

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un peuple-Un but-Une

foi

**Université des Sciences des Techniques
Et des Technologies de Bamako (USTTB)**



**Faculté de médecine et
D'Odonto-Stomatologie (FMOS)**



Année universitaire 2023-2024

N°

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES
CANCERS MAXILLO-FACIAUX AU CENTRE NATIONAL
D'ODONTO- STOMATOLOGIE PROFESSEUR HAMADY
TRAORE : A PROPOS 112 CAS**

Présenté et soutenue publiquement le 21 /11 / 2024

Devant la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

Par : M. Boubakary TRAORE

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

JURY

Président : M. Koniba DIABATE, Maître de Conférences Agrégé

Membre : M. Sory Ibrahim SIDIBE, Praticien hospitalier

Co - directeur : M. Abdoulaye KASSAMBARA, Maître-Assistant

Directeur : M. Amady COULIBALY, Maître de Conférences Agrégé

DEDICACES

Nous dédions ce travail à :

- **ALLAH**, le miséricordieux, le Tout Puissant pour nous avoir donné la chance de réaliser ce modeste travail.

- **Mon père, Feu NFALY TRAORE :**

Ce modeste travail est le témoignage éternel de notre attachement à ta mémoire.

Tu as voulu que ce travail prend fin en ta présence mais DIEU en a décidé ainsi. Nous avons été très impressionné par ton amour paternel. Ton rôle de père restera toujours dans notre mémoire. Tu as été le genre de père auquel nous voudrions ressembler.

Merci pour tes devoirs paternels sagement remplis.

Qu'Allah le Tout Puissant t'accueille dans sa miséricorde. Amen

- **Ma mère SAYON CAMARA :**

Aucun mot, aucune formule pour décrire tout le bonheur que nous ressentons en te dédiant cette thèse de fin d'études. Nous avons toujours bénéficié de ton soutien tant matériel que moral. Nous ne pourrions te remercier assez pour les sacrifices, le respect, le dévouement et l'obéissance dont tu as toujours fait preuve à l'égard de mon père. Grace à toi nous avons pu supporter ces longues années d'études sur le plan moral et financier.

Que le tout miséricordieux te garde longtemps à nos côtés.

- **Ma mère OUMOU KONATE :**

Les mots nous manquent pour qualifier votre bonté à notre personne durant ce long parcours.

Tu as toujours prôné l'honnêteté et le dévouement en tout lieu. Nous ne ferons que te souhaiter longue vie, santé et prospérité.

- **Mon épouse GNAKALE SIDIBE :**

Nous ne saurons te remercier pour tout ce que tu as fait pour nous durant ce travail. Ta patience, ton encouragement et tes conseils resteront toujours dans nos souvenirs.

- ***Mes frères et sœurs :***

Nous avons toujours cheminé ensemble dans la joie et dans la tristesse. Vos conseils et soutiens ne m'ont jamais fait défaut ; restons toujours unis et tolérants.

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et toute ma disponibilité.

- **Mon très cher ami MOUSSA KEITA :**

Enseignant de ton Etat tu as été toujours à mes côtés pour me soutenir, m'encourager et me conseiller durant tous ces temps. Qu'ALLAH te donne une très bonne chance.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Au corps professoral, aux personnel du Décanat de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

A l'ensemble des personnels du Centre National d'Odontostomatologie-Centre Hospitalier Universitaire Professeur Hamady TRAORE.

Aux personnels du service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale :

➤ Chirurgiens : Pr COULIBALY Amady ; Pr TOURE Alfousseiny ; Dr KASSAMBARA Abdoulaye ; Dr KONE Rokiatou ; Dr KEITA Kadia ; Dr SISSOKO Yaya ; Dr HAPSA Bocoum.

➤ Aux assistants et infirmiers : Mr. MAIGA O ; Mr. TOGOLA. Mme Rokia COULIBALY ; Mr SIDIBE Moussa ; Mme Fatoumata SIDIBE ; Mme Sokona TRAORE ; Mme Djeneba MAIGA ; Mme Fatoumata DIARRA ; Mr. Nouhoum DIALLO.

➤ Aux personnels du service d'anesthésie réanimation : Dr NIENTAO Ousmane ; Dr KONARE M'bouille ; Mr. FOMBA Djibril.

➤ A tout le personnel du laboratoire de prothèse mobile.

➤ A notre maman retraitée MME GUINDO AMINATA COULIBALY

➤ A toute la famille TRAORE à : Bacodjicoroni ; kalabancoro ; Farabana

➤ A la famille SIDIBE à Sebenicoro secteur7

➤ Aux DES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.
Merci pour tout

➤ Aux Etudiants et aux stagiaires du service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale.

Sans oublier tous ceux qui n'ont pas été cités, nous les dis tout simplement merci.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Agrégé Koniba DIABATE

- **Maître de conférences agrégé en radiothérapie à la FMOS de l'USTTB**
- **Membre de la Société Malienne d'Imagerie Médicale(SOMIM)**
- **Membre du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique(GFAOP)**
- **Membre de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique Section Afrique(SIOP Afrique)**
- **Membre du Groupe International de Radiothérapie Gériatrique(IGRG)**
- **Président de l'Association Malienne de Physique Médicale**
- **Chef de service du centre d'Oncologie et de Radiothérapie à l'Hôpital du Mali**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Votre compétence, vos qualités pédagogiques et humaines, votre disponibilité, nous ont marqué dès notre premier abord. Votre disponibilité et votre sérieux dans le travail impose respect et admiration. Ce fut un véritable privilège pour nous d'être compté parmi vos étudiants. Merci pour votre aide et votre soutien à l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge :

Docteur Sory Ibrahim SIDIBE

- **Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques**
- **Praticien hospitalier au centre nationale d'odontostomatologie Pr Hamady TRAORE**
- **Responsable de l'unité d'anatomo-pathologie du CHU-CNOS Pr HT**

Cher Maître,

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissant pour l'attention que vous avez bien voulu accorder à notre travail.

Merci pour l'enseignement reçu. Veuillez croire en l'expression de nos respectueux remerciements et de notre profonde considération.

A notre Maître et Co-directeur de thèse :

Docteur Abdoulaye KASSAMBARA

- **Maître -assistant en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS de l'USTTB**
- **Praticien hospitalier au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr Hamady Traoré de Bamako**
- **Membre de l'Association Malienne de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Mali**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été émerveillé par votre simplicité et vos grandes qualités humaines. Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de juger notre travail malgré vos multiples occupations. Que Dieu vous bénisse !

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Agrégé Amady COULIBALY

- **Maître de conférences Agrégé en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS de l'USTTB**
- **Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-CNOS Pr Hamady Traore**
- **Coordinateur du DES de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à la FMOS de l'USTTB**
- **Président de l'Association Malienne de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale**

Cher Maître,

Nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre.

Merci de nous avoir accepté parmi vos élèves.

Soyez rassuré, cher maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS :

BPTM : Bucco-Pharyngectomie Trans-Mandibulaire

CAK : Carcinome Adénoïde Kystique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Comité Médicale d'Etablissement

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CSI : Commission des Soins Infirmiers

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CTHS : Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité

DES : Diplômes d'Etudes Spécialisées

EGF : Epithelial Growth factor

EPA : Etablissement Public à caractère Administratif

EPH : Etablissement Public Hospitalier

Fig : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

GSA : Glandes Salivaires Accessoires

GSP : Glandes SALIVAIRES Principales

HT : Hamady TRAORÉ

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

O2 : Oxygène

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPG : Orthopantomogramme

Pr : Professeur

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

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients en fonction du sexe.....	40
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge	40
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la résidence.....	41
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession	41
Tableau V : Répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale	42
Tableau VI: Répartition des patients en fonction du niveau d'étude	42
Tableau VII: Répartition des patients en fonction du mode d'admission.....	43
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du motif de consultation	43
Tableau IX: Répartition des patients en fonction du délai de consultation en mois	44
Tableau X: Répartition des patients en fonction des circonstances de découverte ...	44
Tableau XI: Répartition des patients en fonction du mode de vie	45
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du score de l'OMS	45
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'hospitalisation	46
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du siège de la tumeur.....	46
Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'aspect du revêtement cutané	47
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de l'état de la muqueuse buccale.....	47
Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la présence d'adénopathie	48
Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de l'hygiène bucco-dentaire	48
Tableau XIX: Répartition des patients en fonction du type histologique	49
Tableau XX: Répartition des patients en fonction de la Stadification de la tumeur	49
Tableau XXI: Répartition des patients en fonction du type de traitement.....	50
Tableau XXII: Répartition des patients en fonction de l'évolution.....	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Image physique d'une tumeur jugale	73
Figure 2: Image d'une tumeur jugale à la TDM	73
Figure 3: Image d'une tumeur maxillaire exo-buccal	73
Figure 4: Image d'une tumeur maxillaire endo-buccal.....	73
Figure 5 : Image d'une tumeur plancher-buccal per opératoire	74
Figure 6 : Image d'une tumeur plancher-buccal.....	74
Figure 7 : Image d'une tumeur du palais à la TDM.....	74
Figure 8: Image d'une tumeur du palais	74
Figure 9 : Image d'une tumeur mandibulaire	75
Figure 10: Image d'une tumeur mandibulaire à la TDM	75
Figure 11: Image d'une tumeur maxillaire après chirurgie	75
Figure 12 : Image d'une tumeur maxillaire avant chirurgie	75
Figure 13 : Image d'une tumeur maxillaire avant chirurgie	75

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

1. Introduction :	1
2. Objectifs	4
2.1. Objectif général :	4
2.2. Objectifs spécifiques :	4
3. Généralités	6
3.1. Définition :	6
3.2. Rappels anatomiques, physiologiques et histologiques	12
4. Matériels et méthodes	35
4.1. Type et période d'étude	35
4.2. Cadre de l'étude	35
4.3. Population d'étude	36
4.4. Taille de l'échantillon	36
4.5. Critères de sélection	36
4.6. Collecte des données	37
4.7. Déroulement de l'enquête	37
4.8. Saisie et Analyse des données	37
4.9. Considérations éthiques	37
5-Resultats	40
6. Discussion :	52
Conclusion et recommandations	58
✓ Conclusion :	58
✓ Recommandations	59
Références	61
ANNEXES	69
a- Fiche signalétique	70
c- Fiche d'enquête	72
d- Iconographie	73
e- Serment d'Hippocrate	76

INTRODUCTION

1. Introduction :

Les cancers maxillo-faciaux sont des proliférations cellulaires malignes primitives ou secondaires, développées aux dépens des éléments constitutifs de la sphère maxillo-faciale. La sphère oro-faciale comporte divers éléments anatomiques très imbriqués, avec pour corollaire des cancers à connotation naso-sinusienne, buccale, pharyngée et œsophagienne. En ce qui concerne les cancers buccaux, ils sont fréquents et représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes et 25 à 30% de l'ensemble des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) [1]. Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en voie de développement. C'est le 8^{ème} cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14^{ème} chez les femmes dans le monde [2]. Ils surviennent 9 fois sur 10 chez des sujets alcool-tabagiques et très souvent au niveau ou à proximité des lésions précancéreuses [3]. En France, on compte 6000 nouveaux cas par an avec une forte prédominance masculine (70% des hommes) [4]. Au Cameroun, une étude réalisée en 2004 par Tchuenté C et al. sur les tumeurs maxillo-faciales, a révélé 62% de tumeurs malignes contre 38% de tumeurs bénignes ; la localisation prédominante des maxillaires dans 47% des cas [5].

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent.

Pasteur et Hamburger ont signalé une fréquence de 85 à 90% des carcinomes épidermoïdes [6].

Au Mali, Diombana ML en 1998, en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial avait trouvé 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas par an [7] et une fréquence de 60 cas de tumeurs salivaires sur 10 ans dont 33% de carcinomes [8]. Il n'est pas toujours aisé d'identifier des études publiées sur les données particulières aux cancers maxillo-faciaux qui figurent parfois parmi les néoplasies dites des voies aérodigestives supérieures (VADS).

La prise en charge de ces tumeurs est multidisciplinaire et regroupe : la chirurgie, l'oncologie, l'anatomie pathologique, la radiothérapie et la chimiothérapie. Dans notre contexte, le pronostic de cette affection reste péjoratif en raison du retard à la consultation, l'attribution de ces tumeurs à des causes mystiques et la pauvreté. C'est

ainsi que la présente étude a été initiée en vue de faire un état des lieux sur les aspects épidémiologiques et cliniques des cancers maxillo-faciaux au centre national d'odontostomatologie centre hospitalier universitaire Professeur Hamady TRAORE.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectif général :

Etudier les cancers maxillo-faciaux dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr Hamady TRAORE.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des cancers maxillo-faciaux.
- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des cancers maxillo-faciaux.
- Décrire les aspects cliniques cancers maxillo-faciaux.
- Identifier le profil histopathologique des cancers maxillo-faciaux.
- Identifier les modalités thérapeutiques des cancers maxillo-faciaux.

GENERALITES

3. Généralités

3.1. Définition :

Les cancers sont des proliférations cellulaires excessives aux dépens des tissus aboutissant à une masse tissulaire ressemblant plus ou moins au tissu normal homologue, ayant tendance à persister et à croître, témoignant de son autonomie biologique [9].

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

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

La face revêt une importance capitale aussi bien esthétique que fonctionnelle.

Les cancers maxillo-faciaux ont une morbidité et une mortalité non négligeable dont l'impact psychologique et social diminuent considérablement la qualité de la vie.

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

Elle échappe aux règles biologiques de la croissance et de la différenciation tissulaire [10].

D'après Amiel et Rouesse, la tumeur est un trouble de la croissance tissulaire caractérisé par une prolifération excessive des cellules, sans rapport avec les lésions physiologiques de l'organe atteint [11].

C'est une prolifération 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 [12].

3.1.1. Histoire naturelle du développement de la tumeur :

L'homme est un organisme multicellulaire regroupant plusieurs types de cellules organisées en tissus, organes et en systèmes.

Le développement et la croissance sont conditionnés par des processus complexes de régulation, de la prolifération, la différenciation et la mort cellulaire.

Ces phénomènes sont également mis en jeu au cours du renouvellement des cellules détruites et de la cicatrisation des plaies et des lésions inflammatoires.

La bonne régulation de ces processus est à l'origine de l'homéostasie tissulaire.

Des anomalies moléculaires de cette régulation sont à l'origine de prolifération mal contrôlée de groupes de cellules dont l'accumulation aboutit à la formation d'une tumeur macroscopique observable ou palpable [13].

Quatre phases caractérisent l'évolution naturelle d'une tumeur : une phase préclinique, une phase infra clinique, une phase clinique et une phase terminale [14].

3.1.1.1. Phase préclinique

Résulte de la présence d'une anomalie génomique acquise ou transmise, à elle seule de transformer une cellule normale en cellule cancéreuse, mais qui réduit le nombre de phénomènes acquis nécessaires à la transformation cellulaire.

3.1.1.2. Phase infra clinique

Comporte une étape d'initiation aboutissant à une transformation cellulaire (acquisition d'un phénotype de cellule maligne). Il s'agit d'une étape acquise par action conjointe sur le génome d'agents carcinogènes (initiateurs=mutagènes) et d'agents cocarcinogènes.

L'étape de promotion entraîne l'apparition d'une émergence d'un phénotype cellulaire tumoral indépendant des contrôles tissulaires. L'étape de promotion est associée à une étape de progression infra clinique lente initiale puis exponentielle.

3.1.1.3. Phase clinique

Apparaît lors du développement de plusieurs cellules tumorales.

Une progression métastatique apparaît après une première phase d'invasive locale. Le phénomène métastatique résulte de multiples étapes toutes mutilantes.

- Croissance de la tumeur primitive (angiogénèse)
- Invasion (sécrétion d'enzymes protéolytiques et migration cellulaire)
- Survie dans la circulation générale
- Arrêt dans les organes cibles (adhésion spécifique à l'endothélium vasculaire et aux membranes basales).
- Extravasation (sécrétion d'enzymes protéolytiques et migration cellulaire)
- Croissance dans l'environnement tissulaire spécifique au sein de l'organe cible, de la métastase primaire (récepteurs aux facteurs de croissance, phénomène d'autocrine).
- Métastases secondaires

3.1.1.4. Phase terminale

Elle est le résultat d'un échappement thérapeutique. Les cellules tumorales sont caractérisées par une autonomie de croissance, une adaptabilité métabolique cellulaire, des phénomènes de pharmacorésistance

3.1.2. Caractères généraux de la cellule tumorale [15]

3.1.2.1. Caractères résiduels

La cellule garde un certain degré de différenciation caractéristique du tissu original.

3.1.2.2. Caractères morphologiques acquis

Anomalies du noyau : volumineux, multiples, nucléoles visibles, hyperploïdie.

Anomalies de la taille des cellules : hétérogènes

Anomalies cytoplasmiques : augmentation du rapport cyto-nucléaire

Anomalies de la membrane cytoplasmique : perte de l'inhibition de contact, modification de l'adhésivité, modifications des antigènes de surface.

3.1.2.3. Caractères dynamiques acquis

Taux élevé, autonome, anarchique et indéfini de mitoses. Mort cellulaire par hypoxie.

3.1.2.4. Anomalies biochimiques

-Moindre différenciation (diminution des activités de synthèse, de sécrétion, d'excrétion).

-Synthèse de substances en quantité et de qualité anormales : immunoglobulines.

-Hormones (syndromes paranéoplasiques).

-Troubles de l'induction enzymatique.

3.1.3. Notion de croissance tumorale [16]

La tumeur comporte 3 compartiments

- Le compartiment des cellules en division ;
- Le compartiment des cellules quiescentes ;
- Le compartiment des cellules incapables de se diviser (mort cellulaire).

Trois paramètres définissent la cinétique de croissance tumorale

- Le coefficient de prolifération tumorale (nombre de cellules engagées en division), -
- Le coefficient de perte cellulaire,
- La durée du cycle cellulaire (paramètre de moindre importance).

3.1.4. Modes de propagation de la tumeur [17]

- Une phase d'extension locale initiale

Les cellules cancéreuses adoptent des caractéristiques de mobilité accrue, de perte de l'inhibition de contact, de moindre cohésion intercellulaire.

Des substances favorisant cette progression sont sécrétées. Il s'agit de facteurs d'angiogenèse, de facteurs toxiques induisant une nécrose tissulaire, de facteurs protéolytiques à l'origine d'une destruction de l'élastine et du collagène, d'une activation des phénomènes de lyse locale.

- L'extension régionale

Elle résulte de facteurs mécaniques (compression tumorale sur les organes de voisinage), de modifications de la vascularisation régionale.

L'extension régionale est liée à la nature du tissu d'origine (stroma péri tumoral, réaction inflammatoire). Une progression locale peut se propager anatomiquement le long des gaines des nerfs, des vaisseaux, des aponévroses.

- L'extension métastatique

Elle repose le plus souvent sur les deux voies de dissémination décrites ci-dessous.

- ✓ Dissémination hématogène

Cette voie est particulièrement fréquente pour les sarcomes, ainsi que pour beaucoup de carcinomes (poumon, colorectal, estomac, rénal, prostate, endocrinien).

Parmi les grandes voies de dissémination hématogènes :

- Grande circulation (à partir du poumon)
- Poumon (à partir du système cave)
- Foie (à partir du système porte)
- ✓ Dissémination lymphatique

Cette voie conduit les cellules tumorales de ganglions en ganglions vers la circulation sanguine ,avec un risque d'implantation ganglionnaire, décrivant une partie de la cascade métastatique .

Cette multiplicité de voies de dissémination reflète celle des sites métastatiques.

3.1.5. Etiologies [42]

Les agents étiologiques sont nombreux dans le cancer de la langue, certains plus spécifiques à certaines localisations.

3.1.5.1. Tabac

Le rôle carcinogène du tabac dans le cancer de la langue est établi depuis plus de 50 ans de façon statistiquement significative.

Il existe plusieurs variétés de feuilles de tabac.

Le tabac à fumer est constitué de plusieurs espèces auxquelles on rajoute des additifs leur conférant alors un arôme spécifique.

La toxicité du tabac est donc variable. C'est la combustion incomplète du tabac qui crée la fumée de cigarette : celle-ci contient de nombreuses substances, que l'on peut schématiquement séparer en 4 groupes :

- La nicotine, responsable du phénomène d'accoutumance.
- Le monoxyde de carbone.
- Les irritants : phénols, aldéhydes, acroléine.
- Les hydrocarbures aromatiques polycycliques, en particulier le 3-4 benzopyrène.

Cette substance cancérigène se retrouve en proportion variable dans les mélanges de tabac, allant d'un facteur 1 à 10

3.1.5.2. Alcool

Le risque de cancer de la langue est plus élevé chez les buveurs excessifs que chez les patients abstinents.

L'alcool seul n'induit pas de cancer, il possède un rôle carcinogène en association avec le tabac.

- Il est solvant des produits cancérigènes du tabac et favorise la pénétration de ce produits.[43]
- Il peut être associé à des produits carcinogènes, comme les nitrosamines dans la bière.
- Il perturbe les systèmes enzymatiques comme les cytochromes P450.
- Il irrite les muqueuses ce qui entraîne une diminution de leur protection par la salive.
- Il induit des déficiences nutritionnelles dont l'impact sera étudié par la suite.
- Toutes les boissons alcoolisées sont néfastes lorsqu'elles sont consommées de façon importante.

3.1.5.3. Facteurs nutritionnels

- Déficit en fer

Des modifications histologiques de la muqueuse de la cavité buccale ont été rapportées secondairement à une carence martiale, qui favoriserait l'action des facteurs carcinogènes.

- Carences vitaminiques

Qu'elles soient spontanées ou secondaires à la consommation d'alcool, elles favorisent la survenue des cancers, en particulier le déficit en vitamine A et en vitamine C.

3.1.5.4. Facteurs viraux

Le papillomavirus humain

Son rôle carcinogène dans la survenue du cancer du col utérin est déjà établi, justifiant une vaccination préventive chez les jeunes filles. Son implication dans les cancers des VADS est plus récente.

En pratique, il est indispensable de faire des recherches virales lorsqu'il existe un cancer de la langue ou de l'amygdale de type épidermoïde chez un patient sans facteur de risque.

Le pronostic des cancers liés au papillomavirus humain est meilleur.

3.1.5.5. Autres facteurs associés

- La consommation de marijuana favoriserait les cancers de la langue mobile. On retrouve dans sa fumée certains facteurs carcinogènes de la fumée du tabac, mais en quantités plus importantes.
- Les traitements immunosuppresseurs
- Les syndromes de déficits immunitaires congénitaux ou acquis.
- Les tumeurs oro-pharyngées surviennent plus fréquemment chez les patients infectés par le VIH dans la population.
- Les radiations ionisantes

3.1.5.6. Facteurs génétiques

Tous les consommateurs assidus de tabac ne développent pas de cancer de la langue. De façon plus générale, il existe des prédispositions génétiques aux cancers qui expliquent la pénétrance variable dans les populations à risque, voire l'apparition d'un cancer en l'absence de facteur de risque.

- Les prédispositions génétiques majeures au cancer : syndromes héréditaires et formes familiales.
- Les prédispositions génétiques mineures au cancer : elles mettent en jeu des gènes avec faible pénétrance qui expliquent l'absence de table familial évident. Ces facteurs mineurs modulent probablement l'influence de l'environnement sur l'organisme.

3.2. Rappels anatomiques, physiologiques et histologiques

3.2.1. Rappels anatomiques

3.2.1.1. La cavité buccale [18]

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

- la cavité périphérique répond au vestibule de la bouche
- la cavité buccale proprement dite [19]

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

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

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

La bouche comporte deux organes essentiels :

La langue séparée de l'arcade alvéolo-dentaire mandibulaire par le sillon alvéolo-lingual, fixe dans sa partie postérieure et mobile pour le reste, grâce l'action de dix-sept petits muscles, qui permettent la déglutition et la phonation.

Au repos sa face inférieure est appliquée au plancher buccal. Les papilles qui recouvrent sa surface sont les récepteurs de la gustation.

Les dents, loin d'être des organes isolés, appartiennent à l'appareil de nutrition.

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

3.2.1.2. Les glandes salivaires

On distingue deux types de glandes salivaires :

❖ Les glandes salivaires principales [20]

-la glande parotide ; c'est la plus volumineuse, sa situation est superficielle a dessous et en avant du méat auditif externe et en arrière du ramus. Elle est de forme pyramidale

et possède un canal excréteur (canal de Sténon) qui débouche dans la cavité buccale à la face interne de la joue par un orifice punctiforme en regard du collet de la deuxième molaire supérieure. Son poids est de 20 à 30 grammes.

- La glande sous-maxillaire, a la taille d'une grosse amande située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Elle longe la base de la branche horizontale de la mandibule, se déverse dans la bouche par le canal de Wharton au sommet de la caroncule linguale. Son poids est de 5 à 10 grammes. Elle est explorable par les doigts sous mandibulaires, palpable par la voie buccale à travers la muqueuse du sillon gingivolingual.

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

❖ Les glandes salivaires accessoires (GSA)

Ces glandes sont disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale exceptée au niveau des gencives et du vermillon des lèvres. Leur existence et leur situation sont variables en fonction des individus ; elles peuvent être :

labiales, jugales, palatines, vélaires, linguales, dorsales ou marginales.

3.2.1.3. Anatomie des maxillaires [21]

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

- le maxillaire inférieur ou mandibule, est pourvu d'une branche horizontale médiane et de deux branches montantes droite et gauche. Celles-ci présentent à leurs extrémités supérieures deux apophyses : le coroné et le condyle. Le coroné s'articule avec l'os temporal.

- le maxillaire supérieur ou massif facial : de structure beaucoup plus complexe, apparaît creusé sur la ligne médiane des fosses nasales. Il forme le plancher de l'orbite en haut. Il présente deux cavités sinusiennes latérales, les sinus maxillaires.

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

3.2.2. Rappels physiologiques [21,22]

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

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

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

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

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

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

3.2.3. Rappels histologiques

3.2.3.1. Au niveau de la cavité buccale [8]

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

L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation.

Variations topographiques

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

- La muqueuse masticatrice

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

- La muqueuse bordante

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

- La muqueuse spécialisée du dos de la langue

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

3.2.3.2. Glandes salivaires [20]

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs. Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses, ou des deux, prenant alors le nom d'acini mixtes. Les parotides sont essentiellement séreuses ; les glandes sous mandibulaires mixtes à prédominance séreuse ; les sublinguales essentiellement muqueuses. Les glandes salivaires accessoires sont selon la localisation soit muqueuses pures : glandes palatines, soit séreuses pures : glandes linguales. Mais on peut trouver des formes mixtes dans toutes les glandes en particulier dans la parotide, aux âges extrêmes de la vie. Les acini se drainent dans les canalicules inter-canalaires, puis striées et enfin excréteurs. Les cellules inter-glandulaires contiennent également dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

3.2.3.3. Maxillaires [8]

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

- une corticale où prédominent les processus d'ostéoformation et de remodelage de l'os. Le cortex est formé d'os compact recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, le périoste. On y retrouve des canaux de Havers, espaces circulaires entourés de 6 à 12 lamelles osseuses concentriques séparées par des lignes d'apposition et peuplées de couronnes d'ostéocytes.
- une spongieuse où la résorption osseuse prédomine. Elle est constituée de trabécules bordés d'ostéoblastes et creusée de logettes contenant des ostéocytes.

3.3. Lésions précancéreuses stomatologiques

Elles sont des altérations tissulaires au sein desquelles le cancer apparaît le plus souvent que dans le tissu normal homologue [23].

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

3.3.1. Leucoplasie [23, 24]

Elle peut être définie comme une lésion blanche de la muqueuse buccale, non détachable par grattage et qui ne peut être attribuée à une cause identifiable autre que l'usage éventuelle du tabac. On distingue actuellement :

-Les leucoplasies homogènes :

Elles sont des plaques blanches clairement circonscrites, planes ou légèrement surélevées, lisses ou uniformément rugueuses parfois traversées par des fines crevasses ou fissures. C'est la forme la plus fréquente et présente seulement des dysplasies légères réversibles et subit rarement une transformation maligne.

-Les leucoplasies inhomogènes :

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

3.3.2. Lichen plan [25,44]

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

Toute la cavité buccale peut être atteinte avec une prédominance sur la face interne des joues et les replis vestibulaires gingivo-jugaux et la langue. Les lésions sont presque toujours symétriques et évoluent par poussées successives.

Les lésions sont parfois hyperkératosiques verruqueuses, d'autres fois

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

3.3.3. Erythroplasie [23]

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

3.3.4. Papillomatose orale floride (POF) [23]

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

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

3.3.5. Chéilite actinique [23]

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

3.3.6. Fibrose sous-muqueuse [23]

C'est une atteinte chronique de la cavité buccale. Elle serait liée aux mauvaises habitudes alimentaires : ingestion d'aliments épicés, déficiences en vitamines

(A, B, C, E), mastication de noix de bétel, tabac. Elle se traduit cliniquement par une sensation de brûlure et la formation de vésicules suivies par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui

apparaît lisse, atrophique et perd progressivement son élasticité. Il n'existe pas de traitement spécifique.

3.3.7. Candidose kératosique [26]

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

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

3.3.8. Syphilis tertiaire [27]

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

3.4. Cancers maxillo-faciaux

3.4.1. Epidémiologie

Les cancers maxillo-faciaux situés au niveau de la cavité buccale représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes et 30% des cancers des VADS. Ils représentent 17% des cancers bucco-pharyngés [1] et sont à 90% carcinome épidermoïde. Parmi les 10% restant, 5% sont des carcinomes glandulaires (adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, carcinome muco épidermoïde) et 5% les tumeurs plus rares (sarcomes, lymphomes, tumeurs nerveux etc.....)

Ces cancers ont l'incidence, de loin la plus élevée dans le monde. Ils sont la cause de 3% de décès par cancer chez l'homme dont 25% par le cancer de la langue [29].

La fréquence chez la femme est en augmentation constante depuis 30 ans.

Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en développement, c'est le 8ème cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14ème chez les femmes dans le monde [2]. On dénombrait 274 300 nouveaux cas et 145 500 décès dans le monde en 2002. Les deux tiers de ce fardeau sont supportés par les pays en développement, et pour plus de 30% par l'Inde seule. Un taux élevé de ce cancer buccal est enregistré

dans le sous-continent-Indien, en Europe Centrale et de l'Est, dans certaines régions de France, en Europe du Sud et en Océanie [2].

Les cancers maxillo-faciaux localisés au niveau des glandes salivaires ont une incidence faible, inférieure à 1/ 100.000, sans disparité géographique notable. Peu fréquents, ils représentent un peu moins de 5% des cancers de la tête et du cou.

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

Les cancers maxillo-faciaux existent bel et bien au niveau des maxillaires mais leur incidence reste difficile à préciser car souvent associés aux tumeurs du massif facial et aux tumeurs osseuses.

Au Mali, DIOMBANA en 1998 en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati retrouve 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas par an [7] ; puis également Diarra en 2005 en étudiant les tumeurs du massif facial à Kati retrouve 13 cas de cancer du massif-facial sur 10 ans [41].

3.4.2. Etiopathogénie

L'étiologie à 90% liée à une consommation excessive de tabac associée à l'alcool, ou une dégénérescence de lésions précancéreuses dans un contexte bucco-dentaire médiocre et des irritations chroniques [30].

L'usage de tabac sans fumée, notamment de tabac à priser ou à chiquer, fait également courir un risque important, bien que les carences vitaminiques (A, B, C, E) et les expositions professionnelles aient leur part de responsabilité [8].

Le risque de cancer croît avec la quantité de tabac fumé et la durée de consommation. Un second cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx ou du larynx se développera chez environ 37% des patients qui continuent de fumer après une guérison apparente de leur cancer, comparativement à 6% seulement chez ceux qui cessent de fumer [4].

La consommation régulière d'épices fortes et de piment s'accompagne de modifications de la muqueuse buccale, se traduisant par des plages kératosiques et ou érythémateuses. Ces lésions ont sans doute un potentiel de transformation maligne, mais il semble relativement faible [31].

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

3.4.3. Diagnostic

3.4.3.1. Circonstances de découvertes

Les signes et les symptômes du cancers maxillo-faciaux peuvent être perceptibles relativement tôt. Les cancers maxillo-faciaux se manifestent le plus souvent sous forme d'induration ou d'ulcération asymptomatique.

Les signes qui orientent bien que non spécifique sont [32] :

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

Ces troubles fonctionnels ont une caractéristique principale : celle de persister.

Une durée au-delà d'une quinzaine de jours les rend suspects. L'inspection et la palpation, permettent de trouver un bourgeonnement et/ou une ulcération qui saigne habituellement au contact et s'accompagne d'une infiltration sous-jacente.

3.4.3.2. Diagnostic positif [33]

Il est essentiellement anatomopathologique.

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

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

L'examen histologique est essentiel pour déterminer à quel stade se situe une dysplasie précancéreuse. Les lésions précancéreuses lorsqu'elles sont découvertes, doivent être surveillées et traitées avant progression vers le carcinome épidermoïde invasif.

Les tests de diagnostic à utiliser sont :

- la biopsie
- la cytologie
- la cytoponction

3.4.4. Diagnostic différentiel

L'ulcération cancéreuse doit être distinguée des autres ulcérations rencontrées dans la bouche : aphte isolé commun, aphte géant, aphte nécrotique, ulcération linguale à cytomégalovirus, aphtose miliaire, stomatite herpétique, et l'ulcération traumatique [24].

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

3.4.5. Examens complémentaires [34]

❖ Imagerie médicale

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

***Le cliché panoramique dentaire :** Peut mettre en évidence un envahissement

osseux sous la forme d'une image lytique et permet de voir les signes dentaires.

***Le scanner ou TDM :** Il trouve son intérêt dans la recherche d'adénopathies cervicofaciales et d'une extension osseuse

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

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

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

***L'échographie abdominale :** elle est indiquée en cas de recherche d'une localisation secondaire hépatique.

*** La pan-endoscopie**

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

❖ bilan stomatologique :

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

Ce bilan comprend :

- un examen clinique à la recherche de foyers infectieux dentaires et parodontaux ;
- un examen radiologique avec orthopantomogramme (OPG) permettant d'évaluer l'état dentaire et l'état du parodonte ;
- un détartrage ;
- l'éradication de tout foyer infectieux dentaire (extraction ou traitement conservateur);

- la réalisation de gouttières thermoformées, à partir d'empreintes, permettant l'application topique quotidienne de gel fluoré à 1% pendant 5 minutes.

❖ **bilan pré thérapeutique :**

IL comprend :

- **le bilan préopératoire standard**
- **le bilan pré chimiothérapie et radiothérapie** (bilan hépatique, rénal, cardiaque, respiratoire, statut OMS, état nutritionnel et hémogramme)

3.4.6. Classification TNM 8è Edition 2017 [33]

Il s'agit d'un système adopté par l'Union Internationale Contre le Cancer dans le but de codifier les informations concernant l'extension anatomique de la lésion cancéreuse pour chaque localisation. Cette classification repose sur l'évaluation de trois éléments : T, N, M.

T - Tumeur primaire(caractéristiques)

TX : La tumeur primaire ne peut pas être évaluée

T0 : Aucune preuve de tumeur primaire

Tis : Carcinome in situ

T1 : Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : Tumeur > 2 cm mais ≤ 4 cm dans sa plus grande dimension

T3 : Tumeur > 4 cm dans sa plus grande dimension

T4a (lèvre) : La tumeur envahit l'os cortical, le nerf alvéolaire inférieur, le plancher de la bouche ou la peau (du menton ou du nez)

T4a (cavité buccale) : La tumeur envahit l'os cortical, le muscle profond/extrinsèque de la langue, le sinus maxillaire ou la peau du visage

T4b (lèvre et cavité buccale) : La tumeur envahit l'espace masticateur, les plaques ptérygoïdiennes ou la base du crâne ; ou enveloppe l'artère carotide interne

Remarque : l'érosion superficielle de l'os/de l'alvéole dentaire par une gencive primaire n'est pas suffisante pour classer une tumeur comme T4.

N - Ganglions lymphatiques régionaux (c.-à-d. les ganglions cervicaux)

NX : les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués

N0 : aucune métastase ganglionnaire régionale

N1 : Métastase dans un seul ganglion lymphatique ipsilatéral, ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension

N2 : Métastase telle que spécifiée dans N2a, N2b ou N2c ci-dessous

N2a : Métastase dans un seul ganglion lymphatique ipsilatéral, > 3 cm mais ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension

N2b : Métastase dans plusieurs ganglions lymphatiques ipsilatéraux, tous ≤ 6 cm dans leur plus grande dimension

N2c : Métastase dans les ganglions lymphatiques bilatéraux ou controlatéraux, tous ≤ 6 cm dans leur plus grande dimension

N3 : Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension

Remarque : les ganglions médians sont considérés comme des ganglions ipsilatéraux.

M - Métastase à distance

M0 : Pas de métastase à distance

M1 : Métastase à distance

Groupement des stades

Stade 0 :	Tis	N0	M0
Stade I :	T1	N0	M0
Stade II :	T2	N0	M0
Stade III :	T1-2	N1	M0
	T3	N0-1	M0
Stade IVA :	T1-3	N2	M0
	T4a	N0-2	M0
Stade IVB :	Tout T	N3	M0
	T4b	Tout N	M0
Stade IVC :	Tout T	Tout N	M1

3.4.7. Histopathologie [4]

3.4.7.1. Au niveau de la cavité buccale :

Les cancers maxillo-faciaux ont pour type histologique plus fréquent le carcinome épidermoïde.[51] Il peut être bien ou peu différencié. La différenciation malpighienne se manifeste par la présence de grandes cellules quadrangulaires à limites nettes étroitement unies par des ponts d'union. La maturation désigne l'élaboration par les cellules tumorales de kératine, soit d'apparence normale avec disparition des noyaux, soit d'aspect anormal avec persistance de noyaux (parakératose) ou dans des cellules individuelles (dyskératose).

En fonction du degré de différenciation de ces cellules, on distingue :

- carcinome épidermoïde

- les cancers épidermoïdes différenciés représentent 95% des cas. Les cellules de ces cancers sont identiques à celles de l'épithélium buccal normal.
- les cancers moins différenciés s'opposent aux précédents, composés de cellules de formes variables, cubiques, polygonales, fusiformes monstrueuses.

Celles ci sont très basophiles et la maturation kératosique est très rare.

- Autres types de cancers les sarcomes, lymphomes , les mélanomes, les cancers basocellulaires les tumeurs odontogènes

Du point de vue histologique, certaines variétés de carcinome épidermoïde peuvent être observées dans la cavité buccale tel que le carcinome verruqueux.

Son aspect est identique au carcinome verruqueux laryngé, il se présente parfois sous forme d'une nappe papillomateuse hyperkératosique.

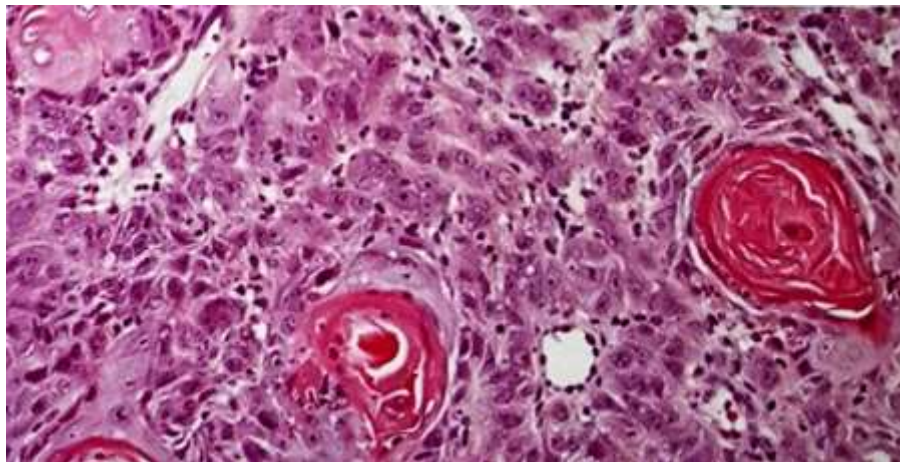


Figure1 : Carcinome épidermoïde oral conventionnel, modérément différencié, présentant une formation de perles de kératine (OMS 2017).

3.4.7.2. Au niveau des glandes salivaires :

La classification OMS 2017 des cancers des glandes salivaires est :

Carcinome mucoépidermoïde

Carcinome adénoïde kystique

Carcinome à cellules acineuses

Adénocarcinome polymorphe

Carcinome à cellules claires

Adénocarcinome basocellulaire

Carcinome intracanalair

Adénocarcinome, SAI

Carcinome des canaux salivaires

Carcinome myoépithélial

Carcinome épithélial-myoépithélial

Carcinome ex adénome pléomorphe

Carcinome sécrétoire

Adénocarcinome sébacé

Carcinosarcome

Carcinome peu différencié

Carcinome indifférencié

Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules

Carcinome neuroendocrinien à petites cellules

Carcinome lymphoépithélial

Carcinome épidermoïde

Carcinome oncocytaire

Potentiel malin incertain

Sialoblastome

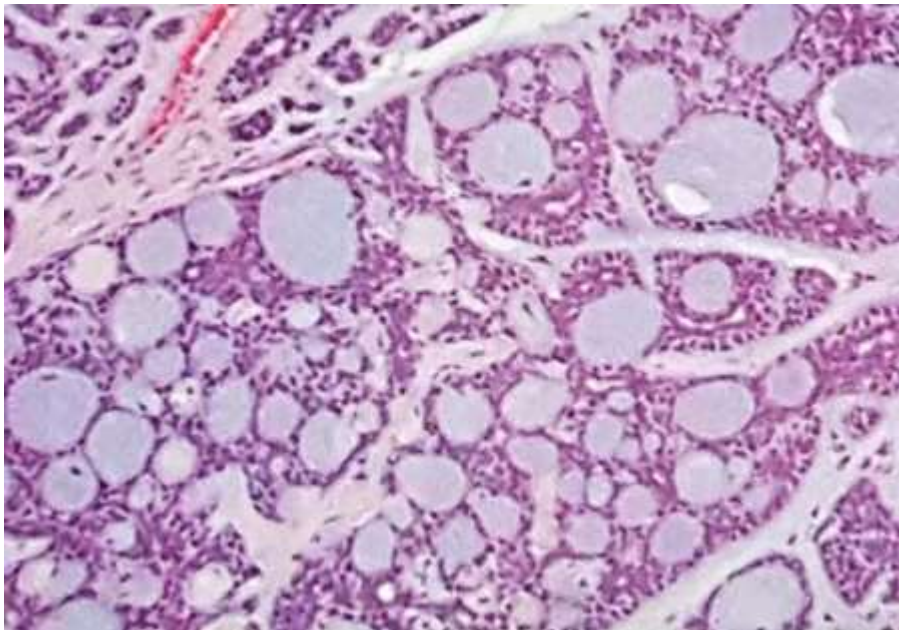


Figure2 : Carcinome adénoïde kystique : Type cribriforme avec des espaces ronds bien définis remplis de substance myxoïde légèrement basophile (OMS 2017)

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

On distingue :

- **Les cancers épithéliaux** [38]
 - **les carcinomes muco-épidermoïdes** : représentent 44% des cancers des glandes salivaires. Ce sont des cancers à malignité intermédiaire développés à partir des canaux salivaires. Ils se caractérisent par la présence de cellules épidermoïdes et des cellules mucoïdes. Les cellules épidermoïdes sont souvent unies par des ponts intercellulaires bien visibles mais la kératinisation est rare.
 - **le carcinome développé sur un adénome pléomorphe** : Il représente 17% des cancers des glandes salivaires, le diagnostic s'appuie sur la présence simultanée au sein de la tumeur des vestiges de l'adénome pléomorphe et d'un contingent carcinomateux plus ou moins différencié.
 - **L'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde** : représentent respectivement 10% et 7% des tumeurs malignes salivaires.

L'adénocarcinome peut naître soit des cellules des canaux excréteurs, soit des acini. Il est constitué de quelques tubules et formations glandulaires papillaires.

On n'y trouve aucun vestige d'adénome pléomorphe.

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

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

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

- Les cancers secondaires

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

3.4.7.3. Au niveau des maxillaires :

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

- Les cancers odontogéniques :

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

Les cancers épithéliaux purs : rappelant la structure de l'émail, d'origine malpighienne ou se différencient ensuite les améloblastes sécrétant l'émail.

Les cancers à la fois épithéliaux et conjonctifs : où se retrouvent des tissus rappelant l'organe de l'émail et des tissus semblables à l'ectomésenchyme pulpaire.

Les cancers conjonctifs purs : sont formées d'un tissu analogue à l'ectomésenchyme et peuvent englober quelques vestiges épithéliaux odontogéniques non tumoraux.

Comme tumeurs malignes, on a :

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

+Le sarcome odontogénique

-les cancers non odontogéniques

- le fibrosarcome
- le chondrosarcome
- l'ostéosarcome
- les autres sarcomes
- les lymphomes (plasmocytome, lymphome de Burkitt)

3.4.8.Traitement

3.4.8.1. Buts [35]

-Guérir les patients

-Soulager les douleurs

-Améliorer la qualité de vie des patients

3.4.8.2. Moyens et Méthodes [36, 11]

• La chirurgie

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

Les techniques d'exérèse tumorale :

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

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

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

Les techniques d'évidement ganglionnaire :

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

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

La maxillectomie et la glossectomie peuvent aussi être réalisées quand les cancers siègent respectivement au niveau maxillaire et la langue.

• La chimiothérapie

Elle a une indication dans le traitement des cancers maxillo-faciaux. Elle peut être administrée en néoadjuvant à la chirurgie ou à la radiothérapie pour diminuer le volume tumorale. Elle peut aussi être administrée en situation métastatique. Les protocoles les plus couramment utilisés sont : T(Taxanes) P(Platines) F(5Fluoro-uracyl) =TPF ou P(Platines) F(5Fluoro-uracyl)=PF.

• La radiothérapie

C'est le traitement locorégional des tumeurs malignes par des radiations ionisantes. Elle peut être utilisée soit seul, soit associée à d'autres armes thérapeutiques : chimiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante), chirurgie. Elle peut intervenir soit avant la chirurgie (Néoadjuvant) ou après la chirurgie (Adjuvant). Elle peut être externe ou de contact (curiethérapie). La dose administrée varie en fonction de la taille de la tumeur, du type de la tumeur et de l'état clinique du malade.

3.4.8.3. Indications [37]

Pour les T1T2N0 on utilise la chirurgie et la radiothérapie post opératoire.

Pour les T1T2N1-N3, chirurgie plus curage ganglionnaire et radiothérapie post opératoire.

Pour les T3T4N0-N3 :

-Opérables : on utilise la chirurgie et curage ganglionnaire bilatéral puis la radiothérapie post opératoire.

-Inopérables : chimiothérapie et radiothérapie sont utilisées.

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

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

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

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

3.4.8.4. Surveillance [37]

Une surveillance régulière en cours du traitement et en post opératoire doit être réalisée.

Moyens :

-Clinique : un examen stomatologique et maxillo-faciale complet

-Radiologique : des radiographies de contrôle peuvent être demandées

-Biologique : selon l'état du patient un bilan sanguin de contrôle est demandé

Rythme :

- Un contrôle chaque 3 mois pendant 2 ans, puis
- Un contrôle chaque 6 mois pendant 3 ans puis
- Un contrôle par an

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

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

MATERIELS ET METHODES

4. Matériels et méthodes

4.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et rétrospective sur une période de quatre ans allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023.

4.2. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr HT.

Le CHU-CNOS Pr HT est un Centre Hospitalier spécialisé. C'est un centre de 3^{ème} référence nationale en matière d'odonto-stomatologie. Le Centre a officiellement ouvert ses portes le 10 Février 1986. Erigé en Etablissement Public à Caractère Administratif (EPA) par la Loi n°92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la Loi n°03-23/AN-RM du 14 juillet 2003.

Le 12 décembre 2006, il est devenu un Centre Hospitalier –Universitaire (CHU) par la signature de la Convention entre le CNOS et le Rectorat.

Depuis le 1^{er} septembre 2022, il a été nommé CHU-CNOS Pr Hamady TRAORE par décret n° 2022-0522/PT-RM.

Le CHU- CNOS Pr HT est un centre spécialisé en odontostomatologie. L'objectif global du centre est d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire et ses missions sont les 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 la santé ;
- conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

Il est composé de trois départements : le département technique, le département administratif, et le département de santé publique.

Les organes d'administration et de gestion du CHU-CNOS Pr HT sont :

- Le Conseil d'Administration
- La Direction Générale

- Le Comité de Direction
- Les Organes Consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Commission des Soins Infirmiers (CSI), Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité (CTHS).

Présentation du Service de Stomatologie et de Chirurgie-maxillo-faciale

Il comprend :

- Neuf salles d'hospitalisation avec une capacité de 32 lits
- Un bloc opératoire avec deux salles d'intervention
- Une salle de garde pour les DES et Etudiants hospitaliers
- Une salle de garde pour les infirmières
- Trois salles de consultation
- Une salle de suivi post-opératoire
- Un bureau pour le chef de service
- Deux bureaux pour les chirurgiens
- Un bureau pour le surveillant de l'hospitalisation

4.3. Population d'étude

L'étude a concerné les patients de tout âge fréquentant le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr HT.

4.4. Taille de l'échantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif. Tous les cas de cancers maxillo-faciaux pendant la période d'étude ont été collectés.

4.5. Critères de sélection

4.5.1. Critères d'inclusion

- Tout patient présentant un cancer maxillo-facial diagnostiqué cliniquement et confirmé par l'examen histologique.
- Tout patient ayant un dossier médical exploitable et ayant accepté la prise en charge.

4.5.2. Critères de non inclusion

- Tout patient présentant un cancer maxillo-facial suspecté cliniquement non confirmé par l'examen histologique ;
- Tout patient n'ayant pas un dossier médical exploitable ou n'ayant pas accepté la prise en charge.

4.6. Collecte des données

- Toutes les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux.
- Les fiches d'enquête ont été renseignées par un personnel formé de manière appropriée avant le début de la collecte.

4.7. Déroulement de l'enquête

L'enquête par questionnaire a été la technique de collecte des données.

Ce questionnaire préétabli (en annexes de ce document) comporte les variables suivantes :

- Données sociodémographiques du participant,
- Antécédents (médicaux et chirurgicaux)
- Données cliniques,
- Données paracliniques,
- Modalités thérapeutiques

4.8. Saisie et Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel analysées sur le logiciel SPSS 21. Les proportions seront comparées en utilisant le test χ^2 de Pearson. Le seuil de significativité sera fixé à $p < 0,05$.

4.9. Considérations éthiques

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques liées à la recherche. Toutes les données collectées sur le patient étaient confidentielles. Afin de préserver l'identité et la confidentialité, les participants n'ont été identifiés que par un code. La participation à cette étude ne comportait pas de risque particulier. Aucun acte médical n'a été posé et aucun examen complémentaire n'a été demandé en dehors de la procédure normale de prise en charge.

Par ailleurs, il y'avait pas de bénéfice direct pour les participants mais les résultats pourront contribuer à une meilleure connaissance de l'épidémiologie des cancers maxillo-faciaux en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

RESULTATS

5-Resultats

Tableau I: Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	51	45,5
Féminin	61	54,5
Total	112	100

Les femmes ont représenté 54,50 % avec un sex-ratio à 0,84.

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

Tranche d'âge(an)	Effectif	Fréquence (%)
]0--10]	06	05,36
]11--20]	08	7,14
]21--30]	09	08,03
]31--40]	12	10,72
]41—50]	12	10,72
]51—60]	26	23,21
61 et plus	39	34,82
Total	112	100

La tranche d'âge de 61 ans et plus a été majoritairement représentée soit plus de 34%.

La moyenne a été de 50 ans.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	62	55,36
Ségou	17	15,18
Koulikoro	11	09,82
Kayes	08	07,14
Autres	14	12,50
Total	24	100

Les patients résidant à Bamako représentaient 55,36%.

Autres : Guinée Conakry, Mopti, Ténékou, Tombouctou

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	50	44,64
Cultivateur	21	18,75
Commerçant	09	08,04
Elève	08	07,14
Ouvrier	06	05,36
Tailleur	04	03,57
Autres	14	12,50
Total	112	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 44,64%.

Autres : forgeron, marabout, peintre, mécanicien, enseignant, cordonnier.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence (%)
Marié	87	80,36
Célibataire	18	16,07
Veuve	03	02,68
Divorcé	01	00,89
Total	112	100

Les patients mariés ont représenté 80,36% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	75	66,96
Primaire	28	25
Secondaire	03	02,68
Supérieure	06	05,36
Total	112	100

Les patients non scolarisés ont représenté 66,96%.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Référé	87	77,68
Venue de lui même	25	22,32
Total	112	100

Les patients référés ont représenté 77,68% des cas

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

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Tuméfaction douloureuse	81	72,32
Ulcération douloureuse	25	22,32
Altération de l'état général	03	02,68
Autres	03	02,68
Total	112	100

La tuméfaction douloureuse a été le principal motif de consultation le plus fréquent avec 72,32%.

Autres :Saignement

Tableau IX: Répartition des patients en fonction du délai de consultation en mois

Délai de consultation mois	Effectif	Fréquence (%)
]1--6]	61	54,46
]7--12]	29	25,89
]13--24]	06	05,36
]25--36]	05	04,47
37 et plus	11	09,82
Total	112	100

Le délai de consultation était moins de 7 mois dans 54,46% des cas.

Tableau X: Répartition des patients en fonction des circonstances de découverte

Circonstance de découverte	Effectif	Fréquence (%)
Tuméfaction	49	43,75
Ulcération	22	19,65
Douleur	38	33,92
Autres	03	02,68
Total	112	100

La tuméfaction était la circonstance de découverte dans 43,75% des cas.

Tableau XI: Répartition des patients en fonction du mode de vie

Mode de vie	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	96	85,71
Tabac seul	12	10,72
Alcool seul	00	00
Alcool+tabac	04	03,57
Total	112	100

Il n'y avait pas de notion d'intoxication alcoolo-tabagique dans 85,71% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du Statut OMS

Statut OMS	Effectif	Fréquence (%)
0	10	08,92
1	13	11,61
2	30	26,79
3	42	37,50
4	17	15,18
Total	112	100

Le OMS était 3 dans 37,50% des cas

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de l'hospitalisation

Hospitalisation	Effectif	Fréquence (%)
Non	77	68,80
Oui	35	31,20
Total	112	100

Les patients suivant les soins en ambulatoire représentaient 68,80%.

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du siège de la tumeur

Siège	Effectif	Fréquence (%)
Mandibule	30	26,79
Maxillaire	21	18,75
Langue	21	18,75
Joue	12	10,71
Palais	10	08,93
Parotide	06	05,36
Lèvre	04	03,57
Autres	08	07,14
Total	112	100

La localisation mandibulaire représentait 26,79% des cas.

Autres : Gencive, Plancher buccal, Sous-maxillaire, maxillo-mandibulaire

Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'aspect du revêtement cutané

Revêtement cutané	Effectif	Fréquence (%)
Aspect Sain	77	68,80
Aspect pathologique	35	31,20
Total	112	100

L'aspect du revêtement cutané était normal dans la majorité des cas.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de l'état de la muqueuse buccale

Muqueuse buccale	Effectif	Fréquence (%)
Aspect Sain	24	21,43
Aspect pathologique	88	78,57
Total	112	100

L'aspect de la muqueuse buccale était pathologique dans 78,57%.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la présence d'adénopathie

Adénopathie	Effectif	Fréquence (%)
Présence	57	50,90
Absence	55	49,10
Total	112	100

Les adénopathies ont été retrouvées dans 50,90% des cas.

Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de l'hygiène bucco-dentaire

Hygiène bucco-dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	10	08,93
Mauvaise	102	91,07
Total	112	100

L'hygiène bucco-dentaire était mauvaise dans 91,07% des cas.

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction du type histologique

Type histologique	Effectif	Fréquence (%)
Carcinome épidermoïde	71	63,39
Sarcome	11	09,82
CAK	10	08,93
Carcinome muco-épidermoïde	07	06,25
Autres	13	11,61
Total	112	100

Le carcinome épidermoïde représentait 63,39% des cas.

Tableau XX: Répartition des patients en fonction de la Stadification de la tumeur

Stade	Effectif	Fréquence (%)
1	08	07,14
2	15	13,39
3	34	30,36
4	55	49,11
Total	112	100

Le stade 4 représentait 49,11% des cas.

Tableau XXI: Répartition des patients en fonction du type de traitement

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Chirurgie + chimiothérapie	19	16,96
Chirurgie + radiothérapie	2	1,79
Chimiothérapie seule	91	81 ,25
Total	112	100

Les patients bénéficiant la chimiothérapie seule ont représenté 81,25% des cas.

Tableau XXII: Répartition des patients en fonction de l'évolution

Evolution	Effectif	Fréquence (%)
Perdu de vue	46	41,07
Décès	22	19,64
Survie à 1 an	44	39,29
Total	112	100

Les patients perdus de vues ont représenté 41,07% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. Discussion :

6.1. Aspect épidémiologique :

Durant notre étude, nous avons colligé 112 cas sur une période de quatre ans soit une fréquence annuelle de 28 cas, cela dénote de la fréquence des cancers maxillo-faciaux en pratique courante dans le service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Pr HT. Ces résultats sont comparables à ceux de Millogo et al au Burkina qui ont trouvé une incidence annuelle de 22,2 cas [45] et inférieurs à ceux de BISSA H et al au Togo qui ont recensé 66 cas soit une fréquence annuelle de 6,6 cas. [46]

❖ Sexe :

Les données de la littérature font quasiment l'unanimité sur la prédominance masculine de cette maladie [47, 48, 50-52].

Cependant dans notre étude le sexe féminin a représenté 54,5% avec un sex-ratio à 0,84.

Cette même prédominance féminine a été retrouvée par Millogo M [45] au Burkina Faso avec 54,1%. Cela pourrait être expliquer par le fait que dans nos pays, les femmes représentent plus de la moitié de la population [49].

❖ Age :

Dans notre étude la tranche d'âge de plus de 61 ans représentait 34,82% avec une moyenne de 50 ans. Ce résultat est similaire à celui de Millogo M [45] au Burkina Faso qui a trouvé une moyenne d'âge de 49,2 ans et à celui BISSA H au Togo qui a trouvé un âge moyen des patients de 46,1ans [46]. Par contre, la moyenne d'âge rapportée par les auteurs occidentaux est plus élevée et ce qui s'expliquerait par l'espérance de vie plus élevée dans ces pays, avec un âge moyen estimé entre 55-60 ans [53,54].

Il ressort de ces résultats que les cancers oro-maxillo-faciaux dans notre population d'étude et dans les populations africaines surviennent plus précocement que dans celles des pays européens.

❖ Profession :

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 44,64% dans notre étude, par contre dans l'étude de Berete Z et Diakité B [50,52] représentaient respectivement

22,1% et 50,98% de cultivateurs et les ménagères ont représenté 27,45% et 31,5%. Aux vues de ces résultats, nous pouvons dire que les cancers maxillo-faciaux sont beaucoup plus fréquents dans les classes sociales défavorisées de la population [55, 56].

❖ **Mode de vie :**

L'imputabilité de l'alcool et du tabac est formellement prouvée dans la survenue des cancers de la langue, confirmant ainsi le rapport de l'International Agency for Research on Cancer (IARC) de 1985 [57].

Ce qui a été prouvé dans l'étude de Diakité B [52] au Mali où il y avait 78,43% d'intoxication tabagique et 50,84 d'intoxication alcoolique ; et de Millogo M [45] au Burkina Faso où il y avait 59,5% de tabagique et 45% d'alcoolique dans sa série. Cependant dans notre série, la majorité des patients n'ont eu d'intoxication alcoolotabagique .

6.2. Aspect clinique et paraclinique :

❖ **Motif de consultation :**

Dans notre étude le principal motif de consultation était la tuméfaction douloureuse dans 72,32%. Cette même tendance a été constatée par Dissa D [59] dans 91,80%. En revanche, dans l'étude de Diakité B la tuméfaction était le principal motif de consultation dans 54,90% et dans 25,50% d'ulcération.

❖ **Délai de consultation :**

Les patients de notre étude ont consulté pour la plupart à un stade clinique avancé. C'est souvent au décours d'une poussée évolutive, en l'occurrence une augmentation de volume ou une apparition de phénomènes douloureux, ou d'ulcération que le malade consulte. Le délai de consultation était inférieur à 7 mois dans 54,46% des cas avec une moyenne de 16,38 mois. Dans l'étude de Millogo M [45] le délai moyen de consultation était de 20,2 mois dans son étude et dans celle de Bayala JP [60] le délai moyen de 9,8 mois. Le retard à la consultation pourrait s'expliquer par les pesanteurs socioculturelles et le recours à la médecine traditionnelle.

❖ **Siège :**

La muqueuse buccale est à l'épreuve des facteurs favorisants tels que la mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'alcool et le tabac [56, 61]. La prédominance du siège endobuccal serait liée au fait que la plupart des cancers de la sphère oro-maxillo-faciale ont pour point de départ la muqueuse buccale [62, 63].

Cependant dans notre étude, le siège de la tuméfaction était mandibulaire dans 26,79%, maxillaire et linguale dans 18,75% chacune. Ce résultat est différent de celui retrouvé par Dissa D [59] au Mali dont la localisation était maxillaire dans 37,80%, mandibulaire dans 28,60% et palatine dans 12,20% des cas.

Millogo M [45] au Burkina Faso dans son étude a trouvé une localisation au niveau des glandes salivaires dans 20,72% et mandibulaire dans 18,8%.

Bayala JP [60] au Burkina Faso a trouvé dans son étude une localisation maxillaire dans 58,56% et mandibulaire dans 36,04% des cas.

❖ **Adénopathie :**

Les adénopathies cervicales ont été retrouvées dans près de 75 % des cas ;elles étaient surtout bilatérales, traduisant la grande lymphophilie des cancers maxillo-faciaux[64, 65]. Dans notre étude, l'adénopathie a été retrouvée dans une ou plusieurs niveaux ganglionnaires dans 50,90%, ce résultat est inférieur à celui de Millogo M [45] au Burkina Faso qui a trouvé chez 52,3% de patients les adénopathies périphériques.

❖ **Histologie :**

Seule l'analyse anatomopathologique par biopsie ou exérèse de la tumeur permet de poser le diagnostic positif. Le carcinome épidermoïde représente la très grande majorité des tumeurs malignes maxillofaciales dans plus de 90% [66]. La prédominance du tissu épithélial pavimenteux au niveau de la muqueuse permet d'expliquer la fréquence du carcinome épidermoïde au niveau de la cavité buccale et des maxillaires [67, 68]. Les carcinomes ont également été plus souvent observés au niveau des glandes salivaires à cause de la nature épithéliale prédominante des cellules glandulaires [69, 70].

La rareté des sarcomes et du mélanome a été rapportée par la plupart des auteurs à travers le monde [71-73].

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté dans notre étude avec 63,39% suivis des sarcomes dans 9,82% et carcinome adénoïde kystique dans 8,93%.

Ce résultat est comparable à celui de Millogo M [45] au Burkina Faso qui a trouvé 62% carcinome épidermoïde et 11% de carcinome adénoïde kystique.

Diane MTD [74] au Mali qui a trouvé 55,7% de carcinome épidermoïde, Lucie G [75] en France a trouvé 80% de carcinome épidermoïde et 13% de carcinome adénoïde kystique.

Bayala JP [60] au Burkina Faso a trouvé 22,4% de carcinome épidermoïde.

6.3. Aspect thérapeutique et évolutif :

❖ Traitement :

Le protocole thérapeutique dépend du stade clinique de la tumeur. Le dossier doit être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire [76, 6]. La survie à 5 ans varie en fonction de l'atteinte ganglionnaire. Pour les NO, elle est de 42% à 49% et les formes avec adénopathies palpables la survie à 5ans est de 13 à 24% [65] .

Le traitement de référence de ces cancers est essentiellement chirurgical. La radiothérapie externe fait partie des armes thérapeutiques des tumeurs des voies aérodigestives supérieures. Elle peut être associée ou non à la chimiothérapie [77]. La radiothérapie peut également être indiquée en cas de récurrence locorégionale.

Dans notre étude le traitement consistait à la chimiothérapie en une ou plusieurs cures dans 81,25%, la chirurgie avec ou sans curage ganglionnaire dans 18,75% et la radiothérapie dans 1,79% des cas.

Ces résultats sont différents de ceux de Millogo M [45] au Burkina Faso chez qui 41,4% des patients ont bénéficié de la chimiothérapie, 31,5% de la chirurgie et 1,8% de la radiothérapie. Bayala JP [60] dans sa série a trouvé 18,2% de traitement par chirurgie et la chimiothérapie dans 31%. Lucie G [75] en France dans son étude, 87% ont bénéficié de la radiothérapie et 6% de la chimio-radiothérapie.

En l'absence d'une couverture maladie universelle au Mali, le coût des traitements antitumoraux est onéreux. Ces coûts élevés ainsi que les pannes fréquentes de la radiothérapie à Bamako ont rendu la prise en charge souvent inadéquate.

❖ **Evolution :**

Les stades histo-pronostiques avancés ont été trouvés dans notre étude, résultat similaire également à celui de plusieurs auteurs africains, mais les auteurs occidentaux ont rapportés des stades plus précoces, ce qui révèle ainsi le retard et les difficultés diagnostiques dans nos pays [71,54].

Le carcinomes épidermoïde représente le type histologique le plus fréquent des tumeurs malignes maxillofaciale et est réputé de mauvais pronostic.

L'évolution fut marquée par le décès dans 19,64% et 41,07% de perdus de vue. Millogo M [45] a retrouvé 47,7% de décès contre 33,3% de perdus de vue. Bourihane A [78] en Algérie a observé 5,8% de décès.

Les causes qui peuvent être évoquées sont le stade avancé des tumeurs, l'inaccessibilité financière aux soins [55, 69, 56]. Il apparaît cependant qu'il y a une sous notification des cas de récives et de décès à cause de la difficulté du suivi à long terme des patients. La proportion non négligeable des patients qui ont été perdus de vue dans notre série (41,07% des cas) en sont l'illustration.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion et recommandations

✓ Conclusion :

Les cancers maxillo-faciaux sont fréquents et de diagnostic tardif dans notre contexte. Ils touchent toutes les tranches d'âge et les deux sexes. Le type histologique est dominé par le carcinome épidermoïde et la mandibule reste la localisation la plus fréquente. Le pronostic reste sombre en raison du retard à la consultation, l'attribution de ces tumeurs à des causes mystiques et la pauvreté. La prise en charge est multidisciplinaire d'où l'intérêt d'insister sur la planification des réunions de concertation pluridisciplinaire avant la mise en route de tout traitement. La sensibilisation de la population sur l'éviction des facteurs de risque, la consultation précoce et la prise en charge bien adaptée permettent d'améliorer le pronostic de ces cancers.

✓ **Recommandations**

Nos recommandations s'adressent :

Aux autorités :

- Mener des campagnes d'éducation, d'information auprès de la population sur les cancers maxillo-faciaux;
- Encourager la formation des spécialistes en cancérologie maxillo-faciale afin d'améliorer les conditions de diagnostic et de prise en charge ;
- Instaurer la couverture maladie universelle au Mali.

Au personnel de santé :

- Référer au spécialiste précocement tous les cas suspects de cancers maxillo-faciaux ;
- Encourager la prise en charge multidisciplinaire ;
- Se comporter en toute circonstance en pédagogue pour démystifier les cancers auprès de la population.

A la population :

- Consulter dès le début des symptômes dans un centre de santé;
- Veiller à l'hygiène bucco-dentaire ;
- Eviter la consommation de l'alcool et du tabac et l'exposition aux produits toxiques ;
- Veiller à une alimentation équilibrée.

REFERENCES

Références

- 1-GASSAMA B.C. Tabagisme et lésions bucco-dentaires : A partir d'une étude prospective chez des patients tout venant dans un service de santé publique. Thèse : Chir. Dent. Dakar 2000 N° 14.
- 2- BERTHILLER J, LEE YC, BOFFETTA P, WEI Q, STURGIS EM, GREENLAND S, ET AL. Marijuana smoking and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium (2009) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev; 18(5):1544-51. PubMed PMID:19423532
- 3- DIOMBANA M.L., AG MOHAMED A., KÜSSNER H., SOUMARE S., PICHARD E., PENNEAU M. Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie l'hôpital national de Kati (Mali) - à propos de 60 cas. Médecine d'Afrique noire : 1996,43 (2).
- 4- -SIMART S. Les cancers de la cavité buccale et leurs traitements : le chirurgien dentiste face aux malades cancéreux. Rôle et attitude pratique. www.google.fr , mise en ligne le 02 février 2002.
- 5- TCHUENTE C. Etude épidémiologique et anatomo-clinique des tumeurs maxillo-faciales au CHU de Yaoundé (Cameroun).
- 6- PASTEUR V.R; HAMBURGER J. Les cancers humains. Nature; évolution ; indications thérapeutiques. Edit. Méd. Flammarion; 1962.
- 7- DIOMBANA M.L, MOHAMED A.G, H. KUSSNER H, S. BAYO. Tumeur de la langue au service de stomatologie de l'hôpital de Kati à propos de 25 cas, Médecine d'Afrique noire. 1996, 43 (8/9).
- 8- AURIOL M. et LE CHARPENTIER Y. Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires. EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 22-007-M-10.
- 9- KEITA N. Etude sur le cancer des parties molles Thèse Méd Bamako, MALI, 2009 n°534.
- 10- ROUJEAU. J, CHELLOUL. N. Généralités sur les tumeurs. Abrégé d'anatomie pathologie générale, MASSON 1968, Paris = 183-192.

- 11-** AMIEL H et ROUESSE D Cancers de la tête et du cou. Abrégé de cancérologie, 1984 ; Masson, Paris.
- 12-** BENAMAR : Les tumeurs maxillo-mandibulaires, service de pathologie CHU SBA. Elsevier Inc. 2004 Rosai AND akerman"s surgical pathology 9e.
- 13-** BEN SLAMA L., SZPIRGLAS H. Pathologies de la muqueuse buccale. Paris : Elsevier, 1999.
- 14-** BERTOIN-P, BLONDET R. Thérapeutiques des Cancers de la Cavité Buccale. E.M.C. Paris Stomatologie 22065 A10, 11-1984.
- 15-** COLLEGE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLAIRE Document Electronique : [www.umvf.univ-nantes.fr/chirurgie maxillo-faciale](http://www.umvf.univ-nantes.fr/chirurgie_maxillo-faciale).
- 16-** EVA KRIEGHOFF-HENNING, JULIANE FOLKERTS, ANDREA PENZKOFER, SUSANNE WEG-REMER. Cancer – An Overview. Med Monatsschr Pharm 2017 Feb; 40(2):48-54
- 17-** PINSOLE J, MAURUC B. Cancer de la langue, Etiologie, Diagnostic et Pronostic. Principes de traitement. Revue du Praticien 1990, (19) : 1811-1814.
- 18-** LAUTOURA A. Abrégé d'anatomie dentaire Paris : Masson 1992-264p.
- 19-** MALADIERE E., BADO F., MENINGAUD J.P. Examen clinique en stomatologie EMC, Stomatologie/ Odontologie, 22-010-A-10, 1999, 6P.
- 20-** VIDAILHET B., ROBIN O., POLO A., BRAVETI P., MAHLER P. Salivation. EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 2000, 7p. -175 p.
- 22-** ROITT I.M., LEHNER T. Immunologies des maladies de la bouche Paris: SIMEP ,1987.
- 23-** BEN SLAMA L. Mise au point sur les lésions précancéreuses Rev. Stomatol.Chir.maxillofac ; Paris : Masson 2001 ; 2, 77-108.
- 24-** BEN SLAMA L., SZPIRGLAS H. Pathologies de la muqueuse buccale. La science interactive. [cédérom]. inso corporation 1999.

- 25- LO MUZIO L., MIGNOGNA M.D., FAVIA G., PROCACCINI M, TEUSTA N.F., BUCCI E. The possible association between oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma: a clinical evaluation on 14 cases and a review of the literature oral oncol, 1998:239-46.
- 26- FIELD E.A., FIELD J. K. , MARTIN M.V. Does the candida have a role in oral epithelia neoplasia? J Med Vet Mycol, 1989; 27: 277-94.
- 27- MICHALEK A.M. , MAHONEY M.C. , LAUGHLIN C.C. , MURPHY D., METZGER B.B. Historical and contemporary correlates of syphilis and cancer. Int J Epidemiol, 1994 ; 23: 381-5.
- 28- ACHARD Jean L. Abrégé d'Odonto-stomatologie Maloine SA, Editeur 1987, p 247 –252.
- 29- LEROUX R.J. , POUCKET P. Cancer de la langue Actualité de Carcinologie cervico-faciale ; Masson 1995.
- 30- CHRISTEN, A.G. The case against smokeless tobacco: Five facts for the health professional to consider. Journal of the American Dental Association 101: 464- 469, 1980
- 31- SAMSON J., DURAN D., CARREL J. P. Lésions précancéreuses et précurseurs du carcinome épidermoïde de la cavité buccale. Réalités cliniques 10 : 373-387-1999.
- 32- STEIN CJ, COLDITZ GA. Modifiable risk factors for cancer. Br J Cancer 2004;90:299-303.
- 33- A.S.P.C (AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA) Surveillance du cancer en direct. Bulletin du 02-07 – 2002.
- 34- SANFORD, SPIRO H. R. Median mandibulotomy : critical assessment. Head & Neck 1991, 13: 389-393.
- 35- PUJOL H., LARRA F., SAUCHO-GARNIER H. , MAY-LEVIN F. Les traitements des cancers. La Ligue Contre le Cancer- Octobre 2002.
- 36- CAPPELAERE P., CHAUVERGNET J., ARMAND J.P. Manuel pratique de la chimiothérapie anti-cancéreuse. Paris, Springer Verlag. France 1992.

- 37- BAILLET F., FOURET P., BERTRAND J. C. , LAMAS G. Cancers des VADS Cours DCEM 3. CHUPS.Cancérologie 2002.
- 38- FONTANELLE J.P., POITOUT F. , KLOSSEK J.M. Tumeurs des glandes salivaires, N° 20-628-B-10,10P EMC D'ORL , Tome 4 , 1995.
- 39- MALIKA FASSIH ET AL. Les tumeurs des glandes salivaires, étude épidémioclinique et corrélation anatomoradiologique: étude rétrospective à propos de 148 cas. Pan African Medical Journal. 2014;19:187.
- 40- GEHANNO P., GUERRIER B. , PESSEY J.J , ZANARET M. Les tumeurs de la parotide. Edition 2003, N°5.
- 41- DIARRA C. A. T. Approches épidémiologiques sur les tumeurs du massif facial dans le service d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-facial de l'hôpital de Kati : 100 cas. Thèse de médecine N° 45 /2007.
- 42- KARSENTI GULLAUME Place du lambeau antérolatéral de cuisse dans la reconstruction linguale. Thèse Méd, Paris, Descartes, 2009.
- 43- GILBERT ET HOSXE G Traitement des tumeurs malignes de la cavité buccale. EMC PARIS STOMATOLOGIE, 22055A10-1972.
- 44- SILVERMAN S. J.R., BAHL S. Oral lichen planus update: clinical characteristics, treatment, response and malignant transformation. American journal of dentistry, 1997; 10: 259-63
- 45- MILLOGO M, BAMBARA TA ET AL, cancers oro-maxillo-faciaux au centre hospitalier universitaire de Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, rev col odonto-stomatol afr chir maxillo-fac, juin 2019, vol26, N°2, pp44-47.
46. Bissa H, Darre T, Pegbessoupe, Amana P, Amegbor K, Kpemissi E *Profil Histo-Epidemiologique Des Cancers De La Cavite Buccale, A Propos De 66 Cas Observés Au Togo. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac, 2014 Vol 21, N°2, Pp. 5-9*
- 47- DE CAMARGO CANCELA M, VOTI L, GUERRA-YI M, CHAPUIS F, MAZUIR M, CURADO MP. Oral Cavity Cancer In Developed And Developing Countries: Population-Based Incidence. Head Neck 2010;32:357-67.

- 48-** JEMAL A, BRAY F, CENTER MM, FRELAY J, WARD E, FORMAN D. Global Cancer Statistics. *Ca Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
- 49-** INSD, MEF, BURKINA FASO. RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT, 2006 (General Population Census, 2006). Mef/Insd: Ouagadougou, Burkina Faso, 2009.
- 50-**BERETE ZC A, apport de la tomодensitométrie et concordance radio-histologique dans le diagnostic des tumeurs maxillo-mandibulaire au CHU-CNOS de Bamako à propos de 149 cas, thèse med 2022 , université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, faculté de médecine et odonto-stomatologie.
- 51-** DIARRA CT, approche épidémiologique sur les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati : 100 cas, thèse med 2007, université de Bamako, faculté de médecine de pharmacie et odonto-stomatologie.
- 52-** DIAKITE B, étude épidémiologique et clinique des carcinomes épidermoïdes dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako de 2011 à 2014 : à propos de 51 cas thèse med 2014, université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, faculté de médecine et odonto-stomatologie.
- 53-** BAAN R, STRAIF K, GROSSE Y, ET AL. Carcinogenicity Of Alcoholic Beverages. *Lancet Oncol* 2007; 8(4):292-3.
- 54-** CURADO MP, EDWARDS B, SHIN HR, ET AL. Cancer Incidence In Five Continents. *Lyon: Iarc*; 2007. P. 73-101.
- 55-** 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 Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* ; 2015, 22 (4) : 40-44.
- 56-** BAMBARA A T, MILLOGO M, KONSEM T, BAMBARA A H, OUEDRAOGO D, TRAORE S S. Les Cancers De La Cavité Buccale : Affection A Prédominance Féminine A Ouagadougou. *Med Buccale Chir Buccale* ; 2015, 21 : 61-66.

- 57-** INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Tobacco Habits Other Than Smoking. Iarc Monographs On The Evaluation Of Carcinogenic Risk Of Chemicals To Humans Volume 37. Iarc ; Lyon, 1985. Niveau De Preuve 4.
- 58-** HERRERO R, CASTELLSAGUE X, PAWLITA M, LISSOWSKA J, KEE F, BALARAM P ET AL. Human Papillomavirus And Oral Cancer: The International Agency For Research On Cancer Multicenter Study. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(23):1772-83.
- 59-** DISSA D, résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako : 98 biopsies, thèse med 2009, université de Bamako, faculté de médecine de pharmacie et odonto-stomatologie.
- 60-** BAYALA JP. Les tumeurs des maxillaires au CHU-YO : épidémiologie et prise en charge, université de Ouagadougou, unité de formation et de recherche en science de la santé section médecine 2012 N°168.
- 61-** CHATURVEDI AK, ENGELS EA, PFEIFFER RM. Human Papillomavirus And Rising Oropharyngeal Cancer Incidence In The United States. *J Clin Oncol* 2011;29(32) : 4294-301.
- 62-** CHIDZONGA MM. ORAL MALIGNANT NEOPLASIA: A Survey Of 428 Cases In Two Zimbabwean Hospitals. *Oral Oncol* ; 2006, 42 (2): 177-83.
- 63-** STOPPA-LYONNET D, LENOIR G. Prédispositions Génétiques Aux Cancers: Actualités Et Perspectives En 2005. *Med Sci* ; 2005, 21 : 962-968.
- 64-** BYERS RM, EL-NAGGAR AK, LEE YY. Can We Detect Or Predict the Presence Of Occult Nodal Metastases In Patients With squamous Carcinoma Of The Oral Tongue? *Head Neck* 1998 ; 20: 138–144.
- 65-** LYDDIATT DD, ROBBINS KT, BYERS RM. Treatment Of Stage I and II Oral Tongue Cancer. *Head Neck* 1993 ; 15: 308–312.
- 66-** MONDIE JM. CANCER DE LA LANGUE : Epidémiologie, Diagnostic, Traitement. *Rev. Prat.* 1996 ; 46 : 1775-1781.

- 67-** TAY AB. A 5 YEARS SURVEY OF ORAL BIOPSIES IN AN ORAL SURGICAL UNIT IN SINGAPORE: 1993 –1997. *Ann Acad Med Singapore*; 1999, 28 (5): 665 – 71.
- 68-** VODOUHE SJ, AIHOUNZONON L, VIGNIKIN B, HOUNKPE Y Y C, MEDJI A L P. Résultats Anatomopathologiques Des Cancers Des Maxillaires A Propos De 108 Cas. *J Soc Biol Clin* ; 1996, 3 : 34-36.
- 69-** MILLOGO M, KONSEM T, BISSA H, BEOGO R, OUEDRAOGO D. Tumours Of Salivary Glands In The Stomatology And Maxillo-Facial Surgery Unit At The University Hospital Centre - Yalgado Ouédraogo. *Open Journal Of Stomatology* ; 2013, 3 : 465-470.
- 70-** EHSEN BB, MALEK F, OLAF K. Les Tumeurs Des Glandes Salivaires; Etude Anatomo-Clinique Et Epidémiologique D'une Série De 180 Cas. *Tunisie Médicale* ; 2010, 88(4) : 240-244.
- 71-** BARNES L, EVERSON JW, REICHART P, SIDRANSKY D. Head And Neck Tumors. *Lyon: Iarc Press*; 2005. P. 166-7.
- 72-** BAMBA M, KOUASSI B, ETTE A. Contribution A L'étude Epidémiologique Des Cancers En Otorhinolaryngologie A Abidjan. *Rev Laryngol* 1986 ; 107(5):53–58
- 73-** SANKARANARAYANAN R, SWAMINATHAN R, BRENNER H, ET AL. Cancer Survival In Africa, Asia, And Central America: A Population-Based Study. *Lancet Oncol* 2010;11(2):165-73.
- 74-** DIANE MTD, étude épidémiologique et histologique des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux : à propos de 70 cas, université de Bamako, faculté de médecine de pharmacie et odonto-stomatologie, thèse med 2007.
- 75-** LUCIE G, les tumeurs malignes au niveau des maxillaires : prise en charge des patients et qualité de vie après réhabilitation, sciences du vivant[q-bio] 2010 . hal - 01738922.
- 76-** J.-M.PRADES, T. SCHMIT, A. TIMOSHENKO. Cancers De La Langue. Emc, Oto-Rhino-Laryngologie 2004 ; 20-627-A- 10 : 21p.

77- HAS. SERVICE MALADIES CHRONIQUES ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES, INCA DEPARTEMENT DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES. Tumeur Maligne, Affection Maligne Du Tissu Lymphatique Ou Hématopoïétique. Cancer Des Voies Aérodigestives Supérieures [Guide Médecin Affection Longue Durée No 30]. Saint-Denis La Plaine, Boulogne-Billancourt: Haute Autorité De Santé (Has), Institut National Du Cancer (Inca); 2009 [Disponible En Ligne A L'adresse : http://www.hassante.fr/Portail/Upload/Docs/Application/Pdf/2009-12/Ald_30_Guide_Vads_Web.Pdf].

78- BOURIHANE A ET AL, prise en charge des tumeurs malignes de la cavité orale l'expérience de notre service de chirurgie maxillo-faciale HMROran, Algérie, 57^{ème} congrès de la société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : BOUBAKARY

Prénom : TRAORE

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques et cliniques des cancers maxillo-faciaux au Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady Traoré : à propos de 112 cas

Année universitaire : 2023-2024

Pays d'origine : Mali

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

Centre d'intérêt : Santé publique, Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, Oncologie

a- Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers maxillo-faciaux dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-facial du CHU-CNOS Pr H T de Bamako.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif sur une période de 4 ans (janvier 2020 à décembre 2023) dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-facial du CHU-CNOS. Était inclus tout patient présentant un cancer maxillo-facial confirmé par l'histologie.

Résultats : Nous avons enregistré 112 cas de cancers maxillo-faciaux. La moyenne d'âge est de 50 ans avec un sex-ratio était de 0,84. Le mode d'admission était la référence dans 25 cas (22,32%). Le motif de consultation était la tuméfaction dans 71 cas (63,39%).

La localisation mandibulaire était dans 30 cas (26,78%) suivis du maxillaire et de la langue dans 21 cas (18,75%) chacune. Le carcinome épidermoïde représentait 71 cas (63,39%).

La chirurgie a été réalisée dans 21 cas (18,75%) et la chimiothérapie seule dans 91 cas (81,25%).

Le décès hospitalier a concerné 7 cas (6,25%).

Conclusion : Les cancers maxillo-faciaux de siège mandibulaire sont les plus fréquentes et dominés par les carcinomes épidermoïdes.

Mots clés : Cancers, Maxillo-faciaux, CHU-CNOS Pr H T.

b- Fiche d'enquête

I- IDENTITE

Numéro d'identification : Tel :

Age : Sexe : Adresse : Profession :

Niveau d'étude : Situation matrimoniale :

II- ANTECEDENTS

Médicaux : Chirurgicaux :

Mode de vie : Tabac : oui ☐ non ☐ ; Alcool : oui ☐ non ☐ ; Autres :

III- EXAMEN CLINIQUE

Délai de consultation : Circonstance de découverte :

Motif de consultation :

Score de l'OMS:, asymétrie faciale : oui ☐ non ☐ ;

Siège : Hygiène bucco-dentaire :

Atteinte cutanée : ; adénopathies : oui ☐ non ☐

Atteinte de la muqueuse :

Signes dentaires : mobilité ☐ , déplacement ☐ , chute ☐

IV- EXAMEN PARACLINIQUE

Biopsie à visée diagnostic : oui ☐ non ☐ ;

Histologie :

Orthopantomogramme : oui ☐ non ☐ ; TDM faciale : oui ☐ non ☐

Bilan d'extension : non ☐ oui ☐ : Stade :

V- TRAITEMENT ET EVOLUTION

Hospitalisation : oui ☐ non ☐ Si oui durée d'hospitalisation :

Chirurgie : oui ☐ non ☐ , Chimiothérapie : oui ☐ non ☐

Radiothérapie : oui ☐ non ☐

Survie : 3 mois ☐ , 6 mois ☐ , 1 an ☐ , 2 ans ☐ , 3 ans ☐

Evolution : décès, abandon ☐ , guérit ☐

c- Iconographie



Figure 1 : Image physique d'une tumeur jugale

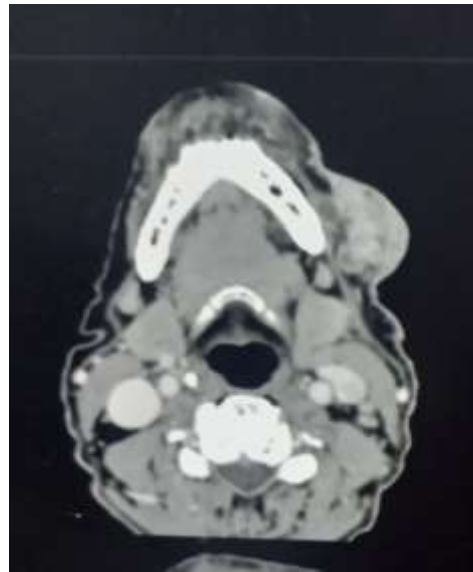


Figure 2: Image d'une tumeur jugale à la TDM



Figure 3: Image d'une tumeur maxillaire exo-buccal



Figure 4: Image d'une tumeur maxillaire endo-buccal



Figure 6 : Image d'une tumeur plancher-buccal



Figure 5 : Image d'une tumeur plancher-buccal per opératoire



Figure 8: Image d'une tumeur du palais

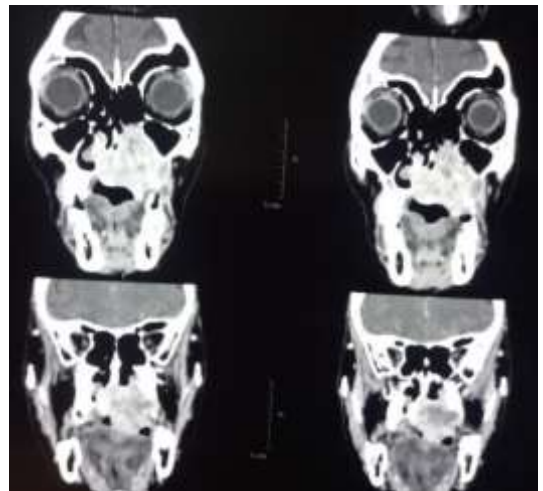


Figure 7 : Image d'une tumeur du palais à la TDM



Figure 9 : Image d'une tumeur mandibulaire



Figure 10: Image d'une tumeur mandibulaire à la TDM



Figure 13 : Image d'une tumeur maxillaire avant chirurgie



Figure 11: Image d'un patient opéré d'une tumeur maxillaire

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.