

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2022- 2023

Mémoire

N°...../

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS MAXILLO-
FACIALES “HISTORIQUES” AU CENTRE
NATIONAL D'ODONTO-STOMATOLOGIE PR
HAMADY TRAORE

Présenté et soutenu publiquement le 04/11/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Dr Sinaly THIOCARY

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) en
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale**

JURY

Président : Pr Drissa TRAORE

Membre : Pr Boubacar BA

Co-directeur: Pr Saliou ADAM

Directeur : Pr Amady COULIBALY

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Par la bonté de DIEU Le Tout Puissant, créateur du ciel et de la terre, de l'univers visible et invisible. Dieu le Clément, le Miséricordieux, le très Miséricordieux.

Par la grâce, tu nous as permis de mener à terme ce travail si long et pénible en nous donnant une bonne santé et courage. Sache que je me référerai toujours à Toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie.

Nous te prions d'accepter que nous restions sous ta protection.

A toute la famille : THIOCARY, KOUREICHI ET TOURE

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel nous avons bénéficié de l'encadrement, des encouragements et du soutien de tous, nous tenons à dire profondément et sincèrement merci.

A notre épouse et les filles : Ce travail est devenu réalisable grâce à votre patience et vos encouragements. Merci pour tout.

Au personnel du Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre

Hospitalier Universitaire de Bamako Pr HT :

Hommage à notre cher Maître : Pr Hamady TRAORE, Dieu Le Tout Puissant par sa volonté n'a pas voulu que vous soyez présent ce jour. Vos conseils resteront graver dans nos mémoires. Dormez en paix Cher Maître, qu'Allah vous accueille dans son paradis. Amine !

A nos Chers Maîtres et praticiens hospitaliers : Pr Drissa TRAORE, Pr Boubacar BA, Pr Amady COULIBALY, Pr Adam SALIOU, Dr Alphousseïny TOURE, Dr Abdoulaye KASSAMBARA, Dr KOITA Hapssa, Dr KONE Rokiatou, Dr Yaya SISSOKO, Dr KEITA Kadia et les autres personnels, vous nous avez adopté dès le premier jour de notre stage, nous avons beaucoup appris auprès de vous.

Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

A tous nos collègues Docteurs en Spécialisation. Pour votre collaboration **Aux personnels de l'unité d'otorhinolaryngologie du CSRef CV du District de Bamako.** Merci pour votre soutien et votre respect à notre égard.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour la réalisation de ce travail.

A nos maîtres de la Faculté :

Nous réitérons nos remerciements à nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie plus particulièrement ceux du service de SCMF du CHU-CNOS Pr HT, qui n'ont ménagé aucun effort pour nous rassurer dans le travail.

A notre patrie : Le Mali

Merci chère patrie pour nous avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses qu'un homme puisse posséder et de nous y avoir facilité, en nous octroyant les moyens humains, matériels et financiers.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent.

CHU-CNOS Pr HT : Centre National d'Odonto-Stomatologie

Centre Hospitalier Universitaire Professeur Hamady TRAORE.

CSRef : Centre de Sante de Référence.

CV : Commune V

DES : Diplôme d'étude spécialisé.

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie.

ORL : Otorhinolaryngologie.

SCMF : Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

TDD : Type de description.

TDM : Tomodensitométrie.

3D : Tridimensionnel.

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.....	41
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.....	41
Tableau III : Répartition des patients en fonction des professions	42
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du niveau socioéconomique	42
Tableau V : Répartition des patients en fonction de la résidence.....	43
Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution.....	44
Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'état général.....	44
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la présence d'adénopathie.....	45
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du siège des tumeurs.....	45
Tableau X : Répartition des patients selon l'aspect de peau.....	46
Tableau XI : Répartition des patients selon la consistance de la tumeur.....	46
Tableau XII : Répartition des patients selon des limites de la tumeur.....	46
Tableau XIII : Répartition des patients selon la mobilité de la tumeur.....	47
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la taille des tumeurs.....	47
Tableau XV : Répartition des patients selon l'aspect de la muqueuse buccale.....	47
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des signes dentaires	48
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des examens complémentaires.....	48
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du type histologique.....	49

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de voie d'abord chirurgicale.....	49
Tableau XX : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie.....	50
Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du matériel de reconstruction.....	50
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des complications post-opératoires.....	51
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la durée du suivi.....	51
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de récurrence tumorale.....	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les trois étages de la face : supérieur, moyen, inférieur.....	17
Figure 2 : Situation générale des glandes salivaires principales	20
Figure 3 : Améloblastome surinfectée avec ulcération bourgeonnante	23
Figure 4 : Empreinte et déplacement dentaire	24
Figure 5 : TDM montrant des images poly géodiques	26
Figure 6 : Répartition des patients en fonction de l'année de prise en charge.....	40
Figure 7 : Vue de face avant la chirurgie.....	73
Figure 8 : Aspect TDM reconstruction 3D lyse osseuse.....	73
Figure 9 : Image pièce d'exérèse.....	73
Figure 10 : Image peropératoire.....	73
Figure 11 : Image postopératoire 2 mois après.....	73
Figure 12 : Vue de face avant la chirurgie.....	74
Figure 13 : Aspect TDM coupe coronale.....	74

Figure 14 : Vue de profil post-chirurgicale.....	74
Figure 15 : Vue de face post-chirurgicale.....	74
Figure 16 : Vue de face avant chirurgie.....	75
Figure 17 : Aspect TDM coupe axiale.....	75
Figure 18 : Image peropératoire.....	75
Figure 19 : Pièce opératoire	75
Figure 20 : aspect postopératoire après greffe de peau	75
Figure 21 : Vue de face postopératoire	75
Figure 22 : Vue de face avant chirurgie	76
Figure 23 : Vue de profil avant la chirurgie	76
Figure 24 : Aspect TDM coupe sagittale	76
Figure 25 : Image peropératoire	76
Figure 26 : Image peropératoire	76
Figure 27 : Vue de face après chirurgie	76

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :	12
OBJECTIF :	15
2.1- Objectif général :	15
2.2- Objectifs spécifiques :	15
GENERALITES :	17
3.1- Rappels anatomiques :	17
3.2- Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires :	22
4- MATERIELS ET METHODES :	38
4.1- Cadre et lieu d’étude :	38
4.2- Type et Période d’étude :	39
4.3- Population d’étude :	39
4.3-1. Echantillonnage :	39
4.3-2. Critères d’inclusion :	39
4.3-3. Critères de non inclusion :	40
4.4- La collecte des données :	40
4.5- Saisie et analyse des données :	40
4.6- Considérations éthiques :	40
4.7- Conflit d’intérêt :	40
5- RESULTATS :	42
5.1-Aspects sociodémographiques :	42
5.2-Etude clinique :	46
6- DISCUSSION :	56
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	61
CONCLUSION :	61
RECOMMANDATIONS :	62
7- REFERENCES :	64
ANNEXES :	69
Fiche signalétique :	69
Résumé :	69
FICHE D’ENQUETE :	70
ICONOGRAPHIE :	75

1- INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Les tumeurs dites “historiques” maxillo-faciales sont des excroissances cellulaires se traduisant par des néoformations tissulaires volumineuses aux dépens des structures maxillo-faciales.

La pathologie tumorale maxillo-faciale forme un groupe varié et complexe [1].

Dans notre contexte africain sous développé, il n'est pas rare de voir en pratique courante des patients avec des tumeurs très évoluées dites historiques, le plus souvent bénignes (88,24% des cas) et comportant plusieurs types histologiques dominés par l'améloblastome (dans plus de 64%) [2]. Dans les séries africaines, ces tumeurs présentent quelques particularités, à savoir le retard à la consultation, leur grande taille pouvant mesurer plus de 30 cm de grand diamètre [3], la masse importante de la tuméfaction peut peser plus de 3kilogrammes [4], entraînant des séquelles fonctionnelles et esthétiques [5].

La mandibule est concernée dans la majorité des cas [2].

Le retard au recours des services de santé par les patients pose un véritable problème de prise en charge, tant au niveau du plateau technique en deçà de l'optimum, que des ressources disponibles. En outre, la précarité des patients qui se recrutent le plus souvent dans les couches socio-économiques défavorisées limite fortement les investigations diagnostiques de même que les recours thérapeutiques [2]. L'évolution longtemps asymptomatique et le déficit en spécialistes dans la prise en charge de ces genres de pathologies expliquent l'existence, dans nos pays, des cas évolués, un véritable défi sur le plan de la chirurgie et de la réanimation [4].

Le traitement de référence reste la résection tumorale avec reconstruction immédiate par lambeaux libres, dits micro-anastomosés [5,6]. L'introduction de la planification virtuelle chirurgicale 3D permet une pré-planification exacte des marges de résection de l'os et réduit le temps d'intervention. L'utilisation d'os

allogénique en association avec la protéine morphogénique osseuse et le concentré d'aspirât de moelle osseuse par voie transorale, est une technique efficace et prévisible pour la reconstruction immédiate des défauts de continuité de la chirurgie ablative des tumeurs bénignes [5].

Au Mali, il y'a pas eu une étude spécifique sur ces tumeurs dites historiques, hormis les études incluant des cas historiques.

Le but de notre étude était d'apporter notre expérience dans la prise en charge de ces tumeurs dites historiques dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS-Pr HT.

2- OBJECTIFS

OBJECTIF :

2.1- Objectif général :

Etudier le profil épidémio-clinique, anatomopathologique et thérapeutique des tumeurs historiques maxillo-faciales dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS-Pr HT de Bamako.

2.2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil sociodémographique des patients présentant des tumeurs historiques maxillo-faciales.
- Décrire les particularités cliniques et histologiques de ces tumeurs historiques maxillo-faciales.
- Décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs des tumeurs historiques maxillo-faciales.

3- GENERALITES

GENERALITES :

3.1- Rappels anatomiques :

a) La face : Anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bas, se divise en trois étages (supérieur ; moyen ; inférieur).

Le squelette facial est composé d'une mosaïque osseuse recouverte par un revêtement cutano-musculaire.

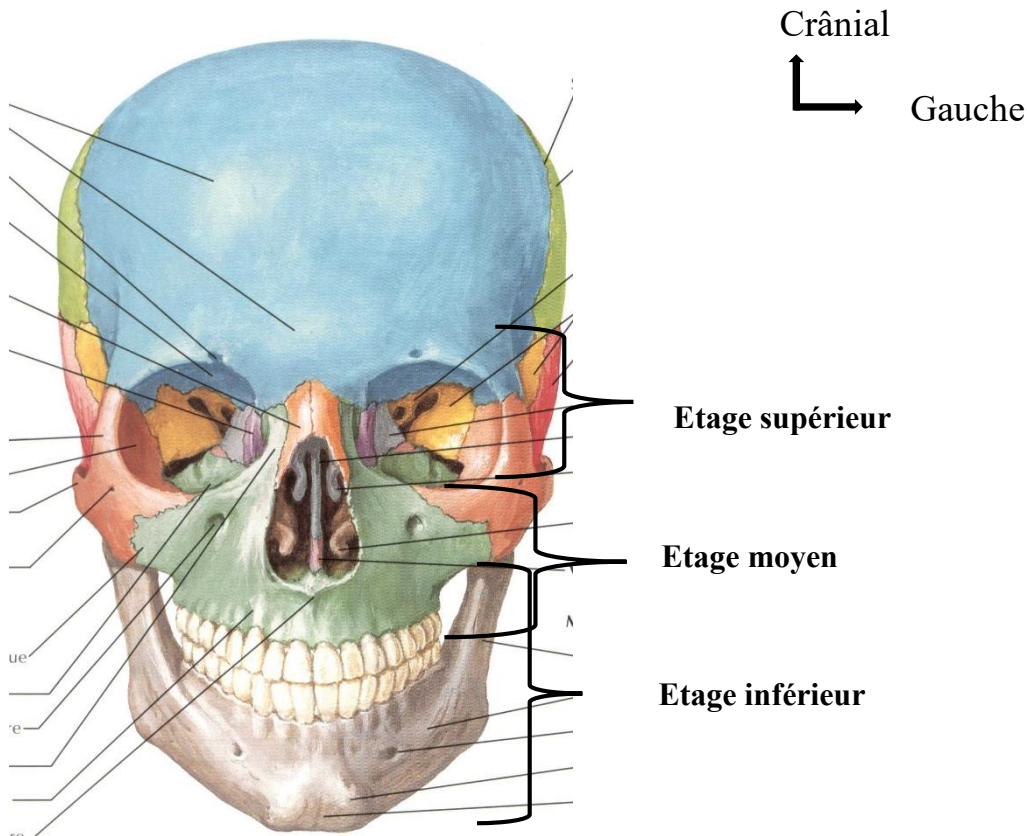
-La mandibule (mobile) constitue à elle seule le massif facial inférieur. Elle est constituée de deux entités : une portion dentée horizontale ; un ramus ou partie ascendante, se terminant en avant par le processus coronoïde (ou coroné) donnant insertion au muscle temporal et, en arrière, le condyle mandibulaire qui s'articule avec le condyle de l'os temporal.

- Le massif facial moyen est formé au centre par les deux maxillaires réunis autour de l'orifice piriforme. Latéralement, l'os zygomatique (ou os malaire) forme le relief osseux de la pommette et rejoint le processus zygomatique du temporal pour fermer la fosse temporale, coulisse du muscle du même nom. L'os nasal forme avec son homologue le faîte du toit nasal.

- Le massif facial supérieur est crânio-facial : Ethmoïdo-frontal médialement ;fronto-sphénoïdal au niveau du cône et du toit orbitaire ;fronto-zygomatique latéralement.

Le tiers médian facial et les orbites sont donc directement en relation avec l'étage antérieur de la base du crâne, ce qui explique la fréquence des lésions mixtes crânio-faciales.

Le maxillaire et la mandibule portant la denture supérieure et inférieure sont en relation par l'intermédiaire de l'articulé dentaire.



Vue d'antérieure crânio-faciale [7]

Figure 1 : Les trois étages de la face : supérieur, moyen, inférieur

b) Denture- Dentition :

Les dents font partie du système alvéolodentaire comprenant :

Le parodonte : ligament alvéolodentaire, os alvéolaire, gencive (l'os alvéolaire naît et meurt avec la dent) ;

Les dents évoluent en trois stades :

La denture déciduale, complète à trente mois ;

La denture mixte, débutant à sept ans ;

La denture définitive, en place à partir de douze ans.

c) La vascularisation :

Presque toute la face est vascularisée par les branches collatérales ou terminales du système carotidien externe.

Les anastomoses sont nombreuses, ce qui explique l'abondance des saignements, mais aussi l'excellente vascularisation du tégument.

Le carrefour des systèmes carotide interne/carotide externe se situe médialement dans la région orbito-nasale.

d) L'innervation :

- **Innervation motrice** : Innervation des muscles peauciers est sous l'obédience du nerf facial (VIIe paire crânienne) ; les muscles masticateurs par le nerf trijumeau (Ve paire crânienne) ; muscle l'élévateur de la paupière supérieure est assurée par le nerf oculomoteur (IIIe paire crânienne).

- **Innervation sensitive** : Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3) ; seul le pavillon auriculaire et la région angulo-mandibulaire dépendent du plexus cervical superficiel.

e) Les muscles masticateurs

• Les muscles élévateurs :

Muscle temporal est le plus puissant des muscles masticateurs, il s'insère sur toute la hauteur du processus coronoïde de la mandibule.

Muscle masséter et ptérygoidien médial.

Muscle ptérygoidien latéral :

• **Les muscles abaisseurs** : muscle mylohyoïdien, géniohyoïdien et digastrique.

f) Les glandes salivaires principales :

- **La parotide :** elle est paire et symétrique située dans la loge parotidienne, abrite le nerf facial qui émerge du crâne au niveau du foramen stylo-mastoïdien. Son canal excréteur principal est le canal de Sténon, dont l'ostium s'ouvre à la face interne de la joue en regard de la deuxième molaire supérieure.
- **La glande submandibulaire (sous-maxillaire) :** paire et symétrique elle est située dans la loge submandibulaire : sous le plancher buccal, en dedans de la branche horizontale de la mandibule. Son canal excréteur est le canal de Wharton, dont l'ostium s'ouvre sur le plancher buccal antérieur juste en dehors du frein lingual. Elle contracte des rapports anatomiques étroits avec la branche cervico-faciale du VII (rameau mentonnier), le nerf XII, le nerf lingual (attention à sa conservation lors des submandibulectomies), les vaisseaux faciaux.
- **La glande sublinguale :** elle est paire et symétrique, située sous le plancher buccal. Elle possède une multitude de canaux excréteurs s'ouvrant dans le plancher buccal 47888/antérieur. [8]

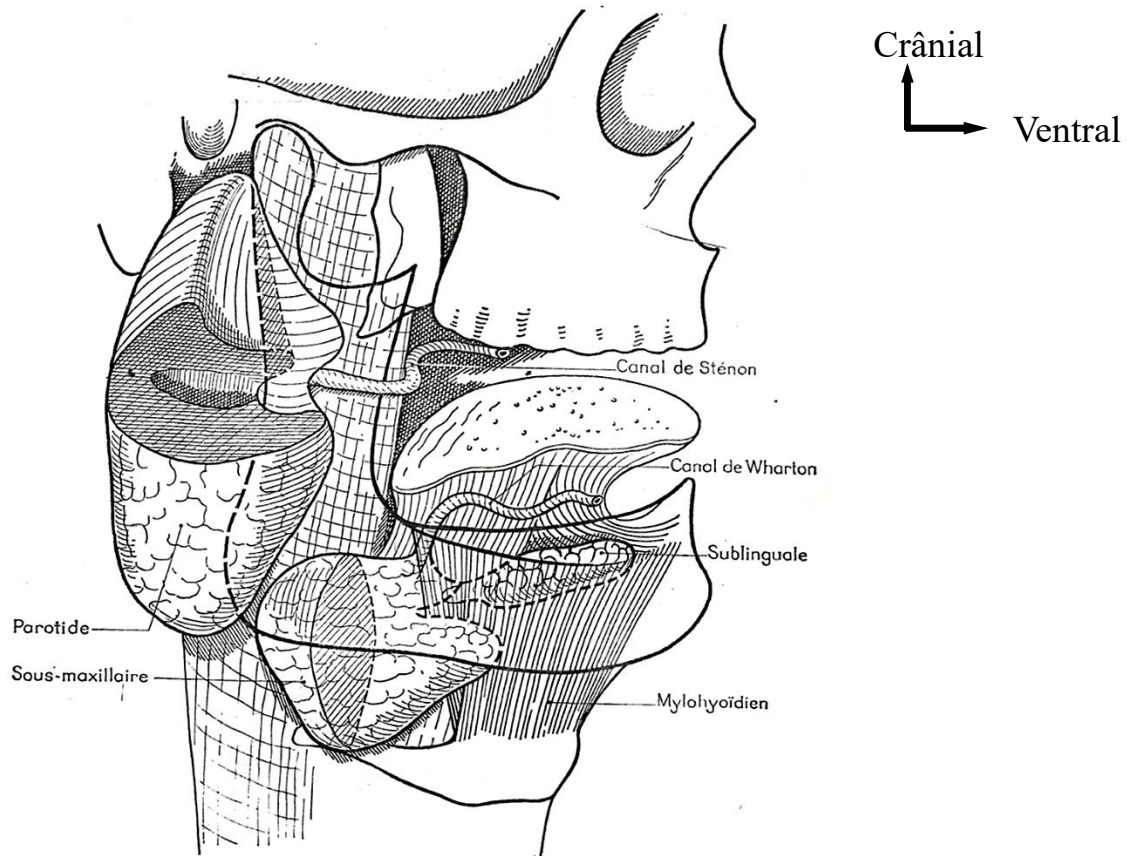


Figure 2 : Situation générale des glandes salivaires principales

Source: Legent F, Perlemuter L, Cl Vandebrouck Cahier d'anatomie ORL. 4^{ème} édition [9].

3.2- Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires :

Introduction :

La tumeur, également appelée néoplasme, est une production cellulaire excessive aboutissant à une néoformation tissulaire qui ressemble plus ou moins à un tissu normal, ayant tendance à persister et à s'accroître, ce qui témoigne d'une certaine autonomie biologique.

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont des néoformations odontogéniques ou non, développées aux dépens de la mandibule ou du maxillaire et ayant une évolution lente sans métastases à distance.

a) Epidémiologie :

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont de loin les plus fréquentes de la pathologie tumorale des maxillaires. On distingue plusieurs types de tumeurs bénignes, regroupées en tumeurs odontogènes et en tumeurs non odontogènes [10, 11]. Les tumeurs odontogènes sont des tumeurs où le tissu dentaire et la dent jouent un rôle direct, dans la genèse. Le chef de file des tumeurs odontogènes est l'améloblastome. L'âge de survenue de cette tumeur est de 15 à 30 ans. Elle atteint la mandibule dans 85 % des cas, surtout la région angulomandibulaire qui représente environ 30% des localisations des tumeurs bénignes de la mandibule [12]. Les tumeurs non odontogènes sont des tumeurs qui se développent indépendamment du tissu dentaire et le rôle des dents dans leur genèse est indirect.

b) Classification des tumeurs bénignes des maxillaires :

Tumeurs bénignes odontogènes :

Il s'agit des tumeurs d'origine épithéliale ; des tumeurs d'origine mésenchymateuse et des tumeurs mixtes.

Tumeurs bénignes non odontogènes : Il s'agit des tumeurs fibroblastiques ostéogènes, des tumeurs cartilagineuses, des tumeurs osseuses, des tumeurs ostéolytiques et des tumeurs de la trame médullaire. [1]

c) Signes cliniques :

TDD Améloblastome de l'angle mandibulaire

• Circonstances de découverte :

- Fortuite : exceptionnelle dans nos pays,
- Devant un retard d'éruption dentaire,
- Devant des troubles de la denture qui font prescrire une radiographie
- Devant une volumineuse tumeur mandibulaire ou maxillaire non douloureuse

• Cette tumeur associe trois ordres de signes :

- En exo-buccal : la tumeur est de siège massétérin, déformant la face, recouverte d'une peau saine de taille variable,
 - Consistance dure osseuse, indolore, fixe, faisant corps avec l'os ou rénitente par endroit, donnant un aspect de balle de ping pong,
- En endo-buccal : elle élargit le bord antérieur du ramus mandibulaire, recouverte d'une muqueuse saine, parfois bleutée, portant les empreintes des dents antagonistes, dépressible en certains endroits et de consistance osseuse en d'autres endroits,

• Signes dentaires : les dents du secteur tumoral sont déplacées (linguo ou vestibuloversion), mobiles et parfois douloureuses.

• Signes contingents : on peut observer :

- Fistule ou ulcération spontanée ou secondaire à une surinfection ou à des gestes intempestifs (scarification, avulsions, incision).

- Signes négatifs : signes généraux absents en dehors de toute surinfection il n'y a pas d'adénopathies cervico-faciales, pas d'altération de la sensibilité cutanéomuqueuse (CERNEA).



Figure 3 : Améloblastome surinfectée avec ulcération bourgeonnante

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS Pr HT



Figure 4 : Empreinte et déplacement dentaire

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS Pr HT

d) Signes radiologiques :

- Examens radiographiques (Les incidences)
- Les clichés retro-alvéolaires et mordus
- Radiographie panoramique des maxillaires ;
- Incidences face basse et maxillaire défilé droit et gauche ;
- Tomodensitométrie

Résultats : ces incidences confirment la topographie, révèlent une soufflure des corticales osseuses, montrent un aspect d'ensemble : image radio-claire ou image ostéolytique homogène à contour nets, entourée d'un liseré de condensation comme souligné au crayon selon Guilbert, refoulant harmonieusement le canal alvéolaire.

On distingue deux types d'images ostéolytiques :

- Image mono-géodique : uniloculaire, homogène à contours réguliers, nets, de forme arrondie ou ovalaire, cernée par un liseré de condensation.

- Images poly-géodiques ou images multiloculaires :

Elles sont plus évocatrices. On en distingue 4 types :

- Image poly-géodique vraie : plusieurs géodes arrondies, ovalaires ou polycycliques de tailles variables, dispersées au niveau d'un segment osseux et séparées les unes des autres par des ponts osseux ;

- Images poly-géodiques en « bulle de savon » faites de géodes enchevêtrées les unes dans les autres par de fines cloisons ;

- Images poly-géodiques en nid d'abeille qui sont des images aréolaires ; de petite taille.

- Images poly-géodiques pseudo-uniloculaires, avec des cloisons de refend.

Mais quel que soit le type d'image il faut rechercher une soufflure ou rupture des corticales osseuses, une inclusion dentaire, des signes de rhizalyse (d'un grand intérêt, car signent la bénignité de la tumeur).

La tomodynamométrie est l'examen clé, d'actualité, qui permet de mieux visualiser la tumeur, son siège, ses limites, l'état des structures adjacentes.

- Angiographie numérisée (TDM) montre un lac sanguin avec des vaisseaux afférents refoulés de façon homogène, aux trajectoires modifiées mais non envahies, donnant un aspect d'encorbelement de la tumeur.

Il faut proscrire la ponction et les biopsies ;

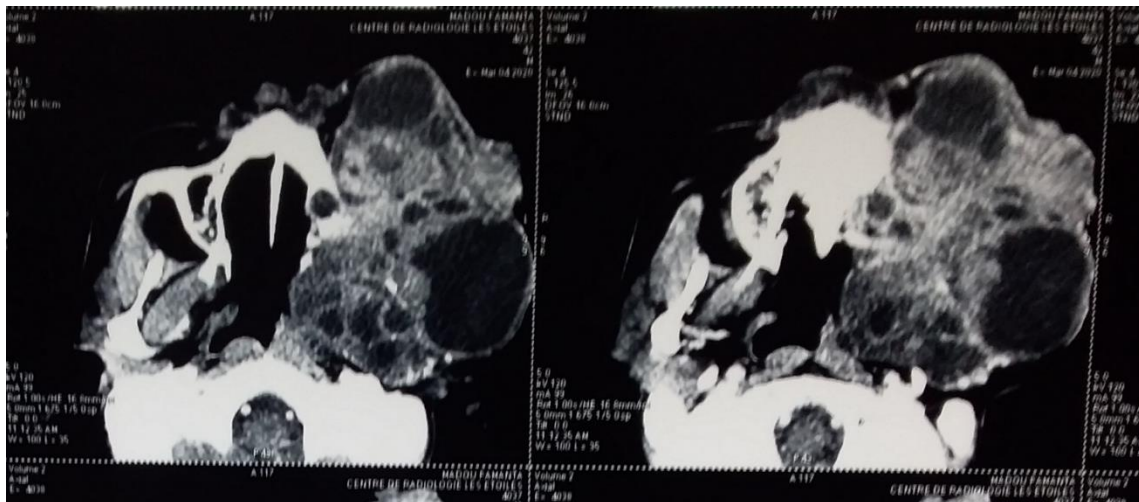


Figure 5 : TDM montrant des images poly géodiques

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS Pr HT

• Examen anatomopathologique :

- Macroscopie : Tumeur à cavité unique ou multiple dont les corticales sont rompues ;
- Dans la forme lytique : tumeur solide ou ferme, un peu gélatineuse, tapissée par un épithélium lisse ou hérissé de végétation et son contenu est liquidien ; jaune citrin, séro hématique, puriforme ou hématique.

. Evolution : marquée par :

Les surinfections dues au retard de consultation donnant un caractère hypervascularisé et pouvant se comporter comme des tumeurs malignes.

- Les complications post opératoires
- Les récives et les extensions aux parties molles :
- La transformation maligne.

*** Formes cliniques :**

• Formes topographiques :

◦ **A la mandibule :**

Symphyse il s'agit d'une tumeur mentonnière bombant dans le vestibule en regard du bloc incisivo-canin, mobile et déplacé, donnant un aspect proéminent au menton.

A la radiographie (Incidence mordue) : images radio- claires mono ou poly-géodiques (Incidence rétro-alvéolaire) : rhizalyse dentaire.

• Tumeur du ramus mandibulaire :

Ici le danger est l'extension vers le condyle le coroné et la base du crâne.

• Tumeurs du corpus mandibulaire :

Les signes dentaires sont marqués, associés à des troubles de l'articulé dentaire

◦ **Au maxillaire** : la tumeur siège au niveau de la tubérosité maxillaire :

Signes cliniques : outre la tuméfaction osseuse et les signes dentaires, on note la présence de signes indirectes qui sont des signes d'emprunt ; induits par la présence des sinus maxillaires et des voies aérodigestives : Jetage, obstruction nasale, rhinorrhée, rarement rhinorragie.

– Comme signes négatifs : Absence d'adénopathies cervico-faciales palpables ni d'anesthésie sous orbitaire.

• Signes radiologiques : Effacement ou comblement du sinus maxillaire. Et c'est la tomодensitométrie faite en coupes axiales, coronales et reconstruction tridimensionnelle, qui permet de mieux cerner les limites et le volume de la tumeur.

– l'évolution de la tumeur se fait vers les orbites, la fosse ptérygo-maxillaire, la base du crâne et parfois à la peau et au palais. Fort taux de récurrence +++

• **Formes évolutives :**

◦ Ameloblastome sur kyste péri-coronaire

◦ Ameloblastome récidivé, qui survient quand le traitement a été incomplet

◦ Formes malignes : formes très agressives ; s'il y a transformation maligne il ne s'agit plus d'ameloblastome mais d'une tumeur maligne histologiquement identifiable comme un sarcome ou un carcinome ...

• Elles se caractérisent par : des douleurs avec augmentation rapide du volume tumoral.

– La présence d'ulcération bourgeonnante, saignant au contact, du signe de Vincent et d'adénopathies douloureuses

– A la radiographie on a une image radio claire hétérogène aux limites imprécises, associée à des opacités diffuses.

e) Diagnostic :

• **Diagnostic positif** : est clinique (Tumeur osseuse, signes dentaires, signes négatifs), radiographie (image radio claire mono ou poly-géodique)

L'histologie va confirmer le diagnostic

• Diagnostic Différentiel

Le diagnostic d'améloblastome se fait selon Guilbert'' radiographie en main''.

Ainsi la discussion sera beaucoup plus large avec les images radio claires :

Image radio claire poly géodique : on éliminera :

• Tumeurs odontogènes

Myxome odontogénique : il s'observe chez le sujet jeune entre 20-30 ans. il est rare.

A la radio : images poly géodiques séparées par de fines cloisons osseuses à aspect en bulle de savon (géode à angle vif) et le plus souvent rupture corticale.

Evolution : la tumeur est souvent volumineuse mal limitée et difficile à extirper totalement lors de l'intervention chirurgicale.

Kyste épidermoïde ou kératokyste odontogène : En raison de sa fréquence, de ses analogies radio cliniques et même évolutives, il se discute avec l'améloblastome à travers :

– Siège : angle mandibulaire.

– Associe d'autres signes évocateurs ou stigmates qu'il faut rechercher. Peut appartenir au syndrome de Garlin associant, un kystes épidermoïdes maxillo-mandibulaires, un naevomatose basocellulaire et anomalies osseuses.

• Tumeurs et pseudo tumeurs non odontogènes

Fibrome desmoïde : s'observe volontiers chez les sujets jeunes au cours de la première décennie et se localise surtout dans l'angle de la mandibule.

L'image radio claire est faite de petites géodes groupées dans l'os alvéolaire.

Les récurrences sont fréquentes surtout après exérèse incomplète.

• Tumeurs ostéolytiques :

Tumeur à myéloplaxes :

Sa signification est la plupart du temps celle d'un granulome réparateur par sa structure. Elle s'en distingue par sa tendance extensive plus grande.

A la radio : l'image poly-géodique est encore appelée ostéolyse multiloculaire avec des cloisons de refend donnant l'aspect en "nid d'abeille".

Granulome réparateur central à cellules géantes :

Il survient chez l'enfant ou l'adulte jeune et est plus fréquent dans le sexe féminin.

Il siège habituellement dans la symphyse mandibulaire.

A la radio : volumineuse image ostéolytique, cloisonnée, présentant des contours linéaires ou frangées avec rupture corticale.

Tumeur brune de la maladie de RECKLING HAUSSEN :

Observée dans l'hyperparathyroïdie, elle se caractérise radiologiquement par une image poly géodique faite de multiples géodes expansives remplies d'un tissu brunâtre à la coupe macroscopique.

• Tumeurs de la trame médullaire :

Angiome : Plus fréquent que le kyste anévrysmal, il s'observe surtout chez le sujet de sexe féminin entre 10- 20 ans et siège plus volontiers dans la mandibule.

A la radio, l'image est poly géodique en "nid d'abeille" ou "aspect aréolaire".

L'artériographie est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Kyste anévrysmal : Tumeur rencontrée chez les sujets jeunes de moins de 20 ans, de sexe féminin ; siège à la mandibule. Se présente radiologiquement sous forme d'une image poly-géodique expansive en "nid d'abeille" ou donnant un aspect aréolaire avec rupture corticale.

• **Kystes des maxillaires** : C'est un kyste inflammatoire situé à l'apex d'une dent cariée. Il se traduit radiologiquement par une image mono géodique aux contours nets, appendue à l'apex d'une dent mortifiée. [13]

f) Traitement :

But :

- Soulager le patient
- Assurer l'exérèse complète de la lésion
- Assurer la reconstruction esthétique et fonctionnelle
- Eviter les complications et les récides

. Traitements préventifs :

- Prévention primaire : elle consiste en la prise en charge adéquate des pathologies gingivales et dentaires.
- Prévention secondaire : elle se fera par le traitement précoce et adéquat des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires
- Prévention tertiaire : elle se résume à la prise en charge des complications telles que les récides, les dégénérescences malignes et des séquelles esthétiques et fonctionnelles.

. Traitement curatif :

Moyens thérapeutiques

Moyens chirurgicaux

Le traitement des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires se fait en général par exérèse chirurgicale.

On distingue deux méthodes d'exérèse :

Le traitement conservateur : symbolisé par l'énucléation, il s'adresse le plus fréquemment aux lésions kystiques. Il permet de préserver les dents et le maximum de tissu osseux ainsi que les éléments qui le traversent.

L'abord cutané est déraisonnable : l'incision intéresse le revêtement muco-périosté et est décalée par rapport à la trépanation osseuse. Le « curetage appuyé » doit demeurer un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation et être réservé aux seules parois osseuses épaisses. La cavité d'énucléation doit faire l'objet d'une irrigation généreuse par du sérum physiologique. Certains auteurs complètent l'énucléation par une cryothérapie des parois osseuses. D'autres recourent à des applications d'eau oxygénée ou d'acide acétique de façon à irriter chimiquement les parois et les éventuels reliquats tissulaires. Dans cette cavité, laissée de préférence vacante, un caillot sanguin aseptique s'installe, et peut induire une ostéogenèse de qualité.

L'abord muqueux est ensuite suturé grâce à des points souples et séparés, de fil résorbable.

La résection tumorale : c'est un traitement non conservateur. Elle permet une exérèse tumorale en zone saine au large des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles environnantes. Elle doit être réalisée selon un plan extra-périosté par une voie d'abord cutanée. En effet, l'exérèse qui est le temps primordial du traitement doit être conduite sous contrôle permanent de la vue. Seules les tumeurs peu étendues de la région symphysaire peuvent être réséquées par voie endobuccale. La résection mandibulaire peut être segmentaire, partielle : elle épargne alors le bord postérieur mandibulaire et le bord inférieur basilaire. Inversement, une section de ces mêmes bords constitue une résection mandibulaire interruptrice. La résection maxillaire se fait par simple abord muqueux au niveau des futurs traits d'ostéotomie.

Reconstruction :

Au niveau mandibulaire, la reconstruction osseuse peut être réalisée, de manière concomitante, par le biais d'un greffon (le plus fréquemment d'origine iliaque). Ce greffon est fixé par une attelle métallique ou des mini-plaques vissées. Au maxillaire, le site de la résection peut être comblé d'emblée sans compromettre ultérieurement la surveillance directe de la cavité opératoire : soit par une prothèse adjointe à base molle, soit par une plaque obturatrice faisant alors barrage à la communication buccosinusienne. Une fois la rémission acquise, le défaut osseux maxillaire peut être reconstruit plus tard par greffes de Calvaria (corticale externe crânienne), greffon iliaque ou lambeaux composés pédiculés (musculo-osseux temporaux) ou libres micro-anastomosés (cutané-o-sseux iliaque ou péronier).

. Traitement adjuvant : Il est constitué d'antalgiques, d'anti inflammatoires et d'antibiotiques en pré et post opératoire. [14]

-Indications thérapeutiques :

Tumeurs bénignes :

- L'énucléation : elle est indiquée dans beaucoup de tumeurs ; en cas de volume modéré, lorsque les corticales ne sont pas rompues.
- La résection interruptrice : elle est indiquée dans les tumeurs qui récidivent après exérèse par énucléation, dans les tumeurs volumineuses, si les corticales sont rompues. Elle est ensuite associée à une auto greffe permettant de réduire les séquelles.

La résection interruptrice est le traitement de première intention de certaines tumeurs bénignes des maxillaires comme le myxome odontogène. [15]

Surveillance

Elle est clinique et radiologique. Sa fréquence et sa durée peuvent être rapprochées pour les tumeurs récidivantes. Elle permet de déceler les éventuelles complications.

Evolution : l'évolution après traitement des tumeurs bénignes est en général bonne, avec peu de complications qui mettent en jeu le pronostic vital.

Certains néanmoins, ont un caractère récidivant local malgré un bon traitement tels que : l'améloblastome, le myxome, le kyste épidermoïde.

Pronostic :

Le pronostic concerne le plus souvent le caractère récidivant de certaines tumeurs bénignes et kystes et la transformation maligne (dysplasie fibreuse, tumeur de Pindborg).

A l'avenir, le développement des immun-marqueurs permettra d'établir un pronostic. [10]

4- MATERIELS ET METHODES

4- MATERIELS ET METHODES :

4.1- Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire Pr HT de Bamako.

Description du CHU-CNOS :

Il est situé au quartier du fleuve, rue Raymond Poincaré, porte n°870 dans la Commune III du District de Bamako. C'est un centre hospitalier de 3ème niveau spécialisé en Odonto-Stomatologie. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 Février 1986. Erigé en Etablissement Public à caractère Administratif (E.P.A) par la loi n°92-026/AN-RM du 05 Octobre 1992, il est devenu Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la loi n°03-23/AN-RM du 14 Juillet 2003. Depuis le 12 décembre 2006, il est devenu un Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie par la signature de la convention hospitalo-universitaire.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en santé buccodentaire. Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical ;

Le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale comprend :

- Neuf (9) salles d'hospitalisation avec une capacité de 30 lits,
- Un bloc opératoire avec deux salles,
- Une salle de réveil,
- une salle de garde pour les DES et Etudiants hospitaliers,
- Une salle de soins intensifs,

- Une salle de garde pour les infirmières,
- Deux salles de consultation avec trois fauteuils dentaires,
- Une salle polyvalente,
- Une salle de suivi post-opératoire,
- Un bureau pour le Chef de service,
- Un bureau pour les Chirugiens,
- Un bureau pour le Surveillant de l'hospitalisation,

4.2- Type et Période d'étude :

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective qui s'est déroulée de janvier 2017 à décembre 2022 soit une période de 5 ans.

4.3- Population d'étude :

L'ensemble des patients du service du de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS Pr HT de Bamako.

4.3-1. Echantillonnage :

Les patients ont été recensés à partir des dossiers médicaux, du compte-rendu du bloc opératoire et du registre d'anatomopathologie. Nous avons procédé à un échantillonnage systématique.

Nous avons apprécié le niveau socio-économique des familles à partir de la profession du père de famille. Dans ce contexte, les petits exploitants agricoles, les gens de maisons et les « sans emploi » ont été considérés comme étant une classe dont le niveau socio-économique est bas. Les employés du public, les salariés du privé ont été considérés comme classe moyenne, et les grands exploitants agricoles, les cadres des secteurs public et privé ont été considérés comme classes à niveau socio-économique élevé.

4.3-2. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients des 2 sexes présentant une volumineuse tumeur maxillo-faciale de taille supérieure à 10 cm, opérée dans le

service, avec une histologie confirmant le diagnostic et ayant un dossier médical complet.

4.3-3. Critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les cas de tumeurs de petite taille, et de tumeurs historiques non prises en charge, ayant un dossier médical incomplet.

4.4- La collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête sur laquelle figuraient les variables à étudier : Année de recrutement, âge, sexe, profession, résidence, motif de consultation, délai de consultation, ACTD, signes cliniques, signes paracliniques, traitement, type histologique, suivi et évolution.

4.5- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2016 de la suite office et SPSS 22.0 d'IBM (Statistical Package for the Social Sciences).

4.6- Considérations éthiques :

Nous avons tenu à la préservation d'anonymat et au respect de la confidentialité.

Le consentement éclairé des patients a été obtenu avant toute intervention.

4.7- Conflit d'intérêt :

Il n'y avait aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

5- RESULTATS

5- RESULTATS :

5.1-Aspects sociodémographiques :

Durant la période d’étude nous avons colligé 20 cas de tumeurs “historiques” sur 1931 patients admis au bloc opératoire soit 1%.

Ces tumeurs ont représenté 5% de l’ensemble des tumeurs opérées durant la période (N=425).

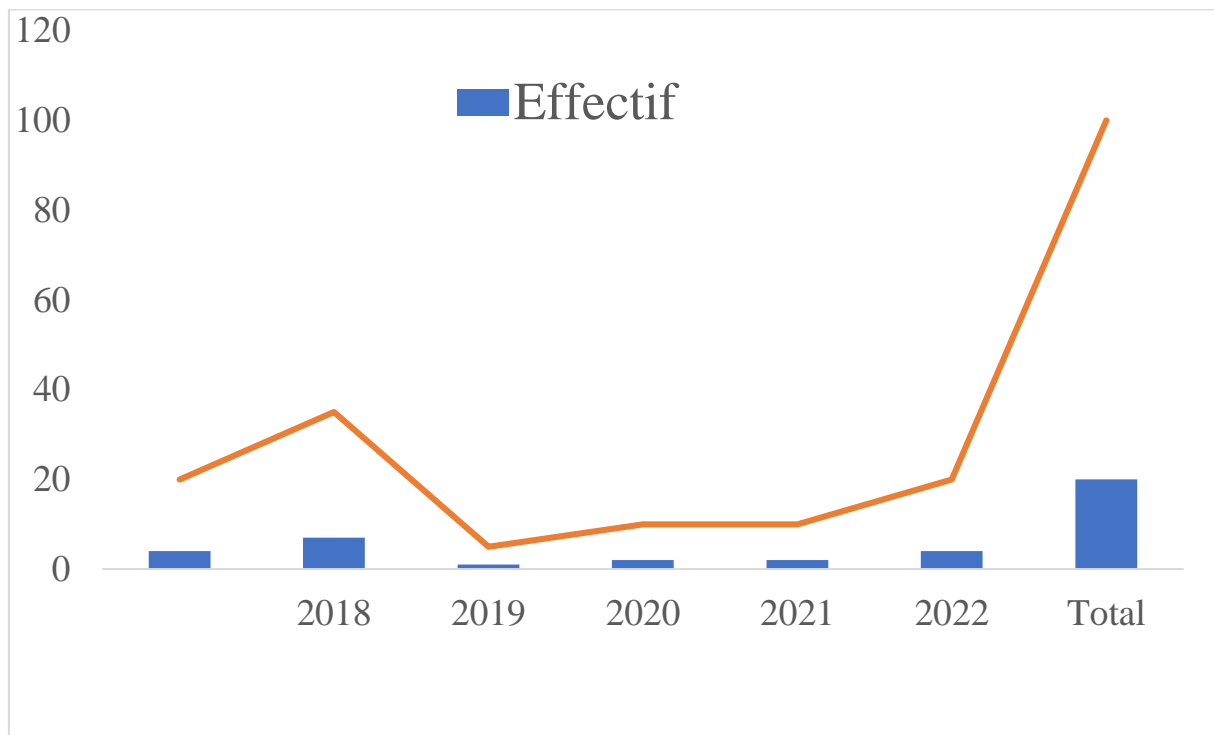


Figure 6 : Répartition des patients en fonction de l’année de recrutement

L’incidence annuelle était de 4 cas par an.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge(an)	Effectif	Fréquence (%)
]10--20]	05	25
]20--30]	03	15
]30--40]	04	20
]40--50]	03	15
]50--60]	04	20
] Plus de 60]	01	05
Total	20	100

La tranche d'âge 10 à 20 ans a représenté 25% des cas. La moyenne d'âge a été de 35 ans \pm 1,6 ans avec des extrêmes de 13 ans et 71 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	12	60
Féminin	08	40
Total	20	100

Le sexe masculin a représenté 60% des cas avec un sex-ratio 1,5.

Tableau III : Répartition des patients en fonction la profession.

Professions	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	07	35
Commerçant	04	20
Berger	02	10
Chauffeur	02	10
Cultivateur	02	10
Autres	03	15
Total	20	100

Les ménagères ont représenté 35% des cas.

Autres : mécanicien (1cas), élève (1cas), retraité (1cas).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du niveau socioéconomique

Niveau socioéconomique	Effectif	Fréquence (%)
Bas	16	80
Moyen	04	20
Total	20	100

Le niveau socioéconomique était bas dans 80% des cas.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	08	40
Kayes	03	15
Koulikoro	05	25
Mopti	03	15
Cote d'ivoire	01	05
Total	20	100

Bamako était le lieu de résidence dans 40% des cas suivi de la région de Koulikoro dans 25% des cas.

5.2-Etude clinique :

La tuméfaction avec déformation faciale était le motif de consultation dans 100% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution.

Durée d'évolution (an)	Effectif	Fréquence (%)
]0--05]	10	50
]05--10]	07	35
] Plus de 10]	03	15
Total	20	100

La durée d'évolution était ≤ 5 ans dans 50% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'état général.

Etat général	Effectif	Fréquence (%)
Conservé	19	95
Altéré	01	05
Total	20	100

L'état général des patients était conservé dans 95% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la présence d'adénopathie cervicale.

Adénopathie	Effectif	Fréquence (%)
Présente	02	10
Absente	18	90
Total	20	100

L'adénopathie cervicale était absente dans 90% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du siège des tumeurs.

Siège	Effectif	Fréquence (%)
Mandibule	14	70
Parotide	03	15
Glande submandibulaire	02	10
Lèvre	01	05
Total	20	100

La tumeur siégeait au niveau de la mandibule dans 70% des cas.

Tableau X : Répartition des patients en fonction l'aspect de la peau en regard.

Aspect de peau	Effectif	Fréquence (%)
Saine	14	70
Ulcération	04	20
Fistulisation	02	10
Total	20	100

La peau était saine dans 70% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction la consistance de la tumeur.

Consistance	Effectif	Fréquence (%)
Dure	16	80
Ferme	03	15
Molle	01	05
Total	20	100

La tumeur était dure dans 80% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des limites de la tumeur.

Limites	Effectif	Fréquence (%)
Irrégulières	11	55
Régulières	09	45
Total	20	100

Les limites étaient irrégulières dans 55% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la mobilité de la tumeur.

Mobilité	Effectif	Fréquence (%)
Fixe	14	70
Mobile	06	30
Total	20	100

La tumeur était fixe dans 70% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la taille des tumeurs.

Taille de tumeur(cm)	Effectif	Fréquence (%)
]10--20]	11	55
]20--30]	07	35
]30 et plus]	02	10
Total	20	100

La taille de la tumeur était comprise entre 10 et 20 cm dans 55% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction l'aspect de la muqueuse buccale.

Aspect de la muqueuse buccale	Effectif	Fréquence (%)
Empreintes dentaires	11	55
Sans empreintes dentaires	09	45
Total	20	100

Les empreintes dentaires étaient présentes dans 55% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des signes dentaires

Signes dentaires	Effectif	Fréquence (%)
Déplacement + mobilité dentaire	10	50
Absence dentaire	04	20
Aucun	06	30
Total	20	100

Le déplacement dentaire était présent dans 50% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des examens complémentaires réalisés.

Examen complémentaire	Effectif	Fréquence (%)
TDM	20	100
OPG	13	65
Echographie	03	15

La TDM maxillo-faciale était réalisée chez tous les patients.

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du type histologique.

Type histologique	Effectif	Fréquence (%)
Améloblastome	09	45
Adénome pléomorphe	04	20
Fibrome ossifiant	03	15
Myxome	01	05
Mucocèle	01	05
Bourgeon charnu	01	05
Adénocarcinome	01	05
Total	20	100

L'améloblastome a été le type histologique retrouvé 45% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord	Effectif	Fréquence (%)
Cutanée	06	30
Vestibulaire	01	05
Combinée	13	65
Total	20	100

La voie d'abord vestibulaire combinée à la voie cutanée a représenté 65% des cas.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie.

Type de chirurgie	Effectif	Fréquence (%)
Mandibulectomie totale	01	05
Résection interruptrice de la mandibule	13	65
Parotidectomie superficielle	03	15
Submandibulectomie	02	10
Tumorectomie labiale sup.	01	05
Total	20	100

La résection interruptrice de la mandibule a été réalisée dans 65% des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du matériel de reconstruction.

Matériel de reconstruction	Effectif	Fréquence (%)
Attelle métallique	14	70
Aucun	06	35
Total	20	100

L'attelle métallique était le matériel de reconstruction dans 65% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des complications post-opératoires.

Complication post-opératoire	Effectif	Fréquence (%)
Surinfection+ exposition de matériel	02	10
Paralysie faciale périphérique	01	05
Aucun	17	85
Total	20	100

Aucune complication n'a été observée dans 85% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la durée du suivi

Durée du suivi	Effectif	Fréquence (%)
Suivi à un an	20	100
Suivi à 2 ans	07	35
Suivi à 3	03	15
Suivi à 5 et plus	01	05

Tous les patients ont été suivis jusqu'à un an.

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de la récurrence tumorale.

Récession	Effectif	Fréquence (%)
Récession	01	05
Aucun	19	95
Total	20	100

La récurrence tumorale a été retrouvée dans 05% des cas

6- DISCUSSION

6- DISCUSSION :

a) Aspects épidémiologiques :

Cette étude rétrospective sur des tumeurs dites historiques maxillo-faciales, réalisée dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr HT a permis de recenser 20 cas de tumeurs “historiques” sur une période de 5ans. Ce qui correspond à une fréquence annuelle de 4 cas/an.

Par contre MILLOLGO au Burkina a colligé 17cas de tumeurs “historiques” sur une période de 2ans [2].

-Age : La tranche d'âge 10 à 20 ans a été la plus représentée dans 25% des cas. La moyenne d'âge était 35 ans \pm 1,6 ans avec des extrêmes de 13 ans et 71 ans. Le même résultat a été retrouvé au Burkina Faso, avec un âge moyen de 28,42 ans et des extrêmes de 14 et 46 ans [2]. Ces tumeurs historiques sont beaucoup plus présentes chez l'adulte jeune dans notre sous-région, cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de cette population.

-Sexe : Le sexe masculin prédominait dans la présente étude dans 60% des cas avec un sex-ratio de 1,5. Ce résultat est superposable à celui retrouvé au Burkina Faso où le sexe masculin prédominait avec un sex-ratio de 3,5. Dans la littérature la plupart de ces tumeurs historiques ont été décrites chez les patients de sexe masculin [2, 3, 16].

Dans notre société, en effet, le souci esthétique amènerait les femmes à consulter plus tôt, dès la constatation d'une anomalie significative au niveau de la sphère oro-maxillo-faciale. Par contre le niveau socioéconomique bas de certaines patientes pourrait expliquer la présence de ces tumeurs volumineuses chez les femmes.

-Niveau socio-économique : Le niveau socio-économique de nos patients était bas dans 80% des cas. Ce constat est largement rapporté dans la littérature [2, 3].

La pauvreté et l'inaccessibilité aux soins médicaux de qualité est une réalité du continent africain jusqu'à nos jours.

a) Aspects cliniques et histologiques :

-Motif de consultation : Dans notre étude le motif de consultation était une tuméfaction maxillo-faciale avec déformation dans 100% des cas. La déformation était largement rapportée dans la littérature comme motif de consultation [5, 2]. Le plus souvent la tuméfaction est volumineuse et indolore avec ou sans signe dentaire ni d'adénopathie. L'évolution clinique, très souvent silencieuse expliquerait cet état de fait. Le volume de la masse va déterminer les autres signes d'accompagnement et ne survient qu'à un stade avancé et souvent en cas de complications. [17]

-Délai de consultation : Le délai moyen de consultation de nos patients était de 6 ans avec les extrêmes 2 ans et 15 ans. MILLOGO et al. ont rapporté dans leur série un délai moyen de consultation de 5 ans [2]. En effet, le parcours thérapeutique des patients est très long. Les situations socioculturelles et l'inaccessibilité financière et/ ou géographique aux soins de qualité font que les patients consultent le plus souvent chez les guérisseurs traditionnels avant d'arriver dans les structures de soins modernes [18, 19, 20].

. La totalité de nos patients ont pratiqué un traitement traditionnel avant de consulter dans un centre de santé [2, 5]. A cela s'ajoute le manque en ressources humaines qualifiées pour la prise en charge [1, 2, 5].

La bénignité de ces tumeurs (95% dans notre étude) jouerait également un rôle dans ces retards à la consultation [16, 22, 23]. Au Burkina Faso, 88% des tumeurs historiques étaient bénignes.

-Antécédents : Aucun de nos patients n'avait un ATCD médico-chirurgicaux contributifs.

-Etat général : l'état général de nos patients était conservé dans 95 % des cas. Comme rapporté dans la littérature, l'état général est conservé lors de l'évolution de ces tumeurs. Cependant, le volume des tumeurs peut gêner l'alimentation et compromettre l'état général du patient [5].

-Siège des tumeurs :

Dans la présente étude nous avons noté que 70% des cas siégeaient au niveau de la mandibule, 25% dans les glandes salivaires principales (parotide n=3cas soit 15% et la submandibulaire n=2cas soit 10%). MILLOGO et al. au Burkina Faso ont rapporté dans leur série 52,94% de siège mandibulaire [2]. La mandibule est décrite dans la littérature comme le siège le plus fréquent de ces tumeurs historiques par plusieurs auteurs africains [5, 24].

Dans notre étude la taille des tumeurs était comprise entre]10-20cm] dans 55% des cas. Il existe peu de série sur les tumeurs dites historiques.

-Imagerie : La TDM a été réalisée chez tous nos patients, soit 100% des cas. L'exploration radiologique est systématique pour cerner le diagnostic avant l'incontournable conclusion anatomopathologique. L'orthopantomogramme est l'examen le plus réalisé en première intention dans les cas de tumeurs maxillaires et l'échographie dans les cas de tumeurs des parties molles. La tomодensitométrie reste primordiale dans la décision thérapeutique et le suivi des tumeurs maxillo-faciales.

Le cône beam garde également un intérêt dans l'analyse des lésions bénignes. Il n'a pas été réalisé dans la présente série du fait de son indisponibilité [5].

-Histologie : Le type histologique prédominant dans notre étude était l'améloblastome suivi de l'adénome pléomorphe respectivement dans 45% et 20 % des cas. Notre étude confirme la diversité histologique rapportée par plusieurs auteurs [5, 22,25].

b) Aspects thérapeutiques et évolutifs :

Dans la présente étude la voie d'abord combinée (cutanée et vestibulaire) a été la plus utilisée (dans 65% des cas) et la voie cutanée seule dans 30% des cas. Il s'agissait de tumeurs parotidiennes et de la glande submandibulaire. Dans les tumeurs volumineuses, la résection tumorale est souvent réalisée par une voie d'abord combinée pour permettre une exérèse tumorale en zone saine large des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles environnantes [5].

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation oro ou nasotrachéale selon le cas ; une trachéotomie première a été réalisée dans un cas soit 5%. L'anesthésie générale est habituellement la plus utilisée en raison de la durée des interventions, du caractère mutilant et hémorragique dans les tumeurs volumineuses [17]. Elle apporte le confort chirurgical et du fait que les interventions ont lieu dans la cavité buccale.

Dans la présente étude une résection interruptrice de la mandibule a été réalisée dans 65% des cas (n=13) et une mandibulectomie totale 5% des cas (n=1). Devant ces volumineuses tumeurs, lorsqu'il est encore possible d'intervenir, les choix thérapeutiques sont souvent limités au traitement radical avec ou sans reconstruction immédiate [2]. En effet, devant ces volumineuses tumeurs avec rupture corticale, la résection interruptrice serait la meilleure indication thérapeutique [2, 26]. Par ailleurs, cette chirurgie permet de réduire les risques de récurrences avec une marge de 1,5 à 2cm [4,6]. La chirurgie itérative plus mutilante dans les tumeurs à haut risque de récurrence comme l'améloblastome [27]. La persistance des cellules filles améloblastiques sur le lit d'exérèse qui sont à l'origine de la récurrence et de la dissémination dans les tissus mous [28]. Après la chirurgie radicale, la reconstruction s'avère nécessaire pour une restitution fonctionnelle et esthétique [16, 29]. Elle peut être immédiate par lambeaux libres, dits micro-anastomosés qui représentent actuellement le traitement de choix de

ces pertes de substance mandibulaire. Le site donneur pouvant être le péroné ou la crête iliaque [3,4]. Cette dernière est souvent préférée du fait de sa courbure naturelle et de son faible poids, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats esthétiques. Cependant, son pédicule court pose parfois des difficultés chirurgicales. Les greffons osseux non vascularisés peuvent également être utilisés, mais ils sont préconisés pour des pertes de substance de moins de 9 cm de longueur [30,31]. L'introduction de la planification virtuelle chirurgicale 3D permet une pré-planification exacte des marges de résection de l'os et réduit le temps d'intervention. L'utilisation d'os allogénique en association avec la protéine morphogénique osseuse et le concentré d'aspirat de moelle osseuse par voie transorale est une technique efficace et prévisible pour la reconstruction immédiate des défauts de continuité de la chirurgie ablative des tumeurs bénignes [5].

Cependant, dans notre contexte, il n'a pas été réalisé de reconstructions par lambeaux libres. Elles ont été réalisées uniquement à l'aide de maxi-plaques soit 70% cas du fait de l'insuffisance du plateau technique.

Dans notre étude 2 cas de surinfections associés à l'exposition de matériel de reconstruction ont été constatés.

-Récidives : Dans notre étude 1 cas de récurrence a été noté soit 5%, survenue 3 mois après la prise en charge, il s'agissait d'un cas d'adénocarcinome de la glande parotide.

Enfin, le suivi à long terme est parfois difficile à cause du taux élevé des pertes de vue. Cela pose un problème de surveillance pour déceler une éventuelle récurrence.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Les tumeurs historiques maxillo-faciales évoquent les difficultés d'accès aux soins et le suivi des malades dans les pays en voie de développement, ce qui complique la prise en charge. Les difficultés thérapeutiques sont dues à une insuffisance des ressources humaines qualifiées, et de plateau technique. A cela s'ajoutent l'ignorance des populations et la précarité, d'où la nécessité d'une communication pour le changement de comportement à l'endroit des populations et des agents de santé non avertis, mais aussi la couverture sociale pour une meilleure accessibilité financière des services de santé.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une meilleure prise en charge des tumeurs historiques, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Aux autorités du Pays :

- Promouvoir des actions en matière de prévention et d'éducation en santé bucco-dentaire et maxillo-faciale ;
- Doter les centres de santé d'équipements adéquats pour le diagnostic et pour la prise en charge correcte des tumeurs maxillo-faciales.
- Œuvrer à une répartition adéquate du personnel de Stomatologie et Chirurgie maxillo-facial sur le territoire national pour une détection précoce des cas et pour une meilleure prise en charge de l'ensemble de la population malienne.

2. Aux personnels de santé :

- Référer très tôt les cas nécessitant une prise en charge par un Médecin spécialiste en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.
- Donner des conseils décisifs aux parents et aux patients souffrant de tumeurs historiques.

3. Aux parents :

- Consulter précocement un agent de santé pour les problèmes dento-maxillaires ;
- Observer l'hygiène bucco-dentaire ;
- Eviction de l'alcool et le tabac ;
- Eviter l'automédication et le traitement traditionnel en cas des tumeurs oro-maxillo-faciales.

7- REFERENCES

7- REFERENCES :

1. NADINE MARTIN-DUVERNEUIL, BLANDINE RUHIN, MELIKA AMOR-SAHLI, AURELIE DRIER : Pathologie tumorale maxillo-faciale de l'adulte (Elsevier Masson SAS) Imagerie cervico-faciale 2021, p 1-10.
2. MILLOGO M. ASSOUAN C. KONSEM T. GUIGUIMDE W.P.L. FALL M. OUEDRAOGO Y. OUEDRAOGO D : Prise en charge des volumineuses tumeurs maxillo-faciales dites historiques au CHU Yalgado (Ouagadougou, Burkina Faso) ; Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, 2015 Vol 22, n°4, pp. 40-44.
3. SALAMI A, et al. Giant ameloblastoma. Br J Oral Maxillofac Surg (2016),
4. LOUM B, LAME C.A, NIANG E.M., DIOP Y.C., SISSOKO B, NDIAYE M : Un cas historique d'améloblastome de la mandibule ; Rev Stomatol Chir Maxillo-fac Chir Orale 2016 ;117 :191-192.
5. COULIBALY, TRAORÉ H, SALAMI A, TANGARA M, TOURÉ A, KONAN E : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs bénignes de la mandibule ; Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Septembre 2021, Vol 28, N°3, pp.20-24.
6. MARYAME AE, LOUBNA E, MOHAMMED R, MOHAMMED M, FAMI K : Améloblastome historique de la mandibule, Med Buccale Chir Buccale janvier 2015.
7. NETTER F. H. Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou. Paris Masson 2009 , pp 610.
8. GUILLAUME ROUGIER. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Elsevier Masson SAS. 2018, pp 5-10.
9. LEGENT F, PERLEMUTER L, VANDEBROUCK C. Cahiers d'anatomie ORL. Paris : Masson ; 1984, pp 298.

10. CHOMETTE G., GUILBERT F. Tumeurs odontogènes des maxillaires. Encyclo. Med. Chir. Stomatologie. 1983, Vol. 4, 22081A10.
11. CHBICHEB S., BENNANI A., TALEB B. Kyste parodontal latéral. [éd.] Association d'enseignement d'odontologie et de stomatologie. Actualités odonto-stomatologiques. 2009, 247, pp. 207-215.
12. KABORE S. L'améloblastome des maxillaires : Aspects épidémiologiques, diagnostic et thérapeutique au CHU-YO et au CHU-SS.UFR-SDS, Université de Ouagadougou. 2007. Thèse de Doctorat en Médecine. n°1226.
13. DECHAUME M., GRELLET M., LAUDENBACH P., PAYER J. Précis de Stomatologie. Paris : Masson, 1980. pp. 232-252.
14. RUHIN B., GUILBERT F., BERTRAND J.C. Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. EMC Stomatologie. Elsevier SAS, Paris, 2005, 22-062-K-10.
15. CABANE F., BONENFANT J.L. Tumeurs et pseudo tumeurs des maxillaires. Anatomie Pathologique. [éd.] Maloine. Deuxième édition. pp. 786-790.
16. ELMRINIB S. Ameloblastome geant : Diagnostic, traitement et reconstruction : Annales de médecine et chirurgie 68(2021)102589.
17. ERMEL JAK. Tumeurs bénignes et kystes maxillo-mandibulaire au CNHU-HKM au Bénin et au CHU-YO au Burkina Faso. Thèse de Médecine, 2012, n° 47 p : 1-94.
18. MILLOGO M, OUÉDRAOGO D, KONSEM T, GARÉ J, DAO M. Améloblastome maxillaire géant. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Chir. Maxillo-Fac., 2011 ; 18 (4) : 34-36.

19. OUÉDRAOGO D, BÉOGO R, GOUMBRI/LOMPO O KONSEM.,
BOURGAREL J, SOUDRÉ R. B. Aspects histopathologiques des tumeurs
bénignes et kystes oro maxillo faciaux de l'adulte au CHU-SS de Bobo
Dioulasso (BF). Burkina médical, 2004 ;7 (1) : 23-30.
20. CRÉZOIT G E, GADEGBEKU S, OUATTARA B, BILÉ J A. Etude
retrospective de 30 cas d'ameloblastome mandibulaire opéré en Côte d'Ivoire de
1992- 2000. Rev. Stomatol. Chir. Maxillo fac., 2003 ; 104 : 25-28.
21. COULIBALY A, SANFO M, SAVADOGO I, PARÉ P, LENGANE I,
MILLOGO M : Myxome odontogénique géant chez l'enfant : à propos d'un cas
au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya ; Rev Col Odonto-
Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Septembre 2021, Vol 28, N°3, pp.29-33.
22. ABOU-ELFADL M. ELHANI L. ROUBAL M. MAHTAR M. KADIRI F.
Améloblastome historique de la mandibule. Med Buccale Chir Buccale 2015 ;
21 (1) : 45-47.
23. KANADA T, MINAMI M, KURABAYAH T. Benign odontogenic tumor
of the mandible and maxilla. Neuroimaging Clin N Am. Aug 2003 ; 13 (3) :
495-507.
24. AIDA BENHAMMOU, MALIK BOULAADAS, FARAH HAJJI, LEILA
ESSAKALI, MOHAMED KZADRI : Cas historique d'améloblastome
mandibulaire géant ; médecine buccale chirurgie buccale Vol. 15, N°2 2009 p103
25. NGUYEN TTH, EO MY, CHO YJ, MYOUNG H, KIM SM. Large
myxomatousodontogenictumor in the jaw: a case series. J Korean Assoc Oral
MaxillofacSurg2021 ;47 :112-119.
26. CATHERINE S et al. Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale
et de Chirurgie Orale 114 (2), 97-101, 2013.

27. ADEYEMO WL. BAMGBOSE BO. LADEINDE AL. OGUNLEWE MO.
Surgical management of ameloblas- tomas : conservative or radical approach ?
A critical review of the literature. Oral Surgery. 2008 ; 1 (1) : 22-7.
28. ANZOUAN-KACOU ERMA, ASSOUAN C, YAPO R, NGUESSAN D,
SALAMI A, KONAN E : Profil épidémiologique et clinique de l'améloblastome
des maxillaires au CHU de Treichville ; Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir
Maxillo-fac, Septembre 2021, Vol 28, N°3, pp.25-28.
29. SHARMA A. SHAIKH AM. DESHMUKH SV. DAB- HOLKAR JP.
Radical management of giant ameloblastomas : A Case Series. Indian J
Otolaryngol Head Neck Surg 2012 ; 64 (4) :399-401.
30. ABBA A, RENAUX A, POCHAN Y, FAYE A, SISSOKO B.
Améloblastome géant de la mandibule. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006 ;
107 : 171-3.
31. ZEMANN W, FEICHTINGER M, KOWTSCH E, KARCHER H. Extensive
ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction
using micro- vascular flaps. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod
2007 ; 103 : 190-6.

ANNEXES

ANNEXES :

Fiche signalétique

-Nom et Prénom : THIOCARY Sinaly

-Nationalité : Malienne

-Titre du mémoire : Prise en charge des tumeurs historiques maxillo-faciales au Centre National d'Odonto-Stomatologie Pr HT de Bamako

-Année Universitaire : 2022-2023

-Ville de soutenance : BAMAKO

-Pays de soutenance : MALI

-Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).
Bibliothèque du CHU-CNOS

-Secteur d'intérêt : Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, Santé publique, ORL et CCF.

Résumé

Introduction :

L'objectif de ce travail était d'étudier le profil épidémiologique, anatomopathologique et thérapeutique des tumeurs historiques maxillo-faciales dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS-Pr HT de Bamako.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective qui s'est déroulée de janvier 2017 à décembre 2022 soit une période de 5 ans. Était inclus dans cette étude tout patient présentant une tumeur volumineuse maxillo-faciale, opéré dans le service, avec une histologie confirmant le diagnostic, ayant un dossier médical complet.

Résultats : Vingt patients ont été inclus, dont douze hommes soit 60% et huit femmes. Le sex-ratio était de 1,5. L'âge moyen était de 35 ans \pm 1,6 ans avec des extrêmes de 13 ans et 71 ans. Le motif de consultation était une tuméfaction avec déformation faciale dans 100% des cas. Les tumeurs étaient découvertes tardivement avec un délai moyen de consultation de 6 ans. Elles touchaient la mandibule dans 70% des cas. L'histologie a révélé 95% des tumeurs bénignes et dominé dans 45% par l'améloblastome. Le traitement a été essentiellement chirurgical. L'évolution a été favorable dans 85% des cas.

Conclusion : La pathologie tumorale maxillo-faciale est diverse et variée. Sa prise en charge implique un renforcement des capacités en ressources humaines et matériels des structures pour des soins de meilleures qualités pour tous.

Mots clés : Tumeurs maxillo-faciales, Historiques, Prise en charge, Bamako

FICHE D'ENQUETE :

- N° d'identifiant :**.....
- Sexe :** Masculin Féminin
- Age :**
- Profession**.....
- Résidence**.....

MOTIF DE CONSULTATION :

.....

- Délai de consultation :**]1--5ans],]5--10ans] [plus de 10ans]
- Signes cliniques :**
- Tuméfaction :** Oui Non, Sièges.....
- Douleur :** Oui Non
- Signes dentaires :** Déplacement, Mobilité, Perte dentaire, autres.....
- Gêne à la mastication :** Oui Non,
- Gêne à la phonation :** Oui Non
- Gêne à la déglutition :** Oui Non
- Atteinte nerveuse :** Oui Non

Type d'atteinte.....

Traitement traditionnel : Oui ; Non

ANTECEDENTS :

- Personnels :**

Médicaux : Oui Non

.....

Chirurgie : Oui Non, extraction dentaire : Oui Non

Autre

Habitude alimentaire : Oui Non

Tabagique : Oui Non sevré

Alcool : Oui Non

Autres :

EXAMEN CLINIQUE :

Examen général :

Altération de l'état général : Oui Non

Etat général conservé : Oui Non

Exobuccal :

Inspection :

Tuméfaction : Oui ; Non

Localisation : Droite Gauche Bilatérale

Modification cutanée : Oui Non

Ulcération ; Inflammation ; Fistulisation

Paralysie faciale périphérique : Oui ; Non

Palpation :

Taille : [10-- 20cm]]20--30cm],]30cm et plus]

Consistance : dure molle non précisé

Limites : régulières irrégulières non précisées

Mobilité : fixe mobile non précisée

Signe de VINCENT : négatif, positif

Adénopathies : Oui ; Non. Siège.....

Examen endobuccal

Etat bucco-dentaire : Bon Mauvais non précisé

Muqueuse : Saine Empreintes des dents antagonistes

Signes dentaires : déplacement ; Mobilité ; Absence

Trismus : Oui Non

Autres :

EXAMENS PARACLINIQUES :

Orthopantomogramme : Oui Non

TDM maxillo-faciale : Oui Non

Echographie : Oui Non

Radiographie face basse : Oui Non

Biopsie : Faite Non faite

Type Histologique :

TRAITEMENT :

Chirurgie : conservatrice radicale

Mandibulectomie totale : Oui Non

Hemi-mandibulectomie: Oui Non

- Mandibulectomie segmentaire :** **Oui** **Non**
- Maxillectomie totale :** **Oui** **Non,**
- Maxillectomie partielle :** **Oui** **Non**
- Parotidectomie totale :** **Oui** **Non,**
- Conservation du nerf VII :** **Oui** **Non**
- Parotidectomie partielle :** **Oui** **Non**
- Voie d'abord :**
- Reconstruction Chirurgicale :** **Réalisée ,** **Non réalisée**
- Maxi-plaque :** **Oui** **Non ;** **Lambeau libre :** **Oui** **Non**
- Greffe osseuse :** **Oui** **Non**
- Examen histologique de la pièce opératoire**
.....
- Durée d'hospitalisation.....**
- SUIVI ET EVOLUTION :**
- Suites opératoires :** **Simple** **Complications**
- Type de complication.....**
- Récidive :** **Oui** **Non** _
- Délai de récidence.....**
- Transformation maligne :** **Oui** **Non**
- Réhabilitation dentaire :** **prothèse** **implant** **non réalisé**
- Durée du suivi :** **6mois ;** **1an ;** **2ans ;** **3ans ;** **perdu de vu**

ICONOGRAPHIE

ICONOGRAPHIE :

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS Pr HT.



Figure 7 : Vue de face avant la chirurgie



Figure 8 : Aspect TDM reconstruction 3D lyse osseuse



Figure 9 : Image pièce d'exérèse



Figure 10 : Image peropératoire



Figure 11 : Image postopératoire 2 mois après



Figure 12 : Vue de face avant la chirurgie



Figure 13 : Aspect TDM coupe coronale



Figure 14 : Vue de profil post-chirurgicale



Figure 15 : Vue de face post-chirurgicale



Figure 16 : Vue de face avant chirurgie

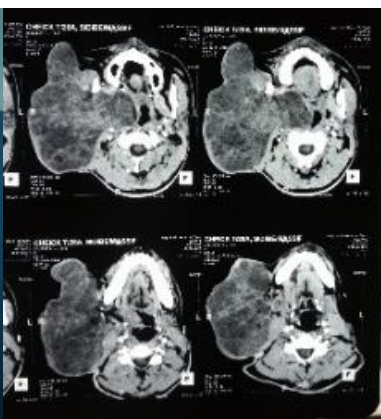


Figure 17 : Aspect TDM coupe axiale



Figure 18 : Image peropératoire



Figure 19 : Pièce opératoire



Figure 20 : aspect postopératoire après greffe de peau



Figure 21 : Vue de face postopératoire



Figure 22 : Vue de face avant chirurgie



Figure 23 : Vue de profil avant la chirurgie

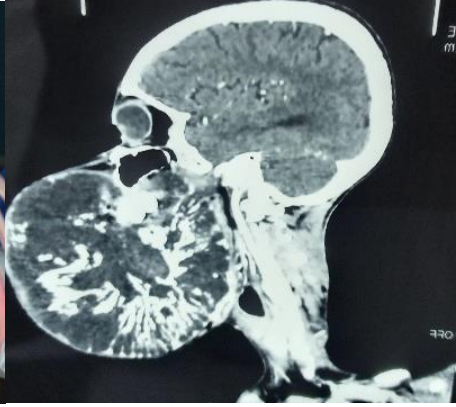


Figure 24 : Aspect TDM coupe sagittale



Figure 25 : Image peropératoire



Figure 26 : Image peropératoire



Figure 27 : Vue de face après chirurgie