiologique est en général aspécifique. Les variétés malignes sont deux fois plus fréquentes que les bénignes, mais leur diagnostic histologique reste parfois hésitant ; de plus, la réputation récidivante de ces lésions explique la nécessité d'une exérèse chirurgicale de principe élargie dès le premier traitement.

Le chondrome est composé de cartilage hyalin mature et se développe au sein de la cavité médullaire ou plus rarement en juxtacortical. L'exostose (ostéochondrome) tissu cartilagineux avec ossification centrifuge, peut entraîner des troubles fonctionnel et esthétique du fait de l'hypertrophie du coroné ou du condyle. Le chondroblastome (3) est rarement récidivant et peut se présenter sous la forme d'une tuméfaction ostéolytique mal circonscrite du condyle. Le fibrome chondromyxoïde est caractérisé par des lobules de cellules étoilées et enchassées dans une substance myxoïde ou chondroïde abondante.

Lésions fibroblastiques :

Le fibrome desmoïde (32) est une tumeur ubiquitaire de l'enfant et de l'adolescent. L'image radiographique est ostéolytique uni ou multi foculaire soufflant la corticale. Fibroblastes et fibres collagènes sont histologiquement associés. La fibromatose agressive est une pseudo tumeur fibroblastique des fascias ; les localisations mandibulaires sont exceptionnelles, mais peuvent être d'évolution rapide chez certains jeunes patients les confondant avec un fibrosarcome.

Tumeurs et pseudotumeurs riches en cellules géantes :

La tumeur à cellules géantes est exceptionnelle, contrairement au granulome central à cellules géantes (15, 46) qui survient à tout âge sous la forme d'une tuméfaction osseuse recouverte d'une muqueuse brunâtre et induisant des déplacements dentaires. Sa vaste géode radiologique arrondie ou festonnée, souvent sillonnée par quelques cloisons en forme de «nid d'abeille» peut être confondue avec celle d'un améloblastome, l'aspect histologique varie selon l'agencement des cellules géantes plurinucléées. L'énucléation de cette lésion hémorragique est parfois difficile, mais permet la guérison habituelle. Les tumeurs brunes de l'hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale chronique sont rares dans les pays occidentaux (34). Dans le cherubisme, avec affection familiale, le tissu spongieux des maxillaires est remplacé par un tissu fibreux vascularisé contenant des cellules géantes multi nucléées, conférant à l'enfant un aspect joufflu par hypertrophie progressive des angles et des ramifications mandibulaires. Les déformations se stabilisent à la puberté puis régressent à l'âge adulte (15, 29).

Tumeur mélanotique neuro ectodermique (melanotic prognona) :

Cette tumeur rare dérive des cellules de la crête neurale et se présente pendant les six premiers mois de la vie comme une tumeur gingivale maxillaire médiane et exophytique ; malgré son agressivité clinique primitive, cette lésion guérit constamment après exérèse.

Histiocytose X :

La pullulation des cellules langerhansiennes est observée dans le granulome éosinophile, les maladies de Hand-Schuller-Christian et de Letteren Siwe (16). Les formes périphériques du granulome éosinophile sont révélées chez l'homme jeune par une mobilité anormale des dents vivantes par destruction cupuliforme de l'os alvéolaire. L'évolution de cette affection ubiquitaire dépend de sa diffusion. Le traitement des formes isolées repose sur le curetage appuyé du pseudo tissu de granulation.

b. Tumeurs malignes :

- fibrosarcome
- Chondrosarcome
- Ostéosarcome
- Lymphomes (plasmocytome, lymphome de Burkitt).

Quelques particularités :

Nous nous intéressons aux formes anatomopathologiques les plus fréquemment retrouvées à savoir l'améloblastome, les lipomes, les angiomes, les hémangiomes et les papillomes.

- Améloblastome du maxillaire (2,8).

-Epidémiologie :

Tumeur odontogène épithéliale, elle représente néanmoins 1% de toutes les tumeurs et kystes des maxillaires et sa localisation au maxillaire inférieur est près de 25 % de tous les améloblastomes. Il touche principalement l'adulte jeune et sa localisation chez les deux sexes est identique.

- Aspects anatomopathologiques :

Macroscopie :

L'examen macroscopique montre une tumeur solide, grisâtre et ferme, ayant soufflé l'os cortical.

L'aspect kystique à contenu liquidien n'est pas exceptionnel.

Microscopie :

On retrouve une structure ressemblant à l'organe de l'émail dentaire, pouvant prendre des aspects différents. On les classe alors en type : folliculaire, acanthomateux, flexiforme, granuleux ou basal.

Aspects cliniques :

Il s'agit d'une tumeur bénigne d'évolution très lente, mais sa formation maligne bien que rare peut survenir à tout moment.

Elle est asymptomatique pendant longtemps. Dans sa localisation au maxillaire supérieur, elle gagne progressivement les régions voisines : le sinus maxillaire, le molaire, les fosses nasales et au-delà les cellules ethmoïdales, l'orbite, la fosse pterygo-maxillaire et la base du crâne ; ce qui fait de l'améloblastome une tumeur très envahissante de l'étage moyen de la face.

Aspects radiographiques :

Le cliché standard montre une lacune osseuse uni ou plurilobée bien limitée, au sein de laquelle se sont constituées des cloisons de refend.

L'os cortical est refoulé et aminci, permettant le passage de lésion dans la cavité voisine ou dans les tissus mous avoisinants.

Il est notable de constater que les structures nerveuses sont refoulées et respectées par le processus tumoral, ce qui explique le silence clinique et le retard de diagnostic.

Le scanner permet de déterminer les limites précises de l'envahissement osseux et donc l'acte chirurgical :

Aspect thérapeutique :

Une exérèse large doit être d'emblée envisagée pour limiter le risque de récurrence ou d'extension à la base du crâne.

La transformation maligne de l'améloblastome bien que rare justifie aussi cette chirurgie mutilante. Dans ce cas, elle est complétée par une radiothérapie.

➤ **Angiomes** : Anomalies vasculaires (6)

La plus part des anomalies vasculaires sont congénitales quelque soit l'âge auquel elle apparaissent. Elles ne sont pas héréditaires comme peuvent l'être certaines maladies comme l'hémophilie ou la fibrose kystique ; des recherches récentes mettent en évidence des facteurs génétiques qui pourraient être associés à ces anomalies. On en ignore la cause, leur prévalence dans la population serait de 1%.

Un hémangiome peut être sérieux, il peut laisser des cicatrices mais il ne posera pas de problème passé un certain âge. Par contre les angiomes plans et d'autres malformations vasculaires accompagnent généralement l'individu toute sa vie bien qu'on puisse les traiter dans presque tous les cas.

➤ **Lipome** : C'est une tumeur bénigne, généralement rencontrée dans les tissus sous-cutanés. Formée par une prolifération de tissu adipeux normal (nodule de un à plusieurs centimètres de diamètre et de consistance molle).

Le traitement se fait par ablation chirurgicale.

➤ **Papillome** : (7) Il se caractérise par une évolution locale lente, un potentiel ostéolytique, une tendance à la récurrence et un pouvoir de dégénérescence maligne. Il se développe à partir du méat et du cornet moyen vers les autres cavités sinusiennes. Le sinus maxillaire est le plus souvent touché avec 69%.
puis l'ethmoïde et le frontal ; l'atteinte du septum est rare.

-**Aspect clinique** : La symptomatologie initiale est une obstruction nasale unilatérale, rarement il existe une douleur et des épistaxis.

-**Traitement** : Le traitement consiste à une exérèse chirurgicale large et complète.

PATIENTS ET METHODES

Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHU-OS) de Bamako.

1. Type d'enquête et durée de l'étude :

L'enquête était de type rétrospectif, effectuée au CHU-OS de Bamako. L'étude a porté sur les patients qui ont consulté pour une tumeur des parties molles du massif facial suivis, hospitalisés entre le 01 janvier 2003 et le 31 décembre 2006.

Echantillonnage :

a. Critères d'inclusion :

Dans notre étude, étaient inclus tous les patients présentant une tumeur bénigne des parties molles maxillo-faciales et dont le diagnostic a été cliniquement, radiologiquement établi ou sur la base d'une biopsie.

b. Critères d'exclusion :

Tous les patients qui ont consulté pour toute autre pathologie et tout patient dont le dossier ne contenait pas d'informations sur la localisation précise de la tumeur et ou sur sa nature anatomopathologique.

2. Matériels utilisés :

- les registres de consultations du service de stomatologie du CHU-OS.
- les registres d'hospitalisation ;
- les dossiers médicaux des patients ;
- les fiches techniques.

3. procédure de collecte des données :

La collecte des données était faite à partir des registres de consultation stomatologique de janvier 2003 à décembre 2006 et les informations relevées étaient reportées sur une fiche technique préétablie.

4. Etude des variables :

Dans note étude, nous avons utilisé les paramètres suivants :

- a) Paramètres épidémiologiques :
 - Age.
 - Sexe.
 - Ethnie.
 - Profession.
- b) Paramètre historique.
- c) Type histologique de la tumeur.
- d) Paramètre clinique.
- e) Manifestation clinique.
- f) La localisation de la tumeur.
- g) Examen du patient.
- h) Traitement préconisé.
- i) Suivi et résultat.

5. présentation des résultats et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel Epi-info (version 6.04 fr, les calculs statistiques avec le chi2 non corrigé Yaalt de Pearson avec un risque alpha : 0,050%.

Une représentation tabulaire a été adoptée.

RESULTATS :

Tableau I : Distribution de l'effectif des patients en fonction des classes d'âges :

Classes d'âges (ans)	Effectif	Fréquence (%)
1-9	7	10,4
10-19	19	28,4
20-29	15	22,4
30-39	9	13,4
40-49	12	18
50-59	4	6
60-69	1	1,4
TOTAL	67	100

Les classes d'âges les plus représentées étaient celles de **10-19 ans** et **20-29 ans** avec des valeurs respectives de **28,4%** et **22,4%**, suivie de la classe **40-49 ans** avec **18%**

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

Occupations	Effectif	Fréquence (%)
Femmes au foyer	18	26,8
Agriculteurs	7	10,4
Elèves-Etudiants	20	30
Ouvrier	10	14,9
Autres	12	17,9
TOTAL	67	100

Dans notre étude, les **élèves et étudiants** ont représenté **30%** suivis des **femmes au foyer et les agriculteurs** avec respectivement **26,8%** et **8,9%**. **Autres** : Militaires 7,4%, retraités 6%, bergers 4,5%.

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

Résidences	Effectif	Fréquence (%)
District de Bamako	53	79
Kayes	2	3
Koulikoro	2	3
Ségou	4	6
Sikasso	1	1,5
Mopti	1	1,5
Tombouctou	1	1,5
Autres	3	4,5
Total	67	100

Les patients du district de **Bamako** ont représenté **79%**. Les villes de **Ségou 6%** , **Kayes et Koulikoro 3%** chacune.

Autres : Guinée Conakry **1,5%**, Côte d'Ivoire **1,5%**, Burkina Faso **1,5%**.

Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe :

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	29	43,3
Féminin	38	56,7
Total	67	100

Le **sex** **f**éminin a dominé dans notre étude avec **56,7%** des cas.

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bamanan	20	29,9
Malinké	11	16,4
Peulh	15	22,4
Autres	21	31,3
Total	67	100

Les ethnies **bamanan, peulh et malinké** ont représenté respectivement **29,9%, 22,4% et 16,4%**.

Les autres sont représentés par les Sonrhais 10%, sénoufo 9%, les dogons 7,5%, Mossi 1,5%, Baoulé 1,5% et Guinéen 1,5%.

Tableau VI : Répartition du siège de la pathologie:

Siège	Effectif	Fréquence %
Massif facial gauche	15	22,4
Massif facial central	18	26,8
Massif facial droit	14	20,9
Sous-maxillaire	5	7,5
Massifs faciaux	0	0
Massif lingual	15	22,4
Total	67	100

Dans notre étude le **massif facial central** a dominé avec un total de **26,8%**.

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'étude histologique :

Etude histologique	Effectif	Fréquence (%)
Effectuée	20	29,9
Non effectuée	47	70,1
Total	67	100

Dans notre étude, l'**étude histologique** a été effectuée chez **29,9% des patients**.

Tableau VIII : Distribution de l'effectif des patients selon le type histologique des tumeurs bénignes:

Type histologique	Effectif	Fréquence (%)
Améloblastome	2	10
Angiome	2	10
Hémangiome	4	20
Lipome	2	10
Papillome	3	15
Fibrome	3	15
Kyste	4	20
Total	20	100

Dans cette étude, l'**hémangiome** et les **kystes** ont été les types histologiques les plus fréquents avec **20%** des cas chacun.

Tableau IX : Distribution du type histologique en fonction de l'occupation des patients :

Type hist. Occupation	Am élob last ome	Angi ome	Hémang iome	Li po me	Pa pil lo me	Ky ste	Fibr ome	Effe ctif	Fréque nce%
Femme foyer	1	0	0	1	1	2	1	6	30
Agricult.	1	0	0	0	1	0	1	3	15
Elèves-étu.	0	1	2	0	0	2	1	6	30
Autres	0	1	2	1	1	0	0	5	25
Total	2	2	4	2	3	4	3	20	100

Dans notre étude, les **femmes au foyer** et les **élèves et étudiants** ont dominé avec **30%** chacun.

Tableau X : Distribution du type de lésions histologiques en fonction de la classe d'âge :

Classe d'âge Type histologique.	1- 9	10- 19	20- 29	30- 39	40- 49	50- 59	60- 69	Effectif	Fréquence %
Améloblastome	0	1	0	1	0	0	0	2	10
Angiome	1	1	0	0	0	0	0	2	10
Hémangiome	2	1	1	0	0	0	0	4	20
Lipome	1	0	0	1	0	0	0	2	10
Papillome	0	1	1	0	0	0	1	3	15
Kyste	0	0	1	0	2	1	0	4	20
Fibrome	0	0	1	1	1	0	0	3	15
Total	4	4	4	3	3	1	1	20	100

Dans notre étude, les **tranches d'âges** les plus fréquentes sont celles de **1 à 9 ans, 10-19 ans et 20-29 ans** avec **20%** pour chacune.

Tableau XI : Distribution des types de lésions histologiques en fonction de la résidence :

Types histolo. Résidences	Amélo Blasto me	Angi Ome	Héman giome	Lip ome	Papil lome	Kys Te	Fibro me	Effec tif	Fréqu ence %
Bamako	2	1	2	2	1	2	1	11	55
Ségou	0	1	0	0	1	0	0	2	10
Kayes	0	0	1	0	0	0	1	2	10
Mopti	0	0	0	0	0	1	0	1	5
Koulikoro	0	0	1	0	0	0	0	1	5
Sikasso	0	0	0	0	1	0	0	1	5
Tombouctou	0	0	0	0	0	1	0	1	5
Autre	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Total	2	2	4	2	3	4	3	20	100

Dans cette étude, la ville de **Bamako** a dominé avec **55%**.

Autre : Côte d'ivoire 5%.

Tableau XII: Distribution du sexe des patients en fonction de leur résidence :

Sexe Réside	Hommes	Femmes	TOTAL
District de Bko.	5	6	11
Kayes	1	1	2
Koulikoro	0	1	1
Sikasso	0	1	1
Ségou	1	1	2
Mopti	1	0	1
Tombouctou	0	1	1
Autre	0	1	1
TOTAL	8	12	20

Dans cette étude, le sexe féminin a dominé avec **un sex-ratio de 1,5.**

Autre : Côte d'Ivoire avec 5%.

Tableau XIII : Répartition des types histologiques des tumeurs bénignes en fonction du sexe

Sexe	Hommes	Femmes	Total
Type histologique			
Améloblastome	1	1	2
Angiome	1	1	2
Hémangiome	2	2	4
Lipome	1	1	2
Papillome	1	2	3
Fibrome	2	1	3
Kyste	1	3	4
Total	8	12	20

Dans cette étude, le sexe féminin a dominé avec un sex-ratio de **1,5**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

A) Limites et Difficultés de l'Etude :

Notre étude a porté sur 67 patients qui ont consulté pour tuméfaction bénigne des parties molles maxillo-faciales dans le CHU-OS de Bamako. Ils ont représenté 6,4% de la consultation stomatologique.

L'étude était de type rétrospectif, allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2006.

Notre étude avait pour but de dresser le profil épidémiologique, clinique, anatomo - pathologique et thérapeutique des tumeurs bénignes des parties molles maxillo-faciales au CHU-OS de Bamako.

Certaines limites pourraient apparaître dans notre travail au regard de cet objectif :

- le lieu choisi, limité seulement au CHU-OS
- l'échantillon restreint dû à l'exclusion de plusieurs cas dont la présomption clinique n'était pas confirmée par l'examen anatomopathologique.

Ainsi, l'appréciation de la fréquence réelle de ces tumeurs sur l'ensemble du territoire malien reste de ce fait difficile. Certaines difficultés ont été également constatées lors de notre étude telles que :

- le déficit de certaines informations dans les dossiers des malades recensés
- certains malades ont perdu de vue après le diagnostic clinique ce qui a contribué à limiter notre échantillon, l'histopathologie de la tumeur faisant défaut. Les patients étaient venus soit d'eux mêmes soit accompagnés de tierces personnes, soit orientés par d'autres services du pays.

En fait, l'ensemble de ces difficultés révèle l'intérêt d'un diagnostic précoce, car plus tôt la tumeur sera détectée et moins seront graves les séquelles esthétiques, et les ressources mobilisées seront limitées.

B) Les résultats :

Variables épidémiologiques

- sexe :

Les deux sexes sont concernés avec 60% pour le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,5. Ce même constat a été fait au Mali dans l'étude de Diombana M.L et Coll (**18**) où il y avait 60,77% pour le sexe féminin. Diarra Cheick A.T (**17**) lui avait trouvé pour le sexe masculin 54%. Au Cameroun TCHUENTE Tseme. C (**51**) a trouvé dans son étude une majorité d'hommes avec un sex-ratio de 1,3.

- Age :

Dans notre étude les classes d'âges les plus concernées ont été celles de 1-9, 10-19 ans et 20-29 avec 20% pour chaque classe. La moyenne d'âge a été 35,0 ans avec des âges extrêmes de 1 et 69 ans.

Les tumeurs du massif facial se voient à tous les âges principalement chez l'adulte jeune; cela a été constaté dans d'autres études comme celle de Diombana M.L et coll. (**18**) et Diarra C.A.T (**17**) au Mali et TCHUENTE Tseme C (**51**) au Cameroun et Cité Jellouli M et coll. (**27**) au Maroc.

- Ethnie :

Les **Bamanans** ont dominé notre étude avec une présence de **29,9%** suivis par les **Peulhs** avec **22,4%** les **Malinkés** **16,4%** les **Soninkés** **15%**.

- **L'occupation :**

Les **élèves et étudiants** et les **femmes au foyer** ont dominé avec **30%** pour chaque groupe.

- **Résidence :**

La majorité des patients dans notre étude était originaires du district de **Bamako** avec **55%**, de la région de **Ségou** et Kayes avec 10% chacune. Cela s'explique par le fait que le CHU-OS est à Bamako.

- **Résultat anatomo - pathologique :**

Dans notre étude les **hémangiomes** et les **kystes** ont dominé avec **20% chacun** suivis des **fibromes** et **papillomes** avec chacun **15%**, les **améloblastomes**, **lipomes**, **angiomes** ont **10%**.

Au Mali, le même constat a été signalé par **DIARRA C.A.T** avec **3,7%** pour chaque groupe : les **angiomes**, **kystes fibreux**, **papillomes**, **améloblastomes** et **fibromes**.

DIOMBANA M.L. dans son étude trouve que les **améloblastomes** sont **plus fréquents entre 25-45 ans (60% des cas)**.

Contrairement à d'autres études européennes ou l'**améloblastome** est décrit comme une tumeur de la **femme**, nous avons remarqué que il n'y avait pas de différence de sexe, tout comme celle réalisée au Cameroun par **TCHUENTE Tseme C.** qui trouva aussi **50%** pour chacun des **sexes**. **DIOMBANA** quant à lui trouvait une proportion d'**hommes** plus importante avec **54,5%**.

LOCALISATION : Dans notre étude, tous les deux cas d'**améloblastomes** étaient localisés à la mandibule, ce qui est conforme aux chiffres retrouvés dans la littérature avec 91% pour **DIOMBANA (18)**, 90% **TCHUENTE Tseme (51)** au Cameroun, 85% pour **ADEMOLA** au Nigeria (2) et 95% pour **TORRES** en Espagne(52).

CAS PARTICULIER DU FIBROME :

Dans notre étude les fibromes ont représenté 15% des tumeurs bénignes de la série tous retrouvés entre 20 et 49 ans ; par contre au Cameroun, **TCHUENTE Tseme** dans son étude trouva 7,34% des fibromes dans la série des tumeurs bénignes; tous les patients sont entre 21 et 25 ans.

En Cote d'Ivoire **ETTE** et **COLL** publiaient à cet effet 3 cas de fibromes chez des patients de 15, 13 et 17 ans.

Aspects Cliniques :

- Les tumeurs en général sont diagnostiquées tardivement dans notre pays; cela est dû à l'évolution frustrée des symptômes comme la rhinite grave, l'obstruction nasale n'incitant pas les malades à consulter, ces signes peuvent même induire un médecin non averti à les confondre aux pathologies comme la rhinite ou la sinusite.
- Le recours au traitement traditionnel en première intention par les patients est un grand facteur de retard de diagnostic de tumeurs bénignes maxillo-faciales.

Lantum Noni dans son abord de la médecine traditionnelle au Cameroun (31) rappelait à juste titre que « la conception des maladies par la population est influencée voire fondée sur des croyances socio culturelles, prédisposant celle-ci à imputer le mal à autrui ou aux forces occultes ».

C'est après l'échec des guérisseurs que les malades feront recours aux structures sanitaires.

Le retard dans le diagnostic des tumeurs maxillo-faciales a été également observé par certains auteurs :

Comme **Stavrianos et Coll.** à **New Castle** en Angleterre qui trouva un délai de diagnostic variant de 1 à 36 mois (**49**), **Tall et Coll.** à Dakar rapportaient quant à eux une durée moyenne de 24 mois après le début des symptômes; (**50**).

Le motif principal de consultation de nos patients était la tuméfaction faciale qui est en fait un signe d'extension de la tumeur.

Il existe une corrélation entre le délai de consultation et les motifs de consultation plus tôt les malades sont vus et différents seront les motifs de consultation.

Ainsi tout signe unilatéral rhino sinusien qui persiste malgré les traitements habituels devrait amener le praticien à rechercher une tumeur rhino sinusienne.

De même toute douleur ou chute dentaire ne doit pas forcément conduire à une extraction intempestive de la dent concernée, mais que des investigations plus poussées soient faites pour éliminer tout début de tumeur.

* **Aspects para cliniques** :

L'examen para clinique de choix et par excellence est le **scanner** dans les tumeurs maxillo-faciales (**36**).

Il permet d'évaluer les extensions loco-régionales de la tumeur, d'orienter la chirurgie et en conséquence de déterminer le pronostic.

Malgré son importance, aucun de nos patients n'a pu le faire, cela s'explique par son coût onéreux (45 000 FCFA).

*** Aspects anatomopathologiques :**

Dans notre étude il a été retrouvé une série de **types histologiques** ; dominée par les **hémangiomes et les kystes avec 20%** pour chacun suivis par les **fibromes et les papillomes avec 15% pour chacun** ; les **améloblastomes, les lipomes et les angiomes** ont chacun 10%.

Ces taux sont en rapport avec ceux retrouvés dans la littérature, **TCHUENTE Tsémé** dans son étude au Cameroun trouva **7,34% de fibromes**, 35,72% pour les améloblastomes, 14,29% pour les granulomes, 14,9% pour les dysplasies fibreuses et 7,1% pour les angiomyolipomes.

Diarra C. A. T trouva 3,7% pour les améloblastomes, angiomes, fibromes, kystes fibreux, papillomes et lipome, 11,2% pour les dysplasies fibreuses

Toutes les tranches d'âges sont concernées avec des fréquences plus importantes dans les tranches d'âge 1 à 29 ans.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

CONCLUSION :

Dans notre étude les types histologiques sont très variés, les **hémangiomes, les papillomes, les kystes, les fibromes** sont les **plus fréquents** et touchent plus les **femmes** que les **hommes** avec une fréquence de **60%**.

La **tuméfaction faciale** est le principal **motif de consultation**. Le problème de diagnostic positif tardif reste posé et cela est dû le plus souvent aux mauvaises conditions socio-économiques, à l'ignorance, à l'influence de la tradithérapie.

La **chirurgie** a été le traitement **le plus utilisé** dans cette étude ainsi que le **traitement par alcoolisation**.

Pour cette pathologie, un certain nombre de problèmes restent posés à savoir, le diagnostic positif tardif, l'absence de l'histologie et l'étiologie précises. Ces problèmes compromettent la prise en charge des patients. Pour une prise en charge plus efficace, il est nécessaire d'informer et de sensibiliser la population afin de dépister tôt la maladie.

Recommandations :

Nous proposons les recommandations suivantes qui s'adresseront respectivement :

A la population :

Consulter toujours au début des maladies dans un centre de santé de première intention, faire confiance aux praticiens et éviter « la fuite en avant » à l'annonce d'une maladie tumorale et de la nécessité d'une prise en charge correcte.

Aux personnels de santé :

-Eviter de traîner les patients dans un parcours thérapeutique surtout s'ils sont porteurs de symptomatologie traînante telle que la rhinite, les signes unilatéraux nasaux et les adénopathies cervicales.

-Savoir établir un échange fructueux entre les spécialistes.

-Se comporter en toute circonstance en pédagogue pour démystifier les pathologies tumorales auprès de la population.

Aux autorités :

-Informers, éduquer et sensibiliser la population sur la pathologie.

-Initier et encourager d'autres études prospectives afin d'avoir un aperçu meilleur de cette pathologie au Mali.

-Assurer la formation dans un profil chirurgical d'un plus grand nombre de spécialistes en odontostomatologie ; en ORL et en anatomopathologie afin d'améliorer les conditions de diagnostic et la formation continue de ceux déjà en place pour une prise en charge de ces pathologies tumorales.

-Rapprocher les spécialistes de la population en créant des services spécialisés dans les régions.

-Financer la santé des populations afin d'assurer la prise en charge des patients les plus démunis.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1- Ackerman GL, Altini M, Shear M:

The unicystic ameloblastoma. A clinico pathological study of 57 cases.

J. Oral Pathol Med 1988; 17: 541-546.

2- Ademola A. O, Sunday A, Oladepo A. E

Améloblastoma: clinical features and managements of 315 cases from Kaduna. Nigeria.

journal of cranio-maxillo-facial surgery, 1995, 21 (8) = 315-355.

3-Al Dewachi HS, Al Naib N, Sangal BC:

Benign chondroblastoma of the maxilla: a case report and review of chondroblastoma in facial bones.

Br. J Oral Surg 1980; 18: 150-156.

4-Altini M, Slabbert HD, Johnston T.

Papilliferous keratoameloblastoma.

J Oral pathol Med 1991; 20: 46-48.

5. Amiel H et Rouesse D.

Cancer de la tête et du cou.

Abrégé de cancérologie, 1984 ; Masson, paris

6-Assimakopoulos D, Malamou-Mitsi V, Skevas A:

Hémangiome capillaire de la cavité nasale. A propos d'un cas.

Rev. Stomato. Chir. Maxillo. Fac, 1993; 93(3) : 170-173.

7-Assimakopoulos D, Skevas A, Gianna Kopoulsx, Baia M, Daniellidis V.

Papillome inverse à double localisation:Fosse nasale et vessie.
A propos d'un cas.

Les cahiers d'ORL, 1992 ; XXVII (9) :414-418.

8-Auriol M. M, Y le charpentier

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

EMC (Elsevier Paris); 22-011-5-10, stomatologie 1997, 18 P.

9-Auriol M, Chomette G, Martino R, Bertrand JC, Guilbert F :

Myxome odontogène (à propos de 5 observations)
Etude histo-enzymologique et ultra-structurale.

J. Biol. buccale 1986 ; 14 :215-222.

10-Auriol M, Chomette G, Vaillant J M :

Fibrome améloblastique et odontome. Parentés histogénétiques.
A propos de 2 observations.

Arch Anat Cytol. Pathol. 1988 ; 36 :235-237.

11-Blinder D, Peleg M, Taicher S:

Surgical consideration in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle int.

J Oral Maxillofacial Surg 1993; 22: 163-165.

12-Brocheriou C, Auriol M, Bendjaballah F, Guilbert F:

Odontome améloblastique. Arch Anat Cytol Pathol 1972; 20: 71-76.

13-Budnick SD:

Compound and complex odontomas.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981; 51: 266-276.

14-Chomette G, Auriol M:

Histopathologie buccale et cervico-faciale.

Paris ; Masson, 1986 : 319p.

15-Chomette G, Auriol M, Labrousse F, Guilbert F :

Granulome réparateur à cellules géantes des maxillaires.

Etude morphologique, Rev Stomatol Chir. Maxillo-facial, 1989 ; 90 : 131-135.

16-Chomette G, Auriol M, Ragot J P :

Histiocytose X des maxillaires.II. Etude ultrastructurale, histo enzymologique et immuno-histochimique.

Rev Stomatol Chir. Maxillofac 1987 ; 88 : 339-344.

17-Diarra C.A.T :

Etude des tumeurs des parties molles maxillo-faciale à l'hôpital De KATI, MALI. Thèse med 2006.

18- Diombana M. L, Kussner H, Alhouseni Ag Mohamed, Penneau. M:

L'améloblastome des maxillaires à propos de 35 cas au service de stomatologie de l'hôpital de Kati (République du MALI).

Mali médical, 1994, tome VII, N° 1 et 2.

19 – Diombana M.L, Ag Mohamed, Kussner H, Doumbo O, 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 100 cas

Médecine d'Afrique Noire, 1998, 45.

20- Elbrando O, Sgaard H, Overgaard I.

Cancer of the nasal cavity and Para nasal sinuses.

A clinic pathological study of 277 patients, 1997 Acto Oncolo.368-45-50.

21 Favre Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y :

Tumeurs odontogéniques.

EMC (Elsevier, Paris).

Stomatologie-odontologie I, 22-062-F-10, 1995 :10p.

22- François M, De Gaudemar I. et Elmaleh M :

Tumeurs bénignes du nez et des sinus.

Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris- France).
Oto-rhino-laryngologie; 20-400 –A10, 1994, 8p.

23- Franklin CD, Pindborg JJ:

The calcifying epithelial odontogenic tumor: a review and analysis of 113 cases.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 42: 753-765.

24- Gardner GG:

A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma.

J. Oral Maxillofacial Surg 1984; 42: 161-166.

25- Généralité sur les tumeurs Necker Enfant malade:

Chapitre 8(En ligne) « file : /^\ P10\C\ Document%20 and %20 setting
\PC Mali. \Bureau\ chapitre % 208 -%20 G». Consulté le 05-08-2005.

26 -Guilbert F, Auriol M, Chomette G :

Tumeur épithéliale odontogène calcifiée bifocale (tumeur de Pindborg).
Etude morphologique et ultrastructurale.

Rev Stomatol Chir. Maxillofac 1984 ; 85 : 329-336.

27- Jellouli M, Gallet DE Santerreo et Coll:

Les tumeurs du massif facial.

A propos de 100 cas observés à l'institut Salah Azais de Tunis.

Cahier d'ORL XXII, 1987.

28- Kenta F :

Contribution à l'étude anatomo-clinique des tumeurs bénignes, ORL à Yaoundé, Cameroun à propos de 410 cas.

These, 1996; CUSS.

29-Kuepper RC, Harrigan WF:

Treatment of the mandibular cherubism.

J Oral Surg, 1978; 36: 638-649.

30- Kuhnel. W:

Atlas de poche d'histologie.

Flammarion Médecine Science, 1^{ère} édition, 1991; Paris.

31- Lantum N:

Oracle or special powers, traditional,

Medicine men of Cameroun. The case of bui division, Yaoundé.

32-Le Breuil F, Aubrespy P, Gola R, Lachard A, Micco C:

Fibromes desmoides du maxillaire inférieur : deux observations chez des enfants.

Arch nat. Cytol. Pathol. 1980, 28: 223-229.

33- Luce D, Rodriguez. J, Gerin M, Leclerc A, Goldberg M, Brugere J:

Les résultats préliminaires d'une enquête cas témoins portant sur les cancers des cavités naso-sinusiennes, aspects professionnels, 84^{ème} congrès Français, Paris. Septembre 1987.

34- Ménard PH, Pauzie F, Philippe B, Bertrand JC :

Tumeur brune de la mandibule et l'hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale chronique.

Rev Stomatol Chir. Maxillofac, 1993; 94:276-280.

35-Nelson SR, Schow SR; Read LA, Suane TJ:

Treatment of an extensive calcifying epithelial odontogenic of the mandibule. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50: 1126-1131.

36- Noubbouossie F:

Aspect scénographique des tumeurs malignes naso-sinusiennes à Yaoundé.

Thèse de medecines 2001.

37- Payen J, Brocheriou.

Kystes et tumeurs d'origine dentaire, classification
Revue de stomato. Paris, 1974, 75, (1) :11-75.

38-Pecheur A, De Clerq, Reychler H :

La tumeur odontogénique adénomatoïde. Rev Stomatol Chir. Maxillite, 1992; 93: 341-344.

39-Pindborg JJ:

Calcifying epithelial odontogenic tumour. Acta Pathol Microbiol Scand, 1991; 111: 71-75.

40-Pullon PA, Shafer WG, Elzay RP, Kerr DA, Corio RL:

Squamous odontogenic tumor: report of six cases of a previously undescribed lesion. Oral Surg Oral Med Pathol 1975; 40: 616-630.

41- Portam. N, Darrouzet J, Darrouzet J. M. :

Un siècle d'oto-rhino-laryngologie vu à travers la revue de laryngologie rhinologie. 1880-1980.

42-Pourier .J, Cohen. I, Gaudet J.

Embryologie Humaine,
Maloine 1985, Paris : 233-259

43-Reychler H :

Les tumeurs cartilagineuses des maxillaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 1988 ; 89 : 321-329.

44-Roujeau J, Chelloul M

Généralité sur les tumeurs. Abrégé d'anatomie pathologie générale. Masson 1968, PARIS =183-192.

45- Rouviere H:

Anatomie Humaine: tête et cou, 1960 TOME I.

46-Sentilhes C, Michaud J :

Lésion à cellules géantes du maxillaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 1986; 87:102-107.

47-Serre, Baldet:

Classification des tumeurs malignes primitives nasosinusiennes de l'adulte.

Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie. TOME XXXIII 1998, N° 8.

48-Sloot Weg PJ:

Odontogenic an analysis of the interrelationship of the mixed tumors. Ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma and the odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981; 51: 266-276.

49- Stavrianos S, Camilleri I, M. C Leon NR, Piggot TA Kelly C, Soames J. V:

Malignant tumors of the maxillary complex an 18 year review, British journal of plastic surgery, 1998 P.584-588.

50-Tall A.; Diouf R, N'Diaye I:

Les tumeurs de l'ethmoïde: Expérience de la clinique d'ORL du CHU Dakar, à propos de 20 cas.

Dakar médical 1998 ; 115. 101-5.

51-TCHUENTE Tseme Cyrille :

Etude des tumeurs maxillo-faciales à Yaoundé au Cameroun.

Thèse de médecine 2004.

52-Torres, J. Favre C DE Thierrens, Jaquard C, Jacquy N.

A propos de 3 tumeurs bénignes agressives du maxillaire supérieur.

Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie.
Tome XXXIII n°8, 1998.

53-Wayoff M, Jankowski. R, Han F:

Physiologie de la muqueuse respiratoire, nasale et troubles fonctionnels. Edition technique.

EMC ORL, 1991; 20290A10, Paris, FRANCE: 14

54- Wheackear P. R, Burkill G, Daniels V:

Histologie fonctionnelle.

Manuel et Atlas, 1979; Méd., PARIS.

55 -Zachariades N, Skordalaki A, Papanicolaou S, Androulakakis E, Nournias M :

Cementoblastoma: review of the literature and report of a case in a seven year-old girl. Br J Oral Maxillofac Surg 1985; 23: 456-462.

RESUME!

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

N° de la fiche

/ _ / / _ / / _ /

A. Identification du malade :

- a) Nom et Prénom : _____
- b) Age : _____
- c) Profession : _____
- d) Résidence : _____
- e) Ethnie : _____
- f) Motif de consultation : _____
- g) Sexe : _____

B. ANTECEDENTS :

1. Personnels :

a) Médicaux :

-HTA : / _ / -Diabète : / _ / -Etat bucco-dentaire : / _ /

b) Chirurgicaux : déjà opéré / _ /

c) Bilan biologique : / _ /

d) Risques professionnels : _ _ _ Alcool / _ / Tabac / _ /

2. Familiaux : Oui / _ / Non / _ /

C. EXAMEN CLINIQUE :

1. Etat général : Bon / _ / Passable / _ / Mauvais / _ /

2. Examen de la tumeur :

a) Siège : Massif maxillo-facial G / _ / D / _ / Les deux / _ /

b) Extension locorégionale :

-Implication du sinus : / _ / -Implication de l'œil / _ /

c) **Radiographie pulmonaire** (métastases) /__/

d) **Radiographie craniale**:/__/

D. EXAMEN PHYSIQUE :

-**Hépatomégalie** /__/ -**Splénomégalie** /__/ **Les deux** /__/

-**Examen cardio-pulmonaire (Auscultation)** /__/

-Autres /__/

E. PRISE EN CHARGE :

a) **Biopsie**:/__/

b) **Traitement médical** : /__/

c) **Traitement chirurgical** : /__/

d) **Technique d'opération** : _____

e) **Résultat** : **Bon** /__/ **satisfaisant**/__/**Mitigé** /__/**Non apprécié**/__/

f) **Survie post opératoire** :

2 mois/__/ **6 mois** /__/ **12 mois**/__/ **24 mois** /__/ **36 mois** /__/^

O=oui N=non F=féminin M=masculin

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : KEITA

Prénom : Namballa

Titre de la thèse : Contribution à l'étude des tumeurs bénignes des parties molles maxillo-faciales.

Année académique : 2007-2008.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Odontostomatologie ; anatomopathologie.

RESUME

Ce travail rapporte sur quatre années (01-2003 à 12-2006), les résultats d'une étude rétrospective réalisée sur les tumeurs bénignes des parties molles maxillo-faciales dans le service d'odontostomatologie du CHU-OS de Bamako ayant permis de colliger 67 cas. Sur les 67 cas de tumeurs colligés nous avons retrouvé 20 cas de tumeurs bénignes après les résultats des types histologiques soit 29,9%. Parmi les résultats des types histologiques, l'hémangiome et les kystes ont été les plus retrouvés avec pour chacun 20%.

D'autres tumeurs bénignes ont été notées aussi entre autres le papillome et le fibrome avec pour chacun 15%; l'améloblastome, l'angiome et le lipome ont chacun 10%.

Ces tumeurs bénignes n'ont pas posé de problèmes graves de prise en charge.

Mots clés: Odontostomatologie; tumeur bénigne; maxillo-faciale; partie molle.

SERMENT D'HYPPOCRATE :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.