

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année académique : 2009 / 2010

N° :...../

THESE

Etude épidémiologique et clinique
des tumeurs des lèvres et des
joues au CHU-OS de Bamako.
A propos de 37 cas

Présentée et soutenue publiquement le 2010
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
Odonto-Stomatologie

Par **Mr. YAYA SISSOKO**

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

JURY

Président : Pr. Alhousseini Ag Mohamed
Membre : Dr. Hamady Traoré
Co-directeur : Dr. Tiémoko Daniel Coulibaly
Directeur de thèse : Pr. Mamadou Lamine Diombana

DEDICACES

Nous dédions cette thèse

A notre mère Tiédjougou DIAKITE :

Ta sagesse, ta tendresse, ta docilité et la volonté de nous voir aller de l'avant ; nous ont comblé .nous garderons toujours dans l'esprit que nous devons cette réussite à tes immenses qualités de mère ; qu'Allah le tout puissant t'accorde encore une longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

A notre père Mamadou SISSOKO :

Ce n'est pas sans émotion que nous évoquons ici votre nom ; notre réussite a été votre priorité et voilà que vous pouvez assister à ce grand jour, fruit de vos efforts .

A nos frères : Arouna dit Brehima, Mariam Coumba, Waly , Moussa, Sory SISSOKO vous avez été remarquables pour ma réussite; que le tout puissant solidarise d'avantage nos liens car l'union fait la force ; ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

Au Professeur : Mamadou Lamine DIOMBANA

Les mots nous manquent pour vous remercier, nous avons été frappé par votre disponibilité, votre simplicité dans la vie courante ; que Dieu vous protège et vous donne longue vie.

Au Docteur : Tiémoko Daniel COULIBALY

Nous vous remercieront pour votre rigueur et votre participation dans la réalisation de cette thèse.

A notre oncle : Mandjou TOURE

Pour tous les soutiens que vous m'avez apportés tout au long de mes études qu'Allah vous accorde longue vie.

A notre femme : Mama TRAORE

Nous serons toujours reconnaissants pour tous les sacrifices consentis pour notre réussite; que Dieu t'accorde longévité, prospérité ; qu'il nous apporte tout le bonheur que nous désirons dans la vie.

A nos amis et frères : Adama DIALLO, Tiémoko DIALLO, Kokè TRAORE, Moussa Malick TRAORE, Balla CAMARA, Boubacar TRAORE, Boubacar NIARE merci d'avoir été toujours là ; que nos liens d'amitié se renforcent d'avantage.

A tous nos promotionnaires : Dr YaYa ONGOÏBA, Dr Bourama Daouda DIARRA, Dr Oumar COULIBALY, Dr Mamadou TOURE, Dr Mamadou DOUMBERE, Dr Mohamed BISSAN, Dr Jacques KANE, Dr Sanou COULIBALY, les moments passés resteront gravés dans notre pensée.

A tout le personnel du CHU-OS particulièrement Madame Sakiliba Ramata, Madame MAÏGA Fatoumata MAÏGA, Madame TRAORE Adja KONATE merci pour tous les soutiens; que Dieu vous accorde longévité, prospérité et santé.

A Dr. Bougadary COULIBALY

Pour votre contribution à notre formation avec une rigueur et une disponibilité que nous avons hautement appréciées.

A tout le personnel de la **clinique PITIE**

A tous ceux dont j'ai malheureusement oublié de mentionner le nom.

Nous profitons de cette occasion solennelle, pour rendre hommage :

AUX MEMBRES DU JURY

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail.

A notre Maître et **PRESIDENT du **JURY** :**

Professeur Alhousseini Ag Mohamed

- Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale à la **FMPOS** ;
- Chef de service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU-Gabriel Touré ;
- Président de l'Ordre National des Médecins du Mali ;
- Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et OdontoStomatologie ;
- Chevalier de l'Ordre National du Mali ;
- Chevalier de l'Ordre National de Lion du Sénégal.

Cher Maître,

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 impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et surtout votre disponibilité, votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être l'un de vos élèves.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre reconnaissance et notre grand respect.

A notre Maître et **JUGE :**

Docteur Hamady Traoré

- Maître Assistant d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale à la **FMPOS** ;
- Chef de service d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale de l'Hôpital « mère-enfant » Le Luxembourg ;
- Praticien hospitalier au CHUOS de Bamako.

Cher Maître,

Votre intégrité, votre calme et votre assiduité dans le travail font de vous un chercheur à imiter.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre profonde sympathie.

A notre Maître et Codirecteur de thèse :

Docteur Tiémoko Daniel Coulibaly

- Maître assistant en Odonto-Stomatologie et de chirurgie Maxillo faciale à la **FMPOS**.
- Chef de service de l'Odontologie Chirurgicale du **CHU-OS** de Bamako.
- Président du comité médical d'établissement du **CHUOS** de Bamako.

Cher Maître,

Votre disponibilité à notre égard pour le suivi de ce travail nous a permis de mieux vous côtoyer et d'apprécier votre simplicité, votre sympathie et vos conseils.

Veillez retrouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et DIRECTEUR de thèse :

Professeur Mamadou Lamine Diombana.

- Maître de conférences d'OdontoStomatologie et de chirurgie Maxillo faciale à la **FMPOS**;
- Directeur Général du **CHU-OS** de Bamako;
- Chef de service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale du **CHU-OS** de Bamako ;
- Ancien chef de service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale de l'Hôpital de Kati.
- Médaillé du mérite de la santé du Mali

Cher Maître,

Vous nous avez manifesté un attachement et une sympathie si rare depuis notre arrivée dans le service de stomatologie et de chirurgie Maxillo faciale du CHU-OS de Bamako que nous avons du mal à répondre.

Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre assiduité dans le travail et surtout votre abnégation font de vous un model pour nous.

Votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de patience, de paix et d'équité font de vous un maître estimé.

Nous vous prions ici cher maître, de croire à l'expression de notre indéfectible attachement et surtout de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien.

AIS : anti inflammatoire stéroïdien.

ASACO : association de santé communautaire.

ATB : antibiotique

CHU-OS : centre hospitalier universitaire d'odonto-stomatologie.

CNOS : centre national d'odonto-stomatologie.

CSCOM : centre de santé communautaire.

EHP : établissement hospitalier public.

EPA : établissement public à caractère administratif.

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

ORL : oto-rhino-laryngologie.

T1 et T2 : extension tumorale stade 1 et 2.

VDAS : Voie aéro-digestive supérieure

SOMMAIRE

	Pages
Introduction :.....	1

Généralités :.....	4
Objectifs:.....	5
Méthodologie :.....	35
Résultats :.....	40
Commentaires et discussion :.....	50
Conclusion et Recommandations :.....	54
Bibliographie :.....	56
Annexes :.....	61

PREAMBULE :

Le cancer des lèvres serait relativement fréquent en France (1 % de la morbidité des cancers observés). Il représenterait 10,50 % des cancers de la peau, 17,80 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures (enquête permanente cancer 1975-1982) **[13]**.

De 1800 à 2000 cas de cancers rien qu'au niveau de la lèvre inférieure sont observés chaque année en France selon J.M. DESCROZAILLES (1983).

Parmi les éléments susceptibles de favoriser les carcinomes, il en est deux qui par ailleurs interfèrent. Ce sont les facteurs héréditaires et le rôle des agents carcinogènes **[13]**.

L'alcool semble être le principal agent incriminé dans les cancers du larynx et de la cavité buccale, ainsi que l'œsophage **[3]**. Pour les sujets ayant fumé pendant dix ans, le risque serait de 7,30 % (pour une consommation quotidienne de 11 à 20 cigarettes) et de 10,50 % (pour une consommation supérieure à 30 cigarettes et davantage) **[3]**.

Dans ces statistiques citées, l'alcool serait également incriminé dans les cancers du larynx, et mieux des glandes salivaires et des sinus **[3]**.

Dans les pays occidentaux, les cancers de la face interne de la joue et de la région rétro molaire sont peu fréquents, de l'ordre de quatre à six pour 100.000 habitants.

Dans les différentes études, ils représentent 1% des cancers des VADS et 8 à 10% des cancers de la cavité buccale.

Sur 13415 cancers des VADS observés à l'institut GUSTAVE ROUSSY en France il a été observé 198 tumeurs malignes rétro molaires et 103 tumeurs malignes de la face interne de la joue (soit 1,4%et 0,76%).En

Inde, en revanche, la fréquence de ces cancers est beaucoup plus particulière les localisations à la face interne de la joue (de l'ordre de 24 pour 100.000 habitants). **[8]**

INTERET DU SUJET:

Il réside surtout dans le fait que :

- La méconnaissance voire la sous estimation de cette pathologie expose le patient à un préjudice fonctionnel et esthétique.
- Il en découle une mauvaise appréhension socioculturelle de cette pathologie.
- Son étiologie tout comme celle des tumeurs en général reste souvent inconnue.
- Toutefois il existe des facteurs favorisant leur survenue **[3]**.
- Ce sont des tumeurs pouvant évoluer vers des complications en absence d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge correcte.
- La sauvegarde des fonctions labiales joue un rôle d'esthétique majeur du visage, et pose des problèmes complexes liés au pronostic de l'affection **[20]**.

1- Objectif Général :

Etablir le profil épidémiologique, clinique des tumeurs des lèvres et des joues dans le Centre-Hospitalier-Universitaire d'Odontostomatologie (**CHU-OS**) de Bamako et sensibiliser le personnel socio-sanitaire sur la pathologie.

2- Objectifs spécifiques :

- Evaluer la fréquence des tumeurs des lèvres et des joues en milieu hospitalier.
- Dégager les caractéristiques épidémiologiques, sociodémographiques et cliniques des tumeurs des lèvres et des joues.
- Dégager quelques aspects de leur prise en charge.
- Evaluer leur traitement.
- Faire des recommandations.

A- DEFINITION :

Selon RAUJEAU et HELLOUL (1968), la tumeur est définie comme une néoformation tissulaire (plus ou moins volumineuse) qui ressemble (plus ou moins) au tissu normal homologue et qui a tendance à persister et à croître.

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

D'après AMIEL et ROUESSE, la tumeur est un trouble de la croissance tissulaire caractérisée par une prolifération excessive des cellules, sans rapport avec les lésions physiologiques de l'organe atteint. **[1, 10,23]**

Le caractère de bénignité se définit par opposition à la malignité : bonne délimitation des tissus voisins, qui sont refoulés et non envahis ; au mieux encapsulation, c'est-à-dire, enrobement du tissu tumoral par une enveloppe de tissu conjonctif permettant son énucléation ; absence de récurrence après exérèse complète ; et surtout absence de métastases.

Il faut rappeler que toute tumeur même à l'évidence bénigne de la cavité buccale doit faire l'objet d'un examen histopathologique. Même avec celui-ci, il est parfois difficile de distinguer une tumeur bénigne vraie d'une pseudo-tumeur, d'origine inflammatoire, dystrophique ou malformative. **[19]**

B- RAPPEL ANATOMIQUE :

1- Lèvres :

La région labiale comprend les deux lèvres qui sont deux replis souples et mobiles. Impaire et médiane, plus large que haute, elle comprend donc toutes les parties molles qui constituent les lèvres et forment la paroi antérieure de la cavité buccale.

De structure musculo-membraneuse, les lèvres s'unissent en dehors, pour former les commissures labiales, délimitant la fente buccale allant d'une commissure à l'autre.

Les lésions rencontrées en pratique odonto-stomatologique courante touchent essentiellement la face muqueuse des lèvres ; ainsi nous étudierons principalement cette région anatomique.

Du point de vue de leur structure, ils présentent d'arrière en avant cinq couches :

- **La peau :**

Epaisse, résistante, adhère aux faisceaux musculaires sous-jacents. Elle est riche en follicules pileux auxquels sont annexées de nombreuses glandes sébacées, et présente un important réseau lymphatique

- **Le tissu cellulaire sous-cutané :**

Il n'existe pratiquement que dans les parties latérales, le derme adhèrent intimement au muscle sous-jacent dans la partie moyenne.

- **La couche musculaire :**

Est constituée par les deux couches de l'orbiculaire des lèvres (orbiculaires interne et externe), la disposition de la couche interne

expliquant la tendance à l'écartement que présente certaines plaies et d'ulcérations dans cette région.

- **La couche glandulaire :**

Est faite d'une multitude de petites glandes salivaires, les glandes labiales, appelées aussi glandes salivaires accessoires serrées les unes contre les autres, formant une couche continue entre la face profonde de l'orbiculaire et la muqueuse.

Facilement palpables sous la forme de petites masses saillantes plus ou moins dures, ces glandes peuvent donner naissance à des kystes ou à d'autres tumeurs à la face interne de la lèvre. L'étude histologique de ces petites glandes accessoires est riche en renseignement dans le diagnostic de certaines pathologies (syndrome de GOUGEROT-SJOGREN).

- **La muqueuse labiale :**

De couleur rosée, présente une surface bosselée due aux glandes sous-jacentes. Au niveau des commissures, elle se continue sans démarcation avec la muqueuse génienne ; ainsi certaines lésions de la commissure peuvent chevaucher tant sur la partie muqueuse que la partie cutanée. Au niveau du bord adhérent des lèvres, cette muqueuse se réfléchit pour tapisser le rempart alvéolaire et devenir la muqueuse gingivale, formant à la jonction des deux, le sillon gingivo-labial. Sur la ligne médiane, au niveau de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure, la muqueuse forme un pli médian : le frein

La vascularisation des lèvres est assurée surtout par les artères coronaires, branches de l'artère faciale.

L'innervation motrice provient de la faciale sensitive, elle émane du nerf infra orbitaire pour la lèvre supérieure, du mentonnier pour la lèvre inférieure [7].

2- Joues :

La joue est la partie latérale et souple de la face, palpable de différentes façons (palpation externe directe ou palpation bi digitale par exemple) cette région anatomique est encadrée par les éléments d'un quadrilatère formé :

- en haut, par le bord inférieur de l'orbite, ou la ligne tragus aile du nez ;
- en bas, par le bord basilaire de la mandibule ;
- en arrière, par le bord antérieur du masséter ;
- en avant, par le sillon naso-labio-génien.

Elle comporte deux faces: l'une, **externe** ou **cutanée**, l'autre, **interne** ou **muqueuse**. [8]

Face interne de la joue

Elle est quadrilatère et limitée en haut et en bas par les sillons vestibulaires supérieur et inférieur , en arrière du masséter , en avant le sillon nasogénien.

Entre la peau, qui est épaisse et très vascularisée, et la muqueuse, s'étale un plan musculaire principal profond constitué par le muscle buccinateur tendu du ligament ptérygomaxillaire en avant ce muscle adhère à la muqueuse par un tissu conjonctif très dense.

Il est recouvert de l'aponévrose buccinatrice.

Ce plan musculo-aponévrotique constitue une barrière contre l'envahissement du plan sous-cutané par l'infiltration néoplasique.

Plus en surface, s'étale un plan musculaire superficiel discontinu constitué par les muscles peaucier qui convergent en avant vers la commissure labiale.

Entre ces deux plans musculaires, à la partie moyenne de la joue, se trouve délimité un espace triangulaire à base postérieure contenant :

- la boule graisseuse de BICHAT en arrière ;
- les vaisseaux faciaux, verticaux, accompagnés de lymphatiques ;
- le canal de Sténon, qui, après avoir contourné en dehors la boule graisseuse passe devant elle pour traverser le buccinateur à 1cm en avant du muscle masséter, et s'abouche au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure un court trajet sous muqueux ;
- les branches motrices du nerf facial destinées aux muscles peauciers à disposition horizontale ;
- des rameaux sensitifs, branches du trijumeau, en particulier le rameau buccal du nerf temporobuccal.

A la face profonde du muscle buccinateur se trouvent des glandes muqueuses.

-Drainage lymphatique

Le réseau lymphatique d'origine est constitué par un réseau sous muqueux très dense qui communique avec celui des lèvres en avant et celui du pilier antérieur en arrière.

Les voies de drainage gagnent les groupes sous-maxillaires et la région sous digastrique.

Vascularisation artérielle

Elle est assurée par des branches de la carotide externe.

Elle a été étudiée avec précision par Whetzel dans le but de rechercher de nouvelles entités pour prélever des lambeaux de réparation.

La partie antérieure de la face interne de la joue est vascularisée par l'artère labiale, branche de l'artère faciale.

La partie postérieure de la face interne de la joue ainsi que la région rétro -molaire sont vascularisée par l'artère buccale qui part de l'artère maxillaire, se dirige vers le buccinateur et se ramifie dans les parties molles de la joue ; l'artère palatine descendante donne des rameaux à la partie haute de la région rétro molaire. **[8]**

C- OBSERVATION CLINIQUE

I- CONDUITE DE L'EXAMEN CLINIQUE EN STOMATOLOGIE [17,21]

1- Interrogatoire

Il s'agit d'une étape très importante. Elle établit le premier contact médecin malade devant aboutir à l'amorce de rapport de confiance.

D'autre part, la qualité des informations du patient doit fournir une orientation diagnostique de départ.

Après avoir enregistré les données concernant l'état civil (nom, âge, profession et autres), le symptôme isolé ou l'éventail des symptômes conduisant à la consultation sont recueillies et analysées.

L'ancienneté des troubles, le mode évolutif depuis leur installation, compte tenu des éventuels traitements institués, sont précisés.

Il est important de laisser l'intéressé s'exprimer selon sa propre terminologie, en le guidant mais sans l'influencer. La notion d'un facteur déclenchant et les répercussions sur l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre, équilibre psychique) sont également des éléments à intégrer.

La recherche d'antécédent personnel, qu'il soit médical ou chirurgical, est systématique.

Elle est d'autant plus importante qu'un lien peut exister avec l'un d'entre eux et l'affection en cours.

Il peut être, par exemple, très utile de recueillir toute information, notamment anatomopathologique, sur une intervention d'exérèse datant de quelques années, telle la possibilité d'une métastase mandibulaire d'un cancer à distance apparemment guéri.

L'existence d'une allergie ou d'une thérapeutique en cours ainsi que l'état vaccinal et les habitudes de vie sont clairement demandés par le praticien.

En cas d'affection de nature congénitale, les antécédents héréditaires sont d'autant mieux recherchés.

2- Examen proprement dit

Il a pour but de dépister les signes objectifs de la maladie. Cette étape fait appel principalement à l'inspection et la palpation. La face étant

constituée de deux versants, l'un externe (la face proprement dite), l'autre interne (la cavité buccale), il est classique de diviser cet examen en deux temps, l'un exo buccal et l'autre endo-buccal.

Le sujet est installé confortablement et rassuré. Il convient de déposer d'un éclairage de bonne qualité (miroir de CLAR) et d'instruments adaptés (précelles, sondes, miroirs plans).

Examen exo buccal

L'inspection débute dès l'interrogatoire mais, elle doit se faire méthodiquement. La sphère cervico-faciale s'apprécie, étage par étage, selon trois incidences principales (face, profil, incidence axiale).

Sont analysés successivement :

- les téguments : lésions cutanées, tumeurs, éruptions, cicatrice.
- les déformations sous-jacentes. De face, la région concernée est comparée à l'étage controlatéral (exemple, abaissement du bord basilaire lors des hypocyloïdes). De profil, l'examen recherche un défaut de projection antéropostérieure d'un étage par rapport aux autres (exemple : recul de la lèvre supérieure témoin d'une rétro maxillaire). L'inspection axiale note les asymétries antéropostérieure droite gauche (exemple : défaut de projection antérieure de la pommette lors de fracture du malaire), mais aussi les anomalies dans le sens transversal ;
- la posture de la tête sur le cou, la motricité faciale.

La palpation permet d'apprécier la présence de douleurs provoquées, diffuses ou exquises, dont l'intensité peut être chiffrée, soit à l'aide

d'une échelle visuelle analogique, soit en utilisant des critères cliniques (grimaces associées, mouvements de retrait) ;

- les téguments et notamment leurs mobilités par rapport aux plans sous-jacents ;

- les tissus sous-jacents : sous-cutané, musculaire, ganglionnaire en précisant en cas de tuméfaction, la consistance (de type osseuse lors d'ostéome, rénitente lors de tumeur, ou au contraire, fluctuante lors de collection hématique ou purulente), la mobilité par rapport au plan profond, la présence d'un thrill palpatoire (avec ou sans souffle à l'auscultation),

- l'état des reliefs osseux, notamment en contexte de traumatologie (décalage, mobilité anormale, ressaut) souvent gêné par un œdème;

- la sensibilité faciale, les articulations temporo-mandibulaires....
Etudiées ultérieurement.

Examen endo-buccal

L'examen de la cavité buccale débute par une simple inspection en ouverture buccale.

Ce premier temps donne une vision partielle de la cavité buccale, principalement du palais, de la face interne des joues, des faces occlusales dentaires.

L'examineur demande ensuite au patient de tirer la langue, ce qui permet l'inspection d'une partie de l'oropharynx (pilier du voile, luette et paroi postérieure du pharynx).

Ce temps est capital chez l'enfant chez qui l'introduction prématurée d'un abaisse-langue risque de compromettre la poursuite de l'examen.

L'abaisse-langue est ensuite utilisé, avec douceur, sur la face latérale et ventrale de la langue, afin d'exposer les planchers latéraux et antérieurs. Il est souvent nécessaire afin de déplisser la face interne des joues et des vestibules et pour effacer le volume lingual afin d'apercevoir l'oropharynx. Enfin, l'inspection se termine par un examen au miroir plan préalablement chauffé, pour éviter la buée. Le miroir permet non seulement de visualiser les faces dentaires et les espaces inter dentaires, mais aussi l'oropharynx et la filière laryngée.

Dans ce cas, le praticien saisit la pointe de langue entre pouce et index sur une compresse et place le majeur sur l'arcade dentaire afin de maintenir l'ouverture buccale.

La traction de la langue en avant permet ainsi d'effacer sa base du champ d'examen. Afin de prévenir les réflexes nauséux, le praticien évite de toucher la muqueuse oro-pharyngée. Ceux -ci peuvent être prévenus chez les enfants ou les patients particulièrement sensibles par une anesthésie de contact (spray de Xylocaïne à 1 %, pastille de tétracaïne)

La palpation, temps essentiel, se pratique avec l'extrémité de l'index, protégé par un doigtier, ou avec plusieurs doigts.

Il est prudent d'interposer entre les arcades un abaisse-langue ou une cale, chez les sujets susceptibles de mordre (chez l'enfant notamment).

La palpation entraîne souvent un réflexe nauséux et doit plutôt être réalisée à la fin de l'examen. Le praticien analyse successivement les différents sites de la cavité buccale peu accessibles à la vue : plancher, langue mobile, base de langue.

Il peut par l'autre main ; s'aider d'une traction antérieure de la langue.

L'existence de douleurs provoquées est précisée ainsi que l'éventuelle présence d'une tuméfaction (en notant consistance et limites de l'infiltration), d'une hypo ou anesthésie, notamment dans le territoire lingual, d'un corps étranger oro-pharyngée.

L'examen dentaire de base fait appel aux miroirs plans et aux sondes dentaires (droite, coudée), pour la recherche de caries, mobilités dentaires, douleurs provoquées, poches parodontales.

3 - Examen général :

Un prélèvement sanguin est réalisé pour les examens biologiques.

La tension, le pouls, la température sont mesurés.

Examen clinique détaillé par région anatomique

Si un examen méthodique est nécessaire, celui-ci doit être orienté et approfondi selon l'orientation diagnostique recherchée.

Muqueuse buccale

L'examen des muqueuses buccales ne peut être schématisé, on peut cependant émettre un certain nombre de principes.

- Le diagnostic repose d'abord sur l'analyse minutieuse des lésions visibles et palpables, permettant l'identification des lésions élémentaires (érythèmes, macules, papules, érosions, ulcérations, tumeurs).

L'aspect (couleur, souplesse), la disposition (linéaire, annulaire, serpiginieuse), la topographie et le mode évolutif de ces lésions élémentaires apportent des données sémiologiques indispensables au diagnostic étiologique. Par exemple, devant une ulcération muqueuse, il convient de décrire le fond (induré orientant vers une

néoplasie, souple de type aphte ou post traumatique) et la périphérie (bourgeonnante et saignante au contact lors de tumeur maligne).

De même, en présence d'une tuméfaction muqueuse ou sous muqueuse (voussure), il est important de décrire le siège, les limites anatomiques, les dimensions, la consistance (osseuse en cas de torus ou de kyste de maxillaires, rénitence en cas de lésions malignes, fluctuante lors d'hématome ou d'abcès), la présence éventuelle d'un souffle.

- L'examen doit s'accompagner, dans la majorité des cas, d'un examen exo buccal, notamment surfaces cutanées et phanères, et d'un examen général orienté.

- L'examen histologique, aisément réalisé par la biopsie, est au mieux effectué par l'équipe médicale qui prend en charge le patient, afin de ne pas transformer la lésion (en lésion seconde).

L'histologie est souvent le moyen de confirmer l'«impression clinique».

Ainsi, on ne peut se contenter d'un diagnostic de « stomatite » qui regroupe toutes les atteintes inflammatoires de la muqueuse buccale. Au même titre, les lésions chroniques de la muqueuse buccale, parfois dénommées lésions blanches ou kératoses, rassemblent des maladies très diverses congénitales; réactionnelles (traumatique, actinique, tabagiques); infectieuses (Candidoses, SIDA), dermatologiques (lichen plan, lupus érythémateux) et dysplasiques (kératoses pré épithéliomateuses, carcinomes).

Orifice buccal et lèvres

Il s'agit du premier temps d'examen lorsque le patient entrouvre les lèvres. A l'état statique, sont analysés la forme et les dimensions de l'orifice buccal, l'état de la muqueuse labiale (sécheresse lors de ventilation buccale), la compétence labiale, alors que l'examen dynamique note principalement la tonicité labiale.

Les freins labiaux sont examinés selon leurs aspects, leurs longueurs (frein supérieur hypertrophique souvent associé à un diastème inter incisif) et leurs insertions (insertion papillaire du frein inférieur, à l'origine de récessions gingivales).

Langue

Cet organe est à observer sous un angle statique en appréciant sa forme (allongée, étroite), l'aspect de la muqueuse (hyperplasie de papilles, dépapillation entraînant une langue « géographique », ulcération) et son volume (macroglossie vraie ou relative fréquente macroglossie très rare).

La langue est ensuite étudiée au cours des différentes fonctions, déglutition et phonation, en notant sa position, sa mobilité et le rôle du frein (dont la brièveté peut entraîner une ankyloglossie avec impossibilité d'élévation ou de prostration linguale).

Glandes salivaires

L'interrogatoire est primordial à la recherche de symptômes et d'antécédents orientant vers une étiologie (tuméfactions rythmées par les repas en cas de pathologie lithiasique, sécheresse buccale ou nasale lors de syndrome de GOUGEROT-JÖGREN).

L'examen exo buccal apprécie en premier lieu la présence d'une tuméfaction (globale ou nodulaire, uni - bilatérale) et l'état cutané en

regard (inflammatoire lors de pathologie infectieuse ou tumorale) sur l'aire d'une glande salivaire.

La palpation bi digitale, endo et exo buccale, confirme l'origine salivaire de la tuméfaction et recherche la présence d'une éventuelle lithiase.

L'examen endo-buccal note l'aspect de la salive au niveau de l'ostium canalaire (épaisse, purulente) après expression manuelle de la glande concernée.

La recherche d'une voussure et le <<toucher pharyngien>> doivent être systématiques à la recherche d'une masse d'origine parotidienne.

Enfin, sont précisées la présence ou l'absence de signes d'accompagnement orientant vers une pathologie maligne : paralysie faciale (glande parotide), hypoesthésie linguale (glande sous mandibulaire), adénopathies cervicales.

Denture et parodonte

Cet examen s'intéresse à l'organe dentaire, mais aussi aux tissus de soutien voisins (cément, desmodonte, os alvéolaire et gencive).

Il vise à analyser :

- l'hygiène buccodentaire (gingivite et plaque tartrique), l'état des soins dentaires, l'haleine (halitose, éthylisme) ;
- les arcades dentaires : courbes de SPEE, encombrements ou malpositions dentaires, absences (agénésies, inclusions) et pertes dentaires (avulsions) ;
- l'organe dentaire : anomalies morphologiques (micro ou plus fréquemment macrodonties), abrasion, fractures et caries dentaires, anomalies de couleurs par comparaison aux autres dents (teinte

grisâtre en cas de mortification, plaque jaunâtre, dysplasie de l'émail), mobilités dentaires (transversale, axiale, douloureuse ou non), vitalités pulpaires (par des tests thermiques ou électriques), qualités des reconstructions prothétiques ;

- l'examen parodontal porte sur l'état de la gencive et notamment sur son aspect (habituellement rose pâle, mais rouge vif lors de gingivite odontalgique ou tartrique), sa consistance (normalement ferme et peu dépressive), son volume (augmenté lors de gingivite hypertrophique), ses attaches dentaires (récessions gingivales correspondant à une migration apicale de l'attache épithéliale au-delà de la jonction amélocémentaire).

Les poches parodontales sont appréciées par des sondes graduées et peuvent faire l'objet de prélèvement à visée bactériologique ;

- l'occlusion (ou articulé dentaire) est analysée en intercuspidation maximale. Le papier à articuler peut mettre en évidence des prématurités et interférences mineures, mais si importantes.

Massif facial osseux

Son étude est essentiellement envisagée dans le cadre de la traumatologie, des kystes, des tumeurs bénignes, des pseudotumeurs des maxillaires et de la chirurgie orthopédique des maxillaires, déjà traités.

Très accessible à la clinique, l'examen du massif facial est toujours comparatif et analysé dans les trois plans de l'espace (horizontal ou axial, frontal ou coronal, et sagittal).

La face peut se subdiviser en trois étages :

- inférieur, représenté par la mandibule ;

- moyen, compris entre l'arcade dentaire maxillaire et la ligne horizontale passant par la racine nasale et les sutures fronto-molaires.

Cet étage se subdivise, par une ligne verticale passant en dedans des pupilles, en un tiers médian (pyramide nasale et paroi interne, orbitaire) et en deux tiers latéraux (console zygomatique, parois et margelles orbitaires inférieure et externe) ;

- supérieur ou cranio-facial, comprenant une partie centrale fronto-glabellaire et deux régions latérales fronto-sphénoïdales.

Articulations Temporo-mandibulaires

Les manifestations cliniques d'une pathologie temporo-mandibulaires sont souvent d'un polymorphisme extrême, notamment ce qui concerne les douleurs.

- Les douleurs, classiquement localisées au niveau de l'interligne articulaire ou dans l'oreille, prédominent parfois sur le territoire d'un ou plusieurs muscles masticateurs.

- Plus trompeur, elles peuvent se résumer à des céphalées diversement interprétées par le patient, des douleurs périorbitaires, des manifestations ontologiques (otalgie, acouphènes), des cervicalgies.

- Les bruits décrits par le patient peuvent être retrouvés par le praticien à la palpation (ressaut) ou à l'auscultation (bruit).

Deux types de bruits sont possibles : les claquements (sonores et les crépitations (peu sonores et prolongées, de type « frottement de sable », traduisant plutôt une atteinte des surfaces articulaires osseux).

- La mobilité mandibulaire fait appel à l'étude de l'ouverture - fermeture buccale (normalement supérieure à 40 mm), la propulsion et les diductions droite et gauche, mesurées en millimètres.

Lors des deux premiers mouvements, la survenue d'une latéro-déviatation est précisée.

- Les manifestations alvéolo-dentaires fréquentes (douleurs ou abrasions dentaires, récessions gingivales...) siègent, le plus souvent, soit sur la dent responsable d'une prématurité, soit sur les dents antagonistes. Même en l'absence de point d'appel dentaire, la recherche d'un trouble de l'occlusion est la règle devant toute souffrance temporo-mandibulaire (articulation cranio-bicondylo-occlusale).

L'examen ne s'arrête pas au local, mais doit intégrer aussi l'étude de la statique cranio-rachidienne et la structure psychoaffective du patient, si souvent négligée.

Innervation faciale

La recherche d'un trouble sensitivomoteur facial doit être systématique dans de nombreux domaines traumatologie, oncologie, chirurgie buccale ou maxillaire.

Tout déficit, moteur ou sensitif, doit être précisé au patient et clairement noté dans le dossier, à plus forte raison avant une intervention chirurgicale afin que ce déficit ne soit pas imputé au geste opératoire.

La motricité de la face est principalement sous la dépendance du nerf facial (VII). Un déficit total (parésie) peut signer soit sur un des territoires, supérieur ou inférieur (d'origine soit centrale, soit

périphérique par atteinte des branches de division), soit sur les deux territoires (d'origine périphérique par lésion du tronc nerveux).

La paralysie faciale totale se traduit au repos par un effacement des rides frontales, la chute de la « queue » du sourcil, du sillon nasogénien et de la commissure labiale. Au cours de la mimique, les déviations s'accroissent, ou apparaissent si elles étaient peu marquées, avec la perte de la mobilité frontale et labiale du côté atteint et l'abolition de l'occlusion palpébrale (le globe oculaire se portant en haut et en dehors, décrivant le signe de CHARLES BELL).

Le nerf trijumeau (V) permet, par sa branche mandibulaire, l'innervation motrice des muscles masticateurs. Son atteinte se traduit par une amyotrophie temporo-massétérine.

La mobilité du globe oculaire est sous la dépendance de trois nerfs oculomoteurs.

L'atteinte du nerf moteur oculaire commun (III) entraîne une diplopie horizontale majorée dans toutes les directions et masquée par un ptôsis une impossibilité de mobilisation du globe oculaire et une mydriase aréflexique consensuelle ou directe.

La lésion des nerfs pathétique (IV) et moteur oculaire externe (VI) engendre une diplopie et une impossibilité de mobilité du globe oculaire, respectivement vers le bas et vers l'extérieur. Interviennent enfin dans la motricité endo-buccale et oro-pharyngée, le nerf glosso-pharyngien (IX) dont l'atteinte se traduit par une dysphagie non douloureuse et le signe du « rideau » ; ainsi que le nerf grand hypoglosse (XII), responsables de la mobilité linguale.

La sensibilité faciale est assurée par le nerf trijumeau. Ce nerf se divise en trois branches, définissant ainsi trois territoires.

Le nerf supra orbitaire, issu de la branche ophtalmique (V-1), assure la sensibilité de la région fronto-naso-palpébrale supérieure et de la cornée (l'anesthésie cornéenne est un excellent signe d'atteinte du trijumeau.)

Le nerf maxillaire (V-2), dont la branche terminale, le nerf infra orbitaire, émerge à 1cm au-dessous de la margelle du même nom, permet l'innervation sensitive de la partie supérieure des joues, des faces latérales de la pyramide nasale, de la pointe nasale, des paupières inférieures, de la muqueuse des fosses nasales, des cavités sinusiennes et des dents maxillaires.

Le nerf mandibulaire (V-3) se divise rapidement en nerf lingual destiné à l'hémi langue, en nerf buccal pour la face interne des joues, et en nerf alvéolaire inférieur.

Ce dernier permet la sensibilité des dents mandibulaires et par sa branche terminale mentonnière de la région labio-mentonnière, dont l'hypoesthésie constitue le classique signe de Vincent.

Le nerf facial intervient par l'intermédiaire du nerf intermédiaire de WRISBERG (VII bis), pour l'innervation de la zone de RAMSAY HUNT. Les régions cervicales sont innervées par les branches du plexus cervical superficiel.

Aires ganglionnaires cervico-faciales

La recherche d'adénopathie cervico-faciale est indispensable lors de tout examen clinique s'orientant vers un contexte néoplasique, mais aussi infectieux ou hématologique.

Après un premier temps d'inspection, l'examineur se place derrière le patient et réalise une palpation de la région cervicale en légère flexion.

Il doit préciser le nombre de ganglions (adénopathie unique ou poly adénopathie), leur siège (prétragien, parotido-masséterin, sous mental, sous mandibulaire, sous digastrique, spinal, jugulo-carotidien, sus claviculaire), leur taille dans le plus grand axe, leur consistance (indurée ou au contraire souple), leur sensibilité (indolore, sensible ou hyper algique), leur mobilité ou adhérence par rapport au plan superficiel et profond et leur évolutivité dans le temps.

Une ou plusieurs adénopathies cervicales dures, indolores, fixées aux plans voisins et de volume progressivement croissant doivent faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylo-tabagique.

Le contenu de chaque chapitre a été volontairement simplifié afin de pouvoir réaliser un inventaire systématique.

L'examen stomatologique n'est pas aussi complexe que la longueur de cette description pourrait le faire penser, mais il doit être méthodique et approfondi selon l'orientation recherchée.

La région cervico-faciale, souvent très accessible à l'examen clinique, permet dans de nombreux cas une orientation diagnostique clinique avant même la réalisation d'examens complémentaires.

Enfin, cette première étape dans la relation médecin malade doit reposer sur la confiance, avec toutes les conséquences qui en découlent **[17]**.

II - EXAMENS PARACLINIQUES :

Ils seront toujours déterminés par la clinique et comporteront : la cytologie, la biopsie, les examens de laboratoire et les examens radiologiques.

D- DESCRIPTION CLINIQUE :

I- Tumeur bénigne des lèvres :

Angiodysplasies : fréquentes, tumeurs vasculaires ayant des expressions histologiques et cliniques variées.

Parfois isolées ou survenant dans le cadre d'une angiomatose (maladie de STURGE WEBER, maladie de RENDU OSLER). Un bilan complet va

préciser le type de la lésion et recherche d'autres localisations angiomateuses (cérébrales).

En fonction de l'aspect clinique de la lésion et pour compléter le bilan, on peut être amené à demander une artériographie sélective qui va permettre la classification hémodynamique de l'Angiodysplasie.

Ainsi, on distingue :

- Les malformations vasculaires inactives ou à circulation lente : Angiomes capillaires, angiomes plans, malformations capillaro-veineuses, dysplasies veineuses profondes et cavernomes ;
- Les malformations actives ou à circulation rapide : malformations ou anévrysmes arterioveineux ;

Lymphangiomes : tumeur fréquente, molle, profonde, avec une muqueuse normale ou légèrement bleutée. L'exérèse chirurgicale est généralement simple.

Botriomycomes (ou granulome télangiectasique) : bourgeon charnu se présentant sous la forme d'une tumeur pédiculée saignant facilement au contact.

Adénome pléomorphe : rare, développé aux dépens d'une glande salivaire accessoire [19].

Kyste mucoïde ou salivaire, se caractérisant, au niveau de la lèvre inférieure, principalement, par une tumeur d'aspect transparent, véritable ampoule ou cloque légèrement bleutée contenant un liquide épais, clair et filtrant. [7]



Fig. 1: Kyste mucoïde : développé au niveau d'une glande salivaire accessoire .[7]

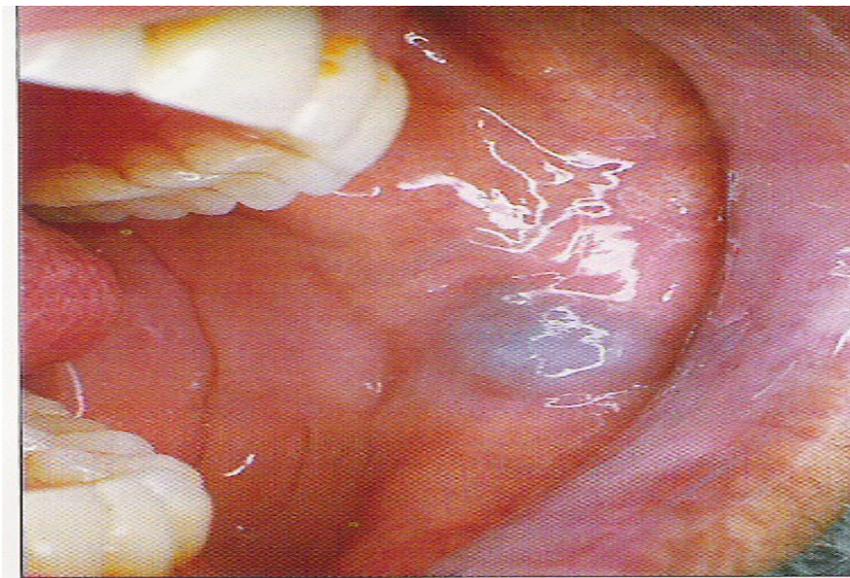


Fig. 2 : Kyste mucoïde de la joue. [7]

II- Tumeurs malignes des lèvres :

Elle concerne les deux lèvres et la commissure labiale, on s'intéresse tout particulièrement aux localisations muqueuses labiales inférieures qui représentent 90% des cancers **[4]**.

- Siège le plus fréquent : muqueuse sèche.
- Age souvent élevé (moyenne 65 ans).
- Typiquement : croûte recouvrant une petite ulcération indolore qui ne guérit jamais complètement.

Extension tumorale : plus volontiers vers la bouche que vers la peau, donc :

- Risque d'atteinte mandibulaire ;
- Pronostic sévère des extensions à la joue.

Examen des aires ganglionnaires cervicales : adénopathies tardives, fréquemment bilatérales, d'autant plus que la lésion est médiane.

Formes cliniques

1- Formes topographiques :

- **Lèvre supérieure** : localisation rare ;
- **Commissure labiale** : c'est-à-dire dans un cercle 1cm de rayon autour de la jonction des deux muqueuses labiales ;
 - Aspect volontiers fissuraire ;
 - Assimilables par leur évolution et leur pronostic aux cancers de la joue.

2- Formes macroscopiques :

- Ulcérovégétante la plus fréquente ;
- Bourgeonnante ;
- Infiltrante aux limites difficiles à préciser ;
- Lésions associées, multiples.

3- Formes anatomopathologiques :

- 90% d'épithéliomas spinocellulaires ou carcinomes épidermoïdes ;
- épithélioma basocellulaire ;
- sarcomes ;
- carcinomes des salivaires accessoires (carcinome adénoïde kystique) ;
- mélanome.

4- Etats précancéreux :

- chéilites abrasives ;
- dyskératoses ;
- maladie de Bowen ;
- kérato-acanthome.

TRAITEMENT :

La curiethérapie est très bien tolérée sur des tumeurs de volume restreint (T1, T2) avec un bon résultat fonctionnel.

La chirurgie est utilisable dans tous les cas, mais l'âge est souvent un obstacle aux exérèses larges, imposant une reconstruction par lambeaux.

Les résections labiales concernent des tissus richement innervés d'un point de vue sensitif et moteur. Leur reconstruction ne peut négliger ni leurs aspects esthétiques, particulièrement importants ni le

respect du couloir prothétique dentaire grâce à la restauration d'un vestibule buccal, classiquement des lambeaux locaux assurent une excellente reconstruction fonctionnelle et esthétique [5, 16, 18].

Les lambeaux fascio-cutanés sont réservés aux résections très larges et préférés aux lambeaux myo-cutanés, trop volumineux, et moins souples

Evolution : Risque de nécrose labiale après radiothérapie.

Survie globale à 5 ans: 64% [4].

III- Tumeurs bénignes de la joue :

Particulièrement fréquentes et diverses.

- . **Diapneusie** (ou condylome) : excroissance muqueuse bénigne en regard d'un diastème inter dentaire, produite par les efforts de succion.
- . **Fibrome** : tumeur conjonctive fréquente sur la face interne de la joue, ferme, reposant sur une muqueuse normale.
- . **Léiomyome, le rhabdomyome** [19].

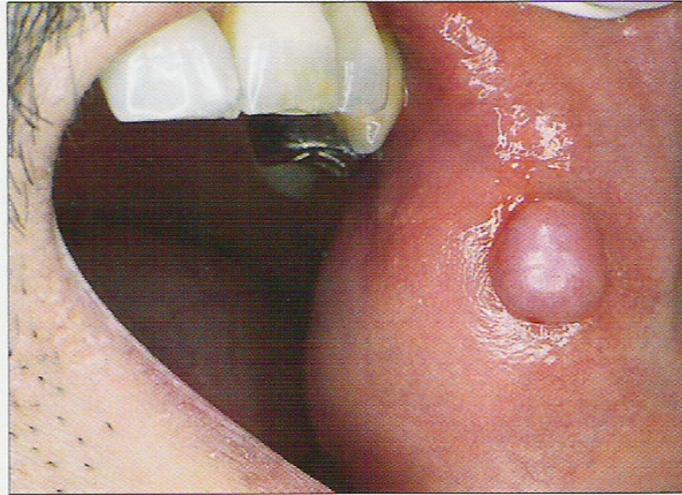
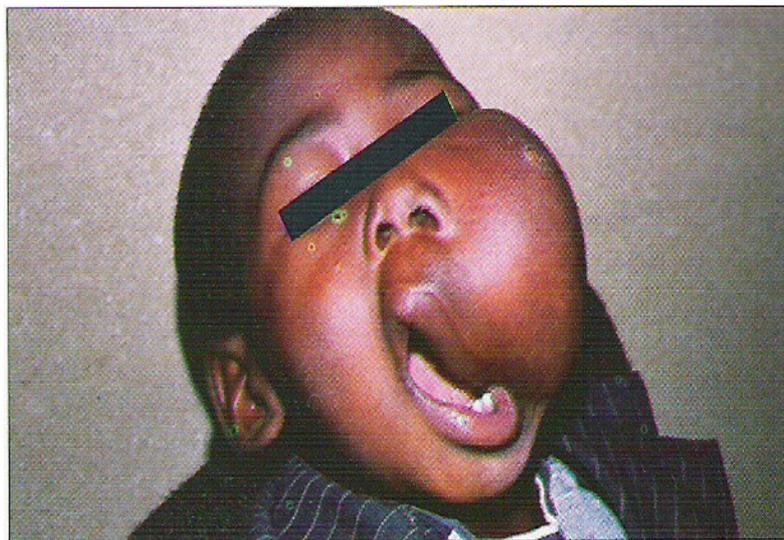


Fig. 3 : Fibrome muqueux jugal d'origine traumatique



Volumineux lymphangiome chez un enfant de 3 ans [7]

IV- Tumeurs malignes de la joue :

Cette localisation représente 2 à 3% des cancers de la cavité buccale [4].

1- Extension tumorale : intéresse

- en dehors : la peau ;
- en avant : la commissure labiale ;
- en haut et en bas : les sillons gingivo-jugaux ;

- en arrière : la commissure intermaxillaire (trismus) ;

Dans ces deux derniers cas, l'extension osseuse devient le risque principal.

La grande fréquence des extensions tumorales s'explique par l'absence de barrière anatomique à la diffusion néoplasique.

2-Formes cliniques :

- **Formes topographiques** : elles siègent, le plus souvent, dans la moitié inférieure.
- **Formes macroscopiques** : les formes ulcérées et bourgeonnantes sont les plus fréquentes.
- **Les anatomopathologiques** :
 - Epithélioma malpighien (carcinome épidermoïde) à **85 %**.
 - Adénocarcinomes ;
 - Lymphomes malins non hodgkiniens ;
 - Mélanomes malins ;
 - Tumeurs malignes d'origine nerveuse ou musculaire.
- **Les lésions précancéreuses** : sont particulièrement fréquentes dans cette région.

TRAITEMENT :

- Les limites imprécises de la région rendent difficile une exérèse chirurgicale suffisante.
- Une place importante est laissée à l' **endo curie thérapie**, associée ou non à la **radiothérapie externe**.

Perte de substance jugale : en ce qui concerne les pertes de substances jugales, la physiopathologie est identique à celle des résections labiales mais il faut ajouter le problème de résection performante, dans ce cas, les lambeaux fascio-cutanés semblent assurer plus de souplesse indispensable à une bonne ouverture buccale. Les lambeaux myo-cutanés sont souvent trop volumineux.

[25]

EVOLUTION :

La survie globale de **27 %** à 5 ans traduit bien les difficultés thérapeutiques et la gravité de cette localisation **[4]**.

1-) Lieu d'étude :

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

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

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

établissement hospitalier public (EHP) par la loi n° 03-23 / AN-RM du 14-07-03. **[12;9]**

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

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés, en matière d'odontostomatologie
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de santé bucco-dentaire
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine d'Odonto-Stomatologie.

'2-) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur tous les dossiers de cas de tumeurs des lèvres et des joues suivies au CHU-OS de Bamako.

3-) Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 01 Janvier 2004 au 31 décembre 2006.

4-) Population d'étude :

L'étude a concerné les patients ayant consulté en externe pour tumeur des lèvres et des joues au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale sans distinction d'âge et de sexe.

Il y avait 37 dossiers de patients sur un total de 6633 consultations soit **0,56 %**.

5-) Echantillonnage :

- Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

Les patients ayant consulté pour tumeur des lèvres et des joues dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Janvier 2004 à décembre 2006, qui avaient un dossier complet et qui ont accepté la prise en charge.

- Critère de non inclusion :

Ont été exclus de notre étude :

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

6-) Le recueil des données :

Nos sources d'information ont été :

- Les dossiers individuels des patients.
- Le registre de consultations du service.
- Le registre de compte rendu d'interventions du bloc opératoire.

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

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel **EPI INFO 6.1**. Un risque alpha de **0,05%** a été retenu. Une présentation tabulaire des données a été adoptée.

7-) Matériel utilisé :

- un fauteuil dentaire ;
- des miroirs plans buccaux avec manches ;
- des précelles ;
- un stérilisateur ;
- des pinces davières ;
- une seringue à capsules ;
- un bistouri ;
- de la xylocaïne 2 % (anesthésie locale) ;
- des compresses ;
- du coton hydrophile ;
- des fiches d'enquête ;
- de l'alcool 90° et de l'eau de javel 8° chl.

8-) Faisabilité :

Avantage :

- Avoir la prévalence hospitalière des tumeurs des lèvres et des joues.
- Connaître les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des tumeurs des lèvres et des joues.
- Connaître les aspects de leur prise en charge

Limites et difficultés de notre Etude :

Notre étude avait pour but d'étudier le profil épidémiologique et clinique des tumeurs des lèvres et des joues au CHU-OS de Bamako.

Certaines limites ont été observées au cours de notre étude.

- La faible taille de l'échantillon ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients consultent à un stade avancé rendant toute intervention difficile.

- Certains renseignements cliniques manquants ou insuffisants dans les comptes rendus.

Absence d'un bilan standard.

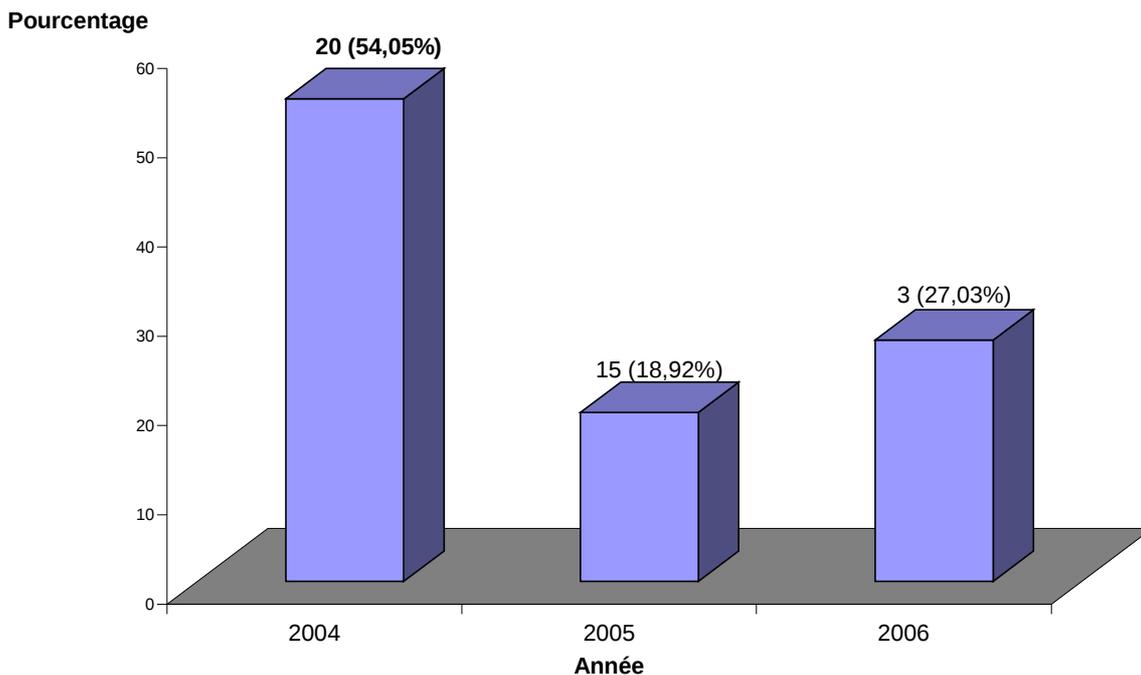
9-) Aspect éthique :

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

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

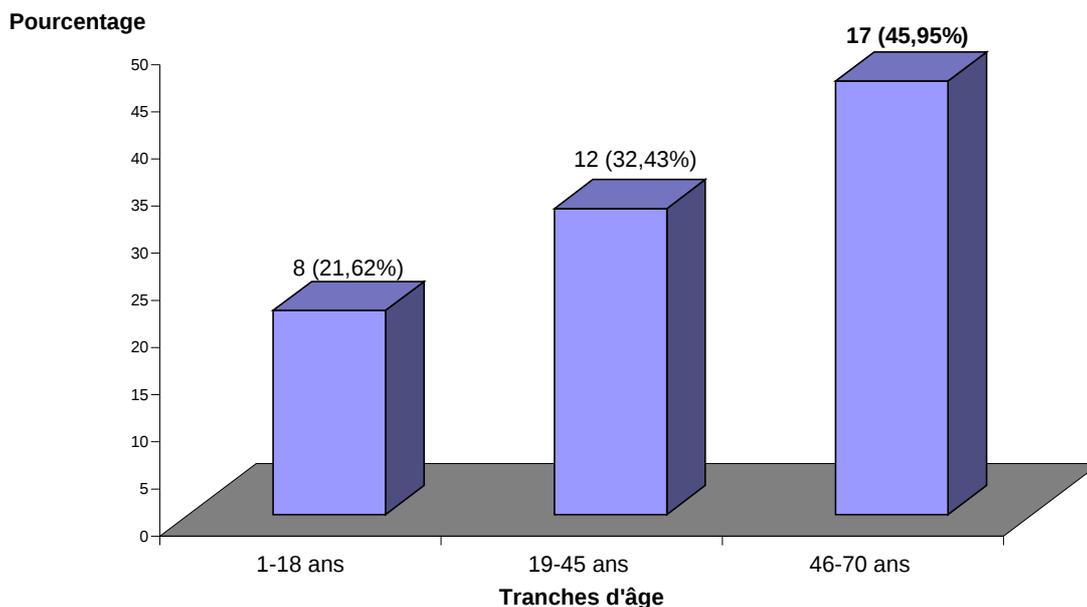
- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur le patient atteint de tumeur des lèvres et des joues et ses complications.

Figure 1 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'année de consultation.



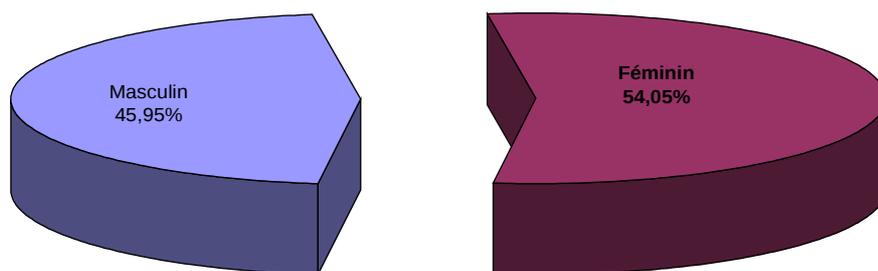
Le plus grand nombre de cas a été enregistré en 2004, 20 cas soit **54,05%**.

Figure 2 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'âge.



La Tranche d'âge la plus touchée a été celle de **46 - 70 ans** avec **45,95 %** des cas.

Figure 3 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe.



Le sexe féminin a représenté **54,05 %** des cas avec un *sex ratio* F/M de **1,17**.

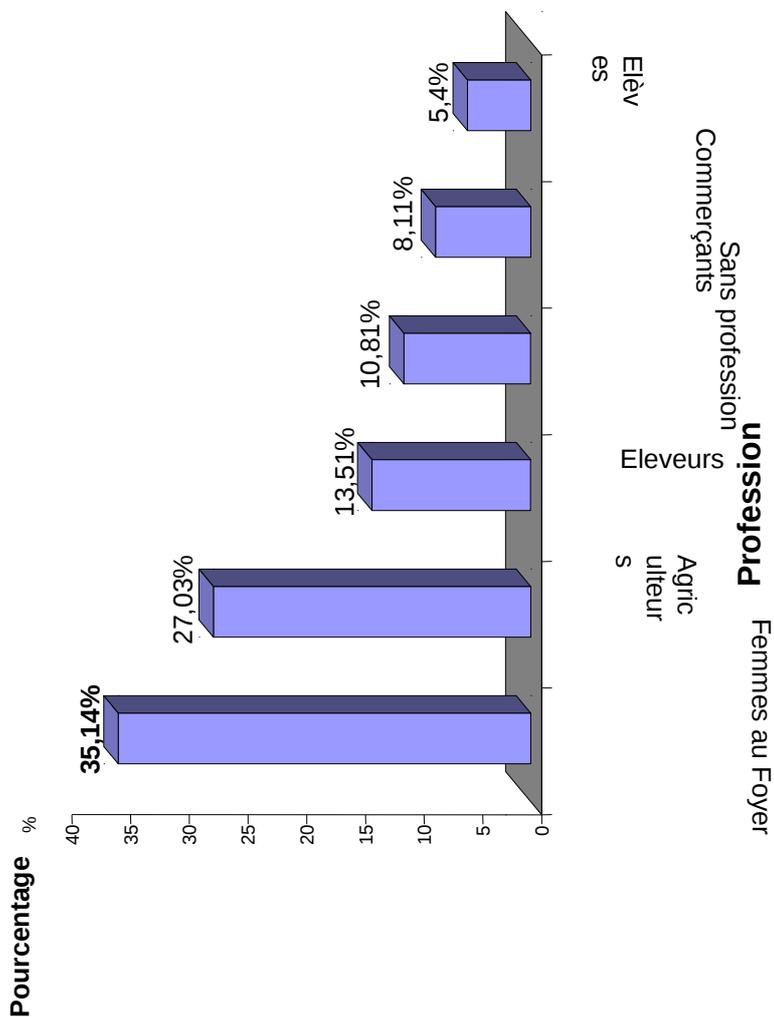
Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Fréquence %
--------	----------	-------------

Bamanans	12	32,43
Peulhs	10	27,03
Malinkés	7	18,92
Dogons	3	8,11
Soninkés	3	8,11
Sonrhais	2	5,40
Total	37	100

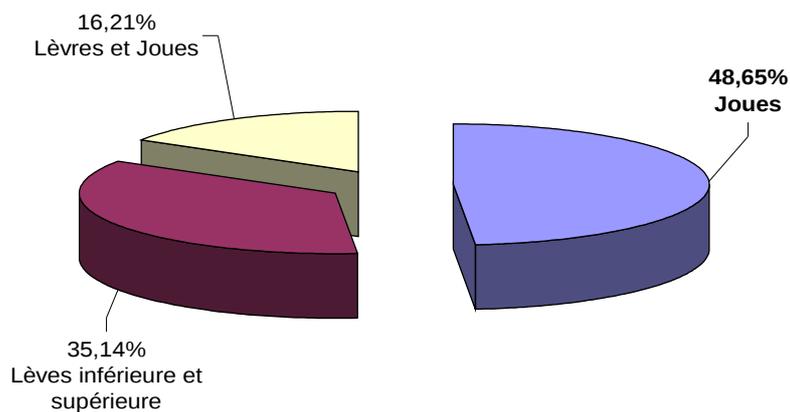
Les **Bamanans** ont représenté **32,43** % des cas.

Figure 4 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation



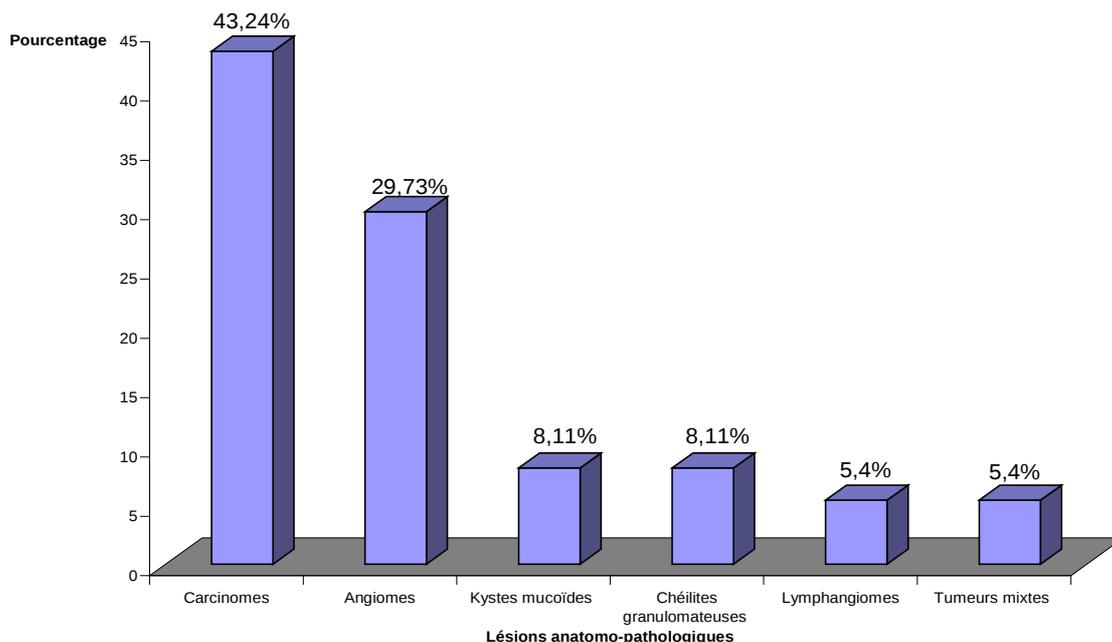
Les femmes au foyer ont représenté 35,14 % des cas.

Figure 5 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du siège de la tumeur



La localisation **jugale** était la plus fréquente avec **48,65 %** des cas.

Figure 6 : Répartition des patients en fonction des lésions anatomopathologiques.



Les **carcinomes** ont été les plus représentés avec **43,24 %** des cas.

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

Résidence	Effectif	Fréquence %
District de Bamako	9	24,32
Kayes	8	21,63
Koulikoro	6	16,21
Ségou	5	13,51
Sikasso	4	10,82
Mopti	3	8,11
Gao	2	5,40
Total	37	100

Les patients du district de Bamako, de Kayes et Koulikoro étaient plus représentés dans notre échantillon.

Tableau III: Répartition de l'effectif des patients en fonction du statut matrimonial.

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence %</i>
Marié(e)s	19	51,35
Célibataires	15	40,54
Veufs ou veuves	3	8,11
Total	37	100

Les **marié(e)s** ont représenté **51,35 %** des cas.

Tableau IV: Répartition de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation.

<i>Motif de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence %</i>
Gênes fonctionnelles et tuméfaction	19	51,35
Esthétique et tuméfaction	11	29,73
Tuméfaction et saignement	7	18,92
Total	37	100

Les gênes fonctionnelles et tuméfaction ont été le motif de consultation le plus fréquent avec **51,35 %** des cas.

Tableau V : Répartition de la classe d'âge en fonction du sexe.

<i>Sexe</i>	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Total</i>
<i>Tranches d'âge</i>			
1 - 18 ans	3	3	6
19 - 45 ans	7	5	12

46 - 70 ans	10	9	19
Total	20	17	37

$\chi^2=0,14$

$p=0,930$

ddl=2

Il n'existait pas une différence statistiquement significative entre le sexe et les tranches d'âge des patients.

Tableau VI : Répartition du siège de la tumeur en fonction de la classe d'âge.

<i>Siège</i>				
<i>Tranche d'âge</i>	<i>Joues</i>	<i>Lèvres inf. et sup.</i>	<i>Lèvres et joues</i>	<i>Total</i>
1-18 ans	5	2	1	8
19-45 ans	7	3	2	12
46-70 ans	8	6	3	17
Total	20	11	6	37
Test statistique	$p=0,721$	$p=0,792$	$p=0,947$	

Chi2= 11,89

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les tranches d'âge et le siège.

Tableau VII : Distribution des lésions anatomo-pathologiques en fonction de la tranche d'âge.

Tranches d'âge	1-18 ans	19-45 ans	46-70 ans	Test statistique
Lésions anatomo-pathologiques				
Carcinome	1	6	9	p=0,008
Angiome	6	4	1	p=0,028
Chéilite granulomateuse	0	1	2	p=0,349
Kyste	1	2	0	p=0,436
Lymphangiome	2	0	0	p=0,057
Tumeur mixte	0	2	0	p=0,212
Total	10	15	12	

Le carcinome était plus retrouvé dans la tranche d'âge **46-70 ans** avec une différence statistiquement significative.

L'angiome était plus retrouvé dans la tranche d'âge **1-18 ans** avec une différence statistiquement significative.

Tableau VIII: Distribution des lésions anatomo-pathologiques en fonction du sexe.

Sexe	Masculin	Féminin	Test statistique
Lésions anatomo-pathologiques			
Carcinome	7	9	p=0,815
Angiome	4	7	p=0,446
Chéilite granulomateuse	2	1	p=0,437
Kyste	1	2	p=0,562
Lymphangiome	2	0	p=0,207
Tumeur mixte	1	1	-
Total	17	20	

Chi2= 25,730

Les lésions étaient réparties entre les sexes sans différence statistiquement significative.

Entre janvier 2004 et décembre 2006, une étude rétrospective sur les tumeurs des lèvres et des joues fut entreprise au CHU-OS dans le service de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale de Bamako. . Le sexe féminin a représenté **54,05 %** avec un sex ratio de **1,17**.

La moyenne d'âge était de **40,35 ans** avec comme extrêmes, de **1** à **70 ans**.

1-Les données sociodémographiques.

1-1 Age :

La tranche d'âge **46-70 ans** a été la plus touchée avec **45,95 %** des cas selon notre étude. La moyenne d'âge a été de **40, 35 ans**.

BERTOIN P. dans son étude a trouvé une moyenne d'âge de **58 ans**, avec l'existence de la pathologie aussi chez les vieux éthylo-tabagiques de **85 ans [6]**. DIOMBANA ML, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ont trouvé **40,90 %** en faveur de la tranche d'âge de **19-45 ans** avec un âge moyen de **30,7 ans [13]**. BERNIER et CLARK cités par MAHE E. ont obtenu **71 %** des cas pour la tranche d'âge **20-44 ans [20]**. BARRELIER P et CLOUET JA (1980) trouvent un âge moyen de **64 ans** au centre Baclesse **[2]**.

KOWALSK a trouvé un âge moyen de **55 ans** à Sâopolo. Il est de **49 ans** pour FANG à Taiwan. **(8)**

EZZOUBI M, BENBRAHIM A, FIHRI JFASSI et AL ont trouvé un âge moyen de **59 ans** pour le cancer de la lèvre au Maroc. **(14)**

1-2 Sexe :

Le sexe **féminin** a représenté **54,05 %** des cas avec un *sex. ratio* de **1,17**.

URIST a trouvé **86,5%** de femmes dans l'ALABAMA. **(8)**

DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ont trouvé **54,50 % [13]** et BERTOIN P avec **90 %** en faveur du sexe masculin. **[6]**

Au Maroc EZZOUBI M ; BENBRAHIM A ; FHRI J FASSI et AL ont trouvé **7,3** pour le sexe ratio homme/femme. **[14]**

PONCET F ; DELAFOSSE P ; VELTIN N et AL ont trouvé que les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale des cancers de la lèvre varient de **0,2 à 3,9** chez les hommes et de **0,0 à 0,5** chez les femmes. **(22)**

1-3 Ethnie :

Les Bamanans ont représenté **32,43 %** des cas ; suivis des Peulhs, **27,03 %** des cas. Ces résultats sont analogues à ceux de DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ; qui avaient trouvé une prédominance des Bamanans à égalité avec les Peulhs à l'hôpital national de Kati; soit **25%** pour chaque ethnie **[13]**.

1-4 Profession :

Les femmes au foyer ont représenté **35,14 %** des cas. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des femmes dans notre étude, **54,05**

% des patients. Ce résultat est contraire à celui de DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL avec une prédominance des agriculteurs à l'hôpital de Kati, soit **36,40 %**. [13]

1-5 Siège :

La localisation **jugale** a été la plus représentée avec **48,65 %** des cas. DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ont trouvé aussi une prédominance au niveau de la joue en égalité avec celle des lèvres soit **36,40 %** chacun. [13]

Les statistiques de GILBERT et HOSXE G (1972), ont montré une localisation des lèvres représentant **80 à 95 %** des cas de cancers buccaux. [15]

DEHESIN.D et collaborateurs ont trouvé une localisation jugale de 10,50% pour les tumeurs de la cavité buccale. [11]

1-6 Résidence :

Le district de Bamako vient en tête avec **24,32 %** des cas devant la région de Kayes **21,62 %** des cas. Cela s'explique du fait que l'étude s'est déroulée à Bamako au CHU-OS dans le service de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale. DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL avaient trouvé une prédominance des patients de la région de Kayes, **34,10 %** des cas devant le district de Bamako en égalité avec la région de Koulikoro avec **15,90 %** chacun. [13]

1-7 Les lésions tumorales :

Les carcinomes épidermoïdes ont dominé avec **43,24 %** des cas. Ce résultat est similaire à celui de DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL avec **66,66 %** des cas. [13]

Dans les études de BERTOIN P le carcinome spinocellulaire représente **90 %** des tumeurs malignes; les adénocarcinomes

5 % du total. [6]

EZZOUBI M ; BENBRAHIM A ; FIHRI JFASSI et AL ont trouvé l'épithélioma-spino-cellulaire dans **85%** des cas et baso-cellulaire dans **14%** des cas. [14]

SIMART S a trouvé **90%** des carcinomes épidermoïdes. [24]

CONCLUSION :

Les tumeurs des lèvres et des joues existent au Mali. Nous avons trouvé 37 cas au cours de notre étude.

A travers cette étude dans le service de stomatologie et de chirurgie Maxillo faciale du CHU-OS de Bamako ; elles se présentent dans la majorité des cas comme étant une affection de l'adulte avec une moyenne d'âge de **40,35 ans**.

Elles affectent les deux sexes avec un *sex. Ratio* de 1,17 pour le sexe féminin.

Pour la population, l'étiologie de ces maladies serait en rapport avec les facteurs d'ordre parapsychologique et du sort ,d'où le retard ou l'absence de consultation pour certains malades.

RECOMMANDATIONS :

❖ Aux autorités sociosanitaires :

- Mener des actions d'IEC tendant à briser les anciennes conceptions de ces pathologies ;
- Encourager la formation des Spécialistes en stomatologie, en ORL et en Anatomopathologie en vue d'une meilleure prise en charge.

❖ **Au personnel socio-sanitaire :**

- Référer précocement les cas détectés aux spécialistes.

❖ **A la population :**

- Consulter de façon précoce au niveau d'un centre de santé ou hospitalier spécialisé en vue d'un diagnostic précoce et le traitement des cas.

BIBLIOGRAPHIE

1-

AMIEL H et ROUESSE D

Cancers de la tête et du cou.

Abrégé de cancérologie, 1984 ; Masson, Paris.

2- BARRELIER P et CLOUET JA

Cancer de la lèvre, facteurs étiologiques et antécédents.

Ouest Méd. 1980, 33 (21) : 1185-1188.

3- BEAUVILAIN C de MONTREUIL

Epidémiologie des voies aéro-digestives supérieures (à l'exception du cavum): Facteurs de risques.

EMC Paris ORL, 20880 A20, 1^{ère} Edit, 10-1986-C.

4- BENADIBA L et LEVY J

Chirurgie maxillo-faciale - stomatologie - chirurgie plastique

2^{ème} Edition. Paris VG 1999

5-BERNARD C

Cancer de la lèvre inférieure, restauration à l'aide des lambeaux

Scalpel 1852 ; 5, 162-4

6-BERTOIN-P

Cancer de la cavité buccale.

EMC Paris stomatologie 22063A10, 11-1984.

7- BRETON L G

Traité de sémiologie et clinique d'Odonto-Stomatologie. 1997
éditions cdp

8-Cancer de la face interne de la joue et de la région rétro molaire -encyclopédie- médicale

<http://www.medix.free.fr/cours/cancers-retromolaire.php>
Du 13/07/2009

9- CNOS

Rapport du conseil d'administration du 14/07/2003.

10- CYRILLE T T

Etude des tumeurs maxillo-faciales à Yaoundé (Cameroun). Aspects épidémiologiques cliniques et anatomopathologiques. Thèse de médecine 2003-2004

EMC Paris stomatologie 22063A10, 11-1984.

11-DEHESIN D, CAUCHOIS P, GUITRANCOURT J A

Tumeur de la joue et de la région rétro molaire.

EMC Paris ORL, 20627C10, 4-1984.

12- DEMBELE A

Etude épidémiologique et clinique de la candidose bucco-pharyngée
au Centre National d'Odonto-Stomatologie (CNOS) du Mali.

These Med, Bamako, 2007; 42-3p.

13- DIOMBANA M L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL

Tumeurs de la lèvre et des joues à l'hôpital de Kati;

Rep Mali. Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43p.

14-EZZOUBI M, BENBRAHIM A, FIGHRI J FASSI et AL

La reconstruction après exérèse carcinologique des cancers des
lèvres, à propos de 100 cas.

CHU Ibn Rochd, service des brûlés et de chirurgie plastique
Casablanca Maroc

<http://cat.inist.fr/?a=Modèle=affiche&cp=sidt=17270050>.

15- GILBERT G et HOSXE G

Traitement des tumeurs malignes de la cavité buccale.

EMC Paris Stomatologie, 22055 A10, 10-1972.

16-JORTAY.A.M

Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des
cancers bucco pharyngés

Edition E.DK, Paris 1998. Edition E.DK, Paris 1998

17- KONE S

Etude épidémiologique et clinique des épulis au CHU-OS au Mali. Thèse Med, Bamako, 2008.

18-KUTTENBERGER JJ, HARDT N

Results of a modified staircase technic for reconstruction of the lower lip j craniomaxillofac.

Surg 1997, 25; 239-44 TU

19- LEZY JP et PRINCE G

Stomatologie et pathologie Maxillo-faciale

Masson. 2^{ème} Edition Masson, Paris 1997 ISBN 2-225-85575-7

20- MAHE E., ASTIER P., FACHELOT F. et AL.

Tumeurs bénignes et malignes des lèvres.

EMC Paris Stomatologie, 20625 A10, 12-1984.

21- MALADIERE E, BADO F et MENINGAUD JP

Examen Clinique en Stomatologie.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie/Odontologie - Tome 8 ; 22-010. A-10, 1999, 6p.

22-PONCET F, DELAFOSSE P, VELTEN M et AL.

Suivi des patients atteints de cancer en France

<http://www.springerlink.com/content/X782272356k44220/>

Du 12/07/2009

23- ROUJEAU J, CHELLOUL N

Généralité sur les tumeurs,

Abrégé d'anatomie pathologie générale 1968 ; Masson, Paris ; 183-192.

24-SIMART S

Les cancers de la cavité buccale et leur traitement

<http://www.dentalespace.com/dentiste>

Mise en ligne: 04 février 2002 /vus:71591

25- WILK R.M, POTTER B.E

Soft tissue reconstruction, of tumor defects in the head and neck

Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1997, 477-88.

FICHE D'ENQUETE

N° du dossier:.....

Date de consultation :.....

I- IDENTIFICATION :

Nom :...../ Prénom :...../

Age :...../

Sexe :...../

Résidence :...../ Profession :...../

Nationalité :...../ Ethnie :...../

Statut matrimonial : Marié(e)...../

Célibataire :...../

II- MOTIF DE CONSULTATION :

Douleur :...../ Gêne fonctionnelle :...../

Esthétique :...../

Tuméfaction :...../ Saignement :...../

Autre :...../

III- SIEGE DE LA LESION :

Joue :...../

Joue et lèvre :...../

Lèvre supérieure :...../

Lèvre inférieure :...../

IV- DIAGNOSTICS :

— **Clinique :**

Douleur :...../
fonctionnelle :...../
Tuméfaction :...../
Saignement :...../

Gêne

Para clinique :

Examen anatomopathologique : Oui:...../
Non :...../

Si Oui, le résultat :.....

Examens biologiques : Oui :...../
Non :...../

Si Oui, préciser :.....

Examens radiologiques : Oui :...../
Non :...../

Si Oui, préciser :.....

V- CONDUITE THERAPEUTIQUE :

Chirurgicale :.....

Médicale :

Antiseptique :...../

Antalgique :...../

ATB :...../

AINS :...../

AIS :...../

Antipyrétique :...../

Topique :...../

Psychotrope :...../

Anesthésique :...../

Adjuvant :...../

Hospitalisation :

Oui :...../

Non :...../

Remarque :

Oui :...../

Non :...../

VI- EVOLUTION :

A court terme :

Favorable :...../

Défavorable :...../

Complication :...../

A long terme :

Favorable :...../

Défavorable :...../

Complication :...../

VII- SEQUELLES :

Oui :...../

Non :...../

Si Oui, préciser :.....

VII- PRONOSTIC :

Bon :..... /

Mauvais :...../

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SISSOKO

Prénom : Yaya

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et clinique des tumeurs des lèvres et des joues au CHU-OS :à propos de 37cas

Année universitaire : 2009-2010

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Centre d'intérêt : Odonto-Stomatologie, ORL et Chirurgie cervicofaciale , Anatomo-pathologie.

Résumé :

De Janvier 2004 à décembre 2006, nous avons mené une étude rétrospective sur les tumeurs des lèvres et des joues dans le service de stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako avec pour objectif d'étudier leur profil épidémiologique et clinique.

Au total **37** cas de tumeurs des lèvres et des joues ont été colligés parmi lesquels **45,95 %** d'hommes et **54,05 %** de femmes. La classe d'âge la plus touchée était celle de **46-70 ans (43,95 %)** avec une moyenne d'âge de **40,35 ans**.

Le District de Bamako (**24,32 %**), les femmes au foyer (**35,14 %**) et l'ethnie Bamanan (**32,43 %**) ont été les plus représentées.

Sur le plan anatomo-pathologique, les carcinomes (**43,24 %**) ont été les plus représentés.

Mots clés : tumeur, stomatologie, anatomo-pathologie.

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'honoraire.

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !!!