

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE ACADEMIQUE 2013-2014

N°.....

**AMELOBLASTOMES MANDIBULAIRES
DANS LE SERVICE DE STOMATOLOGIE ET
DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU
CHU-OS DE BAMAKO : A PROPOS DE 51
CAS**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .././014DEVANT

LA FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

PAR: Monsieur Issa Doumbia

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (DIPLOME
D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT DU JURY: PR ADAMA SANGARE

MEMBRE DU JURY : DR OUMAR WANE

CO-DIRECTEUR DE THESE: DR BOUBACAR BA

DIRECTEUR DE THESE: PR TIEMOKO DANIEL COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA †** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **IBRAHIM I. MAIGA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **MAHAMADOU DIAKITE**- MAITRE DE CONFERENCE

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

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

Améloblastomes mandibulaires dans service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako : à propos de 51 cas.

Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie

Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale Chef de DER
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA	Immunologie
-----------------	-------------

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

M. Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
M. Sanou Khô Coulibaly	Toxicologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses Chef de DER
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophtalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, Chef de D.E.R.
-------------------	--------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

Mr Ahmed BAH

Chirurgie dentaire

Mr Mody A CAMARA

Radiologie

Mr Bougady	Prothèse scellée
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale

Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mme Kadidia TOURE	Médecine dentaire
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

Dédicaces

-A Mon père Daouda DOUMBIA,

Aucun mot, aucune formule pour décrire tout le bonheur que je ressens 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 ma mère. Que la grâce du tout puissant fasse que tu demeures encore longtemps à nos côtés.

-A Ma mère feu Satou KONE,

Ce modeste travail est le témoignage éternel de mon attachement à ta mémoire. Très tôt arrachée à notre affection, les mots me manquent pour combler ce vide que tu as laissé.

Tu as toujours prôné l'honnêteté et le dévouement en tout lieu. Que ce travail honore ta mémoire.

Qu'Allah le tout puissant t'accueille dans sa miséricorde. Amen

- Ma grande mère feu Chata SANOGO,

Arrachée à notre affection, Mah, tu as été pour nous plus qu'une grande mère. Nous ne saurons te remercier pour tout ce que tu as fait pour nous.

Qu'Allah le tout miséricordieux t'accueille dans son paradis.

- Mon Pays le Mali, à qui je dois beaucoup.

Remerciements

-Au corps professoral, au personnel du Décanat de la Faculté de Médecine d'Odontostomatologie de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

- A Mr Bakary DOUMBIA et famille

Vous avez énormément contribué au couronnement de mes études supérieures.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

-A Mr Nouhoum DOUMBIA

Tu as été une assurance pour moi. Trouve ici l'expression de toute ma tendresse.

- Mes frères et sœurs :

Kassim DOUMBIA, Mahamadou DOUMBIA, Mawa DOUMBIA, Farima DOUMBIA, Kadidiatou DOUMBIA, Mayama DOUMBIA, Doussou DOUMBIA

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. Retrouvez ici, l'expression de toute ma reconnaissance et toute ma disponibilité.

-A tout le Personnel du CHU-OS

Particulièrement à ceux du Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale: Pr T.D. COULIBALY, Dr BA, Dr TRAORE, Dr COULIBALY A D, Dr KEITA K, Dr TOURE, Dr GUEYE.S, THERA T D, Madame GUINDO Aminata COULIBALY,

Madame KEITA Fatoumata SIDIBE, Capitaine Ousmane MAIGA, Yacouba DIARRA, Moussa SIDIBE, toutes les infirmières.

Merci pour tout.

-Au Pr M.L DIOMBANA,

Nous vous remercions pour votre disponibilité et conseils si précieux.

C'est une fierté pour nous, que d'avoir été un de vos élèves.

Vos qualités humaines ne nous ont pas échappé.

Veillez accepter, ici cher Maître l'expression de toute notre gratitude.

Nous vous souhaitons prompt rétablissement.

- A la promotion Pr Tiémoko Daniel COULIBALY

Issa Doumbia, Bokary Kampo, Bezo G Traoré, Anouzo Koné, Aminata Fofana, Drissa Maïga, Bathio Théra, Dougouty Kamaté, Arouna Niambélé, Maliki Haïdara, Noumoutché Sidibé, Hamatt Sanou wane, Gilles Armel M'bento, Yvan Gervais Noguia Wado.

Nous vous prions de recevoir notre sincère reconnaissance.

-A nos tontons, tantes, cousins, cousines, nièces et neveux des familles Doumbia, Koné, Sanogo, nous ne saurons oublier vos soutiens indéfectibles; recevez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Nous vous prions de recevoir notre sincère reconnaissance.

-A mes camarades

. De l'école fondamentale de Ziéna premier cycle

.De l'école fondamentale de Zangasso second cycle

.Du Lycée Danzié Koné de Koutiala(LKDK)

Merci pour la collaboration.

-A tous mes Amis:

KONE Adama K, Mahamadou GACKOU, TRAORE Seydou, SIDIBE Moussa, MALLE Daouda, SANOGO Brehima, MANGARA Fatou Sadio, DEMBELE Jean.

Merci pour la confiance et la sympathie, courage.

-A mes cadets étudiants de la FMOS, merci du respect.

-Aux Familles :

- SOGODOGO : Ziéna
- DISSA : Zangasso
- DOUMBIA : Bamako, Nara, Koutiala, Zangasso et Ziéna.

-Au Docteur AMADY DIAKALIDIA COULIBALY

Votre soutien matériel, moral et financier ne nous a jamais fait défaut pendant toutes ces années d'études. Qu'Allah le tout puissant nous permette de suivre vos traces. Merci pour tout.

A tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail dont les noms ne figurent pas ici, je leur dis simplement merci.

A notre maître et président du jury,

Pr Adama Sangaré

Spécialiste en traumatologie-Orthopédie

Maître de conférences de traumatologie-Orthopédie à la FMOS

Praticien Hospitalier au CHU de kati

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités académiques, votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir, font de vous un professeur émérite, et un père attentif.

Veillez accepter ici cher maître nos sincères remerciements

A notre maître et juge,

Dr Oumar Wane

- Diplômé de la faculté de l'institut d'état de Krasnodar ;
- Chef de service d'odontologie conservatrice et d'endodontie du CHUOS.

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre gentillesse et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

A notre maître et co-directeur de thèse,

Dr Boubacar Ba

- Certifié de chirurgie buccale ;
- Maître Assistant en Odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako ;

Cher Maître,

Nous avons été touchés par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, vos qualités humaines et de formateur qui font de vous un modèle de simplicité humaine.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse,

Pr. Tiémoko Daniel Coulibaly

- Spécialiste en Odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
- Maître de conférences d'odontostomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale ;
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako ;
- Chef de service d'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako ;
- Coordinateur de la filière odontostomatologie et du CES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.

Cher maître, nous avons été très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vous nous avez très impressionné en tant que pédagogue.

Vous ne saurez quel honneur, vous nous faites que de diriger cette thèse.

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

Liste des abréviations

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

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

CHU-OS : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie

CNOS : Centre National d'Odontostomatologie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

E.P.A : Etablissement Public à caractère Administratif

EPH : Etablissement Hospitalier Public

ATM : Articulation Temporo Mandibulaire

BH : Branche Horizontale

BM : Branche Montante

S : Symphyse

AM : Angle Mandibulaire

HM : Hémi-mandibule

ATB : Antibiotique

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

T D M : Tomodensitométrie

OPG : Orthopantomogramme

DDL : Degré de Liberté

P : Probabilité

% : Pourcentage

I. Introduction.....1

A- Préambule.....1

B- Intérêt	3
C- Généralités	4
1-Définition	4
2- Historique.....	5
3- Rappels	6
3-1- Rappel embryologique	6
3-2- Rappel anatomique	8
3-3- Anatomopathologie	19
4 – Signes	25
4-1- Circonstances de découverte	25
4-2- Examen clinique	26
4-3- Examens complémentaires	27
4-4- Evolution	29
5- Diagnostic	30
6- Traitement	31
II. Objectifs	36
1- Objectif général	36
2- Objectifs spécifiques	36
III. Patients et méthodes	37
1- Lieu et cadre d'étude	37
2- Type d'étude	37
3- Population d'étude.....	38
4- Période d'étude	38
5- Type de recrutement	38
6- Echantillonnage	38
7-Recueil des données	38
8- Saisie et Analyse des données	39
9- Aspects éthiques	39
IV. Résultats	40

V. Discussion et commentaires	51
VI. Conclusion et recommandations	58
1-Conclusion	58
2-Recommandations	69
Références bibliographiques	60

- Résumé

Annexes

- Fiche signalétique
- Fiche d'enquête
- Serment d'Hippocrate

A-Préambule

Les améloblastomes sont des tumeurs bénignes solides ou kystiques provenant des restes de l'appareil dentoformateur. Ces tumeurs se rapprochent par leurs structures des tissus dentaires normaux, embryologiques ou adultes. [1]

Le terme améloblastome a été suggéré par IVY et CHURCHIL en 1930 puis il a été adopté par l'American Academy of oral pathology en 1934. [2]

L'améloblastome a remplacé le terme adamantinome proposé par MALASSEZ en 1885. L'améloblastome apparaît généralement comme une tumeur localement envahissante, à haut risque de récurrence ce qui justifie la nécessité d'un diagnostic précoce précédant un traitement adapté. [3]

Au plan histologique les améloblastomes dérivent des cellules de l'émail : les améloblastes.

Les améloblastomes sont caractérisés par un épithélium odontogénique proliférant habituellement de types folliculaire ou plexiforme au sein du stroma fibreux. [1]

Il s'agit d'une tumeur à croissance lente, comparable en aspect et en activité à l'épithélioma basocellulaire de la peau. Elle siège au niveau des mâchoires, de préférence la mâchoire inférieure, où elle détruit progressivement l'os qu'elle déforme.

Elle peut également envahir et ulcérer la gencive. Sauf de rares exceptions, ces tumeurs ne donnent pas de métastases mais ont tendance à récidiver après exérèse.

Elle est connue comme étant bénigne mais avec une malignité locale et une tendance récidivante après traitement. [4]

Deux points sont encore en discussion concernant le traitement de ces améloblastomes :

- Le premier est celui qui préconise un geste radical d'emblée avec souvent une résection interromptrice de l'os mandibulaire.
- Le deuxième, défendu par certains auteurs, préconise un traitement moins agressif et plus conservateur : le curetage, l'énucléation. [5]

B-Intérêts :

L'intérêt du sujet réside du fait que :

- L'améloblastome est la tumeur odontogène la plus fréquente; [1]
- La mandibule est le siège préférentielle de cette tumeur;
- L'imagerie joue un rôle important dans sa prise en charge;
- Les améloblastomes posent de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique;
- La récurrence après traitement est fréquente;
- Le traitement chirurgical conduit souvent à des séquelles importantes posant ainsi un véritable problème de reconstruction.

C-Généralités :

1. Définitions :

-L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne développée à partir des débris épithéliaux de Malassez après régression de l'organe de l'émail. [6]

-C'est un néoplasme vrai de l'organe de l'émail dont la différenciation ne va pas jusqu'à la formation d'émail. [3]

-L'améloblastome des maxillaires est une tumeur odontogène, qui peut prendre naissance dans les reliquats embryonnaires dentaires pouvant être issus du revêtement épithélial d'un kyste odontogène, dans la lame dentaire ou l'organe de l'émail, l'épithélium pavimenteux stratifié de la cavité buccale ou de restes épithéliaux déplacés. [7]

-L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit comme un « néoplasme polymorphe bénin mais localement invasif, qui a le plus souvent une architecture folliculaire ou plexiforme dans le stroma fibreux ». [3]

-Elle est connue comme étant bénigne mais avec une malignité locale et une tendance récidivante après traitement.

-Du fait de sa propension à envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récidive après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale. [8]

-IL s'agit d'une tumeur bénigne fréquente parmi les tumeurs odontogènes, mais rare dans le cadre des tumeurs et kystes des maxillaires (1% d'après Chomette et Auriol, 1985) . Il est localisé au niveau de la mandibule dans 80% des cas et dans le maxillaire dans 20% des cas. [9]

-Cette lésion représente environ 1 % de tous les kystes et tumeurs siégeant dans les maxillaires, ce qui en fait la tumeur odontogène d'importance

clinique la plus répandue. Ce néoplasme apparaît généralement comme une tumeur localement envahissante à haut risque de récurrence, mais dont le comportement est rarement agressif de même que la dissémination métastatique. [7]

2. Historique :

Le terme « améloblastome » a été suggéré par Ivy et Churchill en 1930, pour remplacer le terme « épithéliome adamantin » proposé par Malassez en 1885 et le terme « adamantinome » introduit par Derjinsky en 1890, dans la mesure où il n'y a pas de formation de tissu dur dans ce type de tumeur.

Les premiers rapports concernant cette tumeur sont ceux de Cuzack en 1827 et de Broca en 1866, qui en faisaient un kyste ; la première description histopathologique complète est celle de Falksson en 1879. Une excellente revue historique de l'améloblastome est disponible. Le terme « améloblastome » semble quand même mal choisi dans la mesure où la tumeur ne dérive pas des améloblastes. [3]

CHILBRET et BROCAT, le premier avait cependant déjà souligné des odontomes embryologiques ou épithéliomas adamantinomes solides dentifiés et pour BROCAT toutes ces tumeurs résultent d'une hypergénèse c'est-à-dire d'un excès de développement d'un ou de plusieurs follicules dentaires. Mais rapidement, il fallut bien se rendre compte que cette hypergénèse pouvait provenir soit des tissus de type embryonnaire gardant une potentialité évolutive qui furent nommés adamantinomes (tumeurs à développement illimité), soit des tissus dentaires bien différenciés avec émail, dentine, pulpe, cément, ayant épuisé leur potentialité évolutive qui furent dénommés adamantinomes solides dentifiés. Cette distinction un peu schématique tend à créer une limite nette entre ces deux types d'améloblastomes.

Cependant malgré l'unité anatomique de ces lésions et les nombreuses images d'associations il convient de séparer les améloblastomes ou épithéliomas adamantins, les améloblastomes odontoplasiques ou

adamantinomes solides, qui ne peuvent se transformer en épithéliomas adamantins qu'en cas d'exérèse imparfaite et les observations à ce sujet demeurent exceptionnelles. Enfin, les améloblastomes peuvent dégénérer encore ne faut-il pas oublier comme le dit BACLESSE, qu'il existe des cas où radiologiquement, le diagnostic d'épithéliomas adamantins est évident alors l'histologie montre un épithélioma pavimenteux. C'est chez ces malades que des biopsies répétées et suffisamment profondes permettent seules d'obtenir la certitude du diagnostic histologique d'améloblastome. [10]

3- Rappels :

3-1- Rappel embryologique :

3-1-1- Embryologie dentaire [11]

Vers le deuxième mois, des épaissements se forment au niveau du revêtement épithélial du stomodéum. Ces bougeons vont ensuite s'enfoncer dans le mésenchyme sous-jacent, pour former la lame primitive ou « mur plongeant », futur vestibule buccal. Celui-ci va émettre un prolongement médial, la lame dentaire, à l'origine de la coiffe épithéliale (épithélium dentaire).

Cette structure va prendre la forme d'une cupule, puis d'une cloche présentant deux couches cellulaires : une couche latérale ou épithélium adamantin médial, et une couche latérale ou épithélium adamantin latéral. Sous cette cupule de cellules épithéliales, le mésenchyme se condense préfigurant la pulpe. À terme, la cupule épithéliale aboutira à la formation de l'émail, grâce à la prolifération des adamantoblastes, et le bourgeon mésenchymateux aboutira à la formation de la dentine (ivoire) par la prolifération des odontoblastes.

Il existe cependant une interaction entre les différentes structures et toute anomalie de l'une retentira sur l'autre. Plus tard, la formation de la racine dentaire est produite par prolifération de la couche odontoblastique, prolifération qui s'étend de la couronne vers l'apex.

3-1-2- Embryologie faciale [11]

Au début de la quatrième semaine, l'extrémité céphalique de l'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression – le stomodéum (bouche primitive) – provisoirement obturée par la membrane pharyngienne.

Ces bourgeons sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développent les structures cartilagineuses, musculaires et osseuses) et d'un revêtement épiblastique.

Vers la cinquième semaine, on distingue :

- Le bourgeon frontal (BF), médian, présentant latéralement trois paires de différenciation épithéliale : les placodes olfactives, optiques et otiques. Ce bourgeon donnera à partir de la sixième semaine les bourgeons nasaux internes (BNI) et les bourgeons nasaux externe (BNE) droits et gauches, séparés par le processus naso-frontal (PNF) ;
- Les deux bourgeons maxillaires (BMS) ;
- Les deux bourgeons mandibulaires ou maxillaires inférieurs (BMI), issus du premier arc branchial.

Ces bougeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour des placodes sensorielles et du stomodéum. Ils tendent à fusionner par phénomènes de confluence et de soudure jusqu'au troisième mois. Si une anomalie survient dans cette période, il existera une malformation.

Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médian des bourgeons nasaux et maxillaires supérieures, qui vont former à la partie antérieure de la bouche primitive le palais primaire (I) vers la septième semaine.

En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et deux lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour donner le

palais secondaire (II) après abaissement de la langue entre la septième et la dixième semaine.

3-2- Rappel anatomique [12]

Le squelette de la face est placé au-dessous de la moitié antérieure du crâne. Il se divise en deux parties principales : la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure.

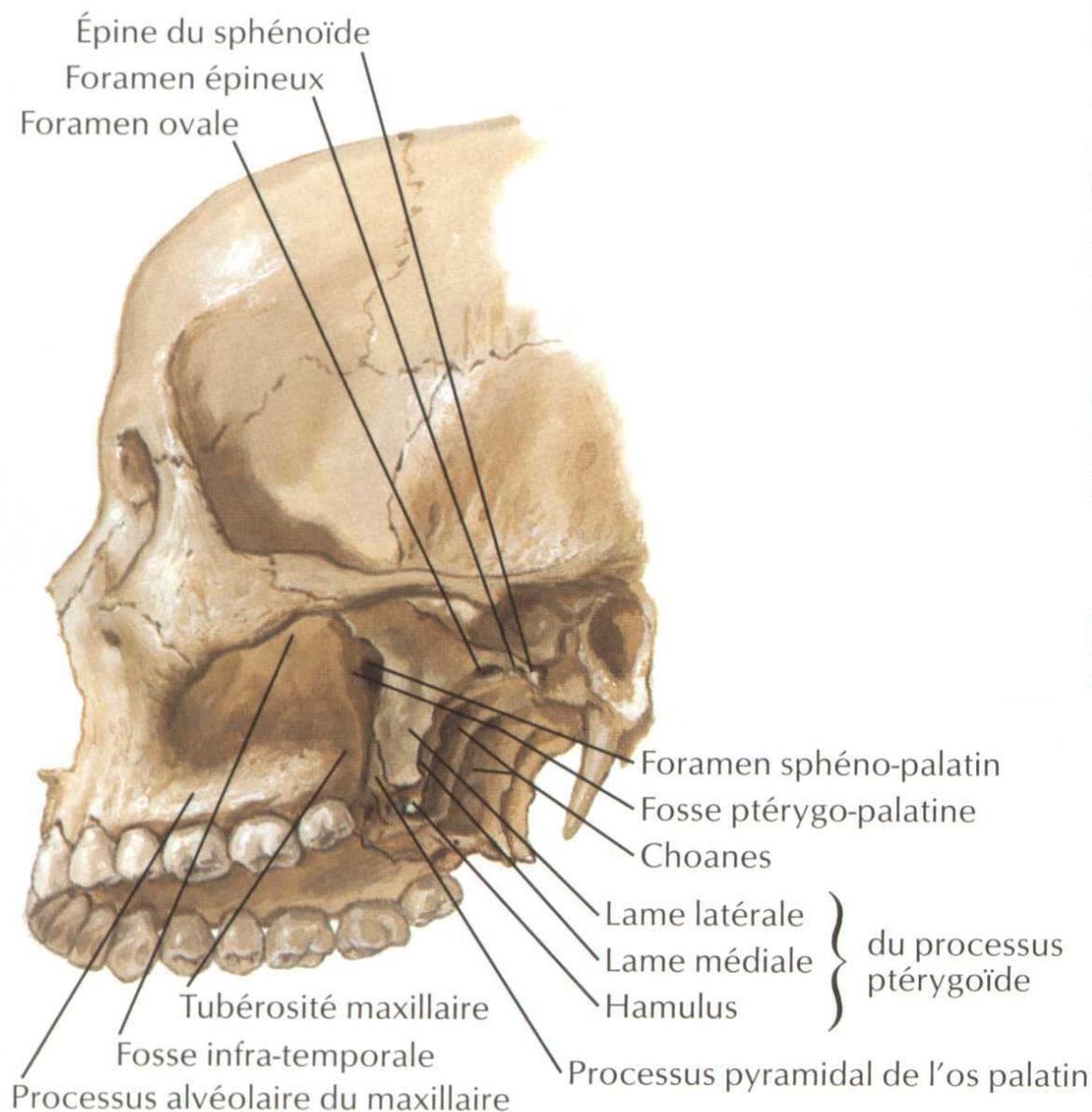
La mâchoire supérieure est formée de treize os parmi lesquels un seul est médian et impair, le vomer. Tous les autres sont pairs, latéraux et placés avec symétrie de part et d'autre de la ligne médiane. Ce sont : les maxillaires, les os lacrymaux, palatins, les cornets nasaux, les os nasaux et zygomatiques. La mâchoire inférieure est constituée par un seul os, la mandibule.

3-2-1- Anatomie du maxillaire :

Le maxillaire est situé au-dessus de la cavité propre de la bouche, au-dessous de la cavité orbitaire, en dehors des cavités nasales. Il prend part à la formation des parois de ces trois cavités. En s'articulant avec celui du côté opposé, il forme la plus grande partie de la mâchoire supérieure.

Le maxillaire est volumineux ; il est cependant léger, ce qui tient à l'existence d'une cavité, le sinus maxillaire, qui occupe les deux tiers supérieures de l'épaisseur de l'os.

La configuration extérieure du maxillaire est très irrégulière. On peut cependant lui reconnaître une forme quadrilatère et distinguer à cet os deux faces, une latérale, l'autre, médiale et quatre bords.



Vue latéro-supérieure du maxillaire [40]

3-2-2- Anatomie de la mandibule :

La mandibule est située à la partie inférieure de la face. On lui distingue trois parties : une partie moyenne, le corps, et deux parties latérales, les branches montantes, qui s'élèvent aux deux extrémités postérieures du corps

-Corps : le corps est incurvé en fer à cheval. Il présente une face antérieure convexe, une face postérieure concave, un bord supérieur ou alvéolaire et un bord inférieur libre.

-Face antérieure : On voit sur la ligne médiane une crête verticale, la symphyse mandibulaire. Elle est la trace de l'union des deux pièces latérales dont la mandibule est formée. La symphyse du menton se termine en bas, sur le sommet d'une saillie triangulaire à base inférieure, la protubérance mentonnière.

De celle-ci naît de chaque côté une crête, appelée ligne oblique, qui se dirige en arrière et en haut et se continue avec la lèvre latérale du bord antérieur de la branche montante de la mandibule. Au-dessus de la ligne oblique se trouve le foramen mentonnier. Cet orifice est situé à égale distance des deux bords de la mâchoire et sur une verticale passant tantôt entre les deux prémolaires, tantôt par l'une ou l'autre de ces deux dents. Il livre passage aux vaisseaux et au nerf mentonniers.

-Face postérieure : on observe sur la partie médiane, et près du bord inférieur, quatre petites saillies superposées, deux à droite, deux à gauche ; ce sont les épines mentonnières supérieures et inférieures.

Les épines mentonnières supérieures donnent insertion aux muscles géno-glosses ; les inférieures, aux muscles

géno-hyoidens. Assez souvent, les épines mentonnières, et parfois même les quatre processus, sont fusionnés en une seule.

Des épines mentonnières naissent, de chaque côté, une crête, la ligne oblique interne ou mylo-hyoidienne.

La ligne mylo-hyoidienne se porte en haut et en arrière et se termine sur la branche montante de la mandibule, en formant la lèvre médiale de son bord antérieur ; elle donne attache au muscle mylo-hyoidien.

Au-dessous d'elle court un étroit sillon, appelé sillon mylo-hyoidien, où cheminent les vaisseaux et nerf de même nom.

La ligne mylo-hyoidienne divise la face postérieure du corps de la mandibule en deux parties. L'une, supérieure, excavée surtout en avant, plus haute en avant qu'en arrière, est appelée fossette sublinguale ; elle est en rapport avec la glande sublinguale.

L'autre, inférieure, est plus haute en arrière qu'en avant ; elle est en grande partie occupée par une dépression, la fossette sub-mandibulaire, en rapport avec la glande sub-mandibulaire.

-Bords : le bord supérieur ou alvéolaire du corps du maxillaire est creusé de cavités, les alvéoles, pour les racines des dents.

Le bord inférieur est épais, mousse, lisse. Il présente, un peu en dehors de la ligne médiane, une surface ovalaire, légèrement déprimée, la fosse digastrique, sur laquelle s'insère le ventre antérieur du muscle digastrique.

-Branches montantes :

Les branches montantes de la mandibule sont rectangulaires, allongées de haut en bas, et présentent deux faces, l'une, latérale, l'autre, médiale, et quatre bords.

-Face latérale : on voit dans sa partie inférieure des crêtes rugueuses, obliques en bas et en arrière, sur lesquelles s'insèrent les lames tendineuses du muscle masséter.

-Face médiale : il existe également sur la partie inférieure de la face médiale des crêtes rugueuses, obliques en bas et en arrière. Elles sont déterminées par l'insertion du muscle ptérygoïdien médial. À la partie moyenne de cette face, se trouve l'orifice d'entrée du canal mandibulaire, dans lequel pénètrent

les vaisseaux et nerfs alvéolaires inférieurs. L'orifice du canal mandibulaire est placé sur le prolongement du rebord alvéolaire (E. Olivier) et répond au milieu d'une ligne menée du tragus à l'angle antéro-inférieur du muscle masséter (Merkel). Il est limité en avant par une saillie triangulaire aiguë, l'épine de spix ou lingula mandibulæ, sur laquelle s'insère le ligament sphéno-mandibulaire.

En arrière de l'orifice du canal mandibulaire, se trouve parfois une autre saillie, plus petite que la précédente, l'anti-lingula. C'est à l'orifice du canal mandibulaire que commence le sillon mylo-hyoidien déjà décrit.

-Bords : le bord antérieur est compris entre deux crêtes ou lèvres, l'une, médiale, l'autre, latérale. La lèvre médiale limite en bas, avec la lèvre latérale, une gouttière qui augmente de profondeur et de largeur de haut en bas.

Son extrémité inférieure est en continuité plus ou moins directe avec la ligne mylo-hyoidienne du corps de la mandibule. En haut, la lèvre médiale monte sur la face médiale de la branche montante et du processus coronoïde en formant un relief, la crête temporale (Hovelacque).

On voit dans la gouttière que limitent en bas les deux lèvres du bord antérieur une crête oblique en bas et en dehors, la crête buccinatrice ; elle donne insertion au muscle buccinateur.

Les deux lèvres du bord antérieur donnent insertion à des faisceaux tendineux du muscle temporal.

-Le bord postérieur est épais et mousse et décrit une courbe en **S** très allongée.

-Le bord inférieur se continue en avant avec le bord inférieur du corps de la mandibule ; il forme en arrière, en se réunissant avec le bord postérieur de la branche montante, l'angle de la mandibule. Il est souvent creusé dans sa partie antérieure d'une dépression transversale due au passage de l'artère faciale.

-Le bord supérieur présente deux saillies, l'une, postérieure, le processus condyalaire, l'autre, antérieure, le processus coronoïde, séparées l'une de l'autre par l'incisure mandibulaire.

-Le processus condyalaire est une éminence oblongue, dont le grand axe est dirigé de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière.

Il déborde beaucoup plus sur la face médiale que sur la face latérale de la branche montante de la mandibule.

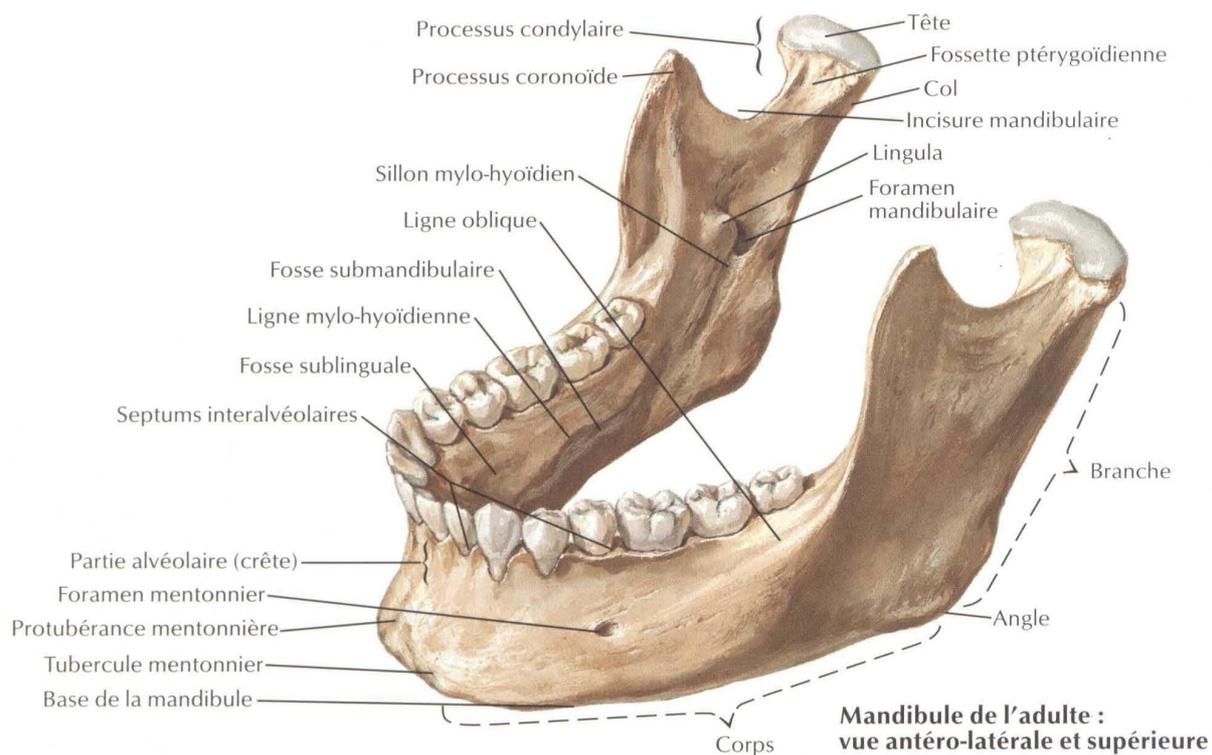
On lui reconnaît une face supérieure en dos d'âne, dont les deux versants antérieur et postérieur s'articulent avec l'os temporal.

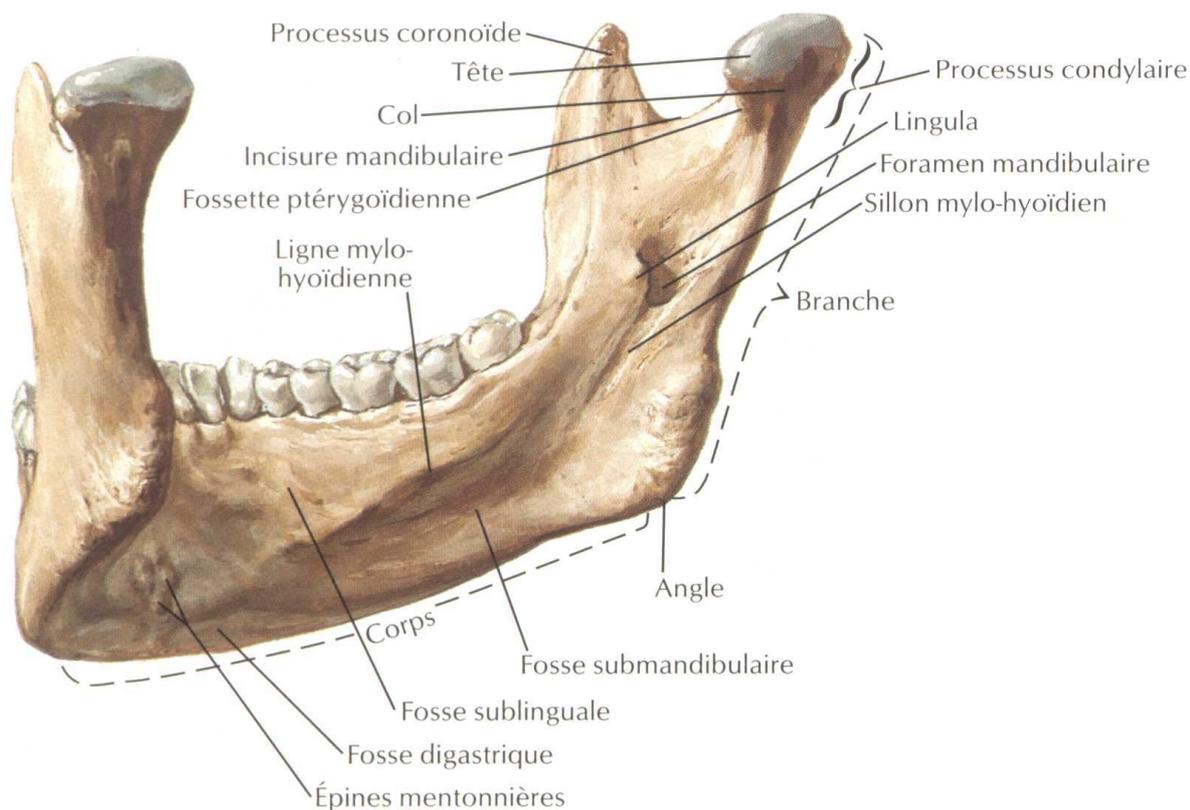
Le versant postérieur se continue en bas avec une surface triangulaire, dont le sommet inférieur se confond avec l'extrémité supérieure du bord postérieur de la branche montante.

-Le processus condyalaire présente de plus, dans la plupart des cas, au-dessous de son extrémité latérale, une petite rugosité déterminée par l'insertion du ligament latéral de l'articulation temporo-mandibulaire. Le processus condyalaire est relié à la branche montante par une partie rétrécie, le col du condyle. Celui-ci est creusé, en dedans et en avant, d'une fossette rugueuse où s'insère le muscle ptérygoïdien latéral. Sur la face médiale du col du condyle, se voit une saillie, le pilier médial du processus condyalaire, formé par la lèvre médiale de la fossette d'insertion du muscle ptérygoïdien latéral et qui se prolonge en bas et en avant jusqu'au voisinage de la lingua mandibulae.

-Le processus coronoïde est triangulaire. Sa face latérale est lisse. Sa face médiale présente la crête temporale déjà décrite. Son bord antérieur se continue avec la lèvre latérale du bord antérieur de la branche montante. Son bord postérieur, concave en arrière, limite en avant l'incisure mandibulaire. Sa base se continue avec l'os. Son sommet supérieur est mousse. Le processus coronoïde donne insertion au muscle temporal.

-L'incisure mandibulaire, large et profonde, concave en haut, fait communiquer les régions massétéline et zygomatique et livre passage aux vaisseaux et nerf massétéline.





**Mandibule de l'adulte :
vue postérieure gauche**

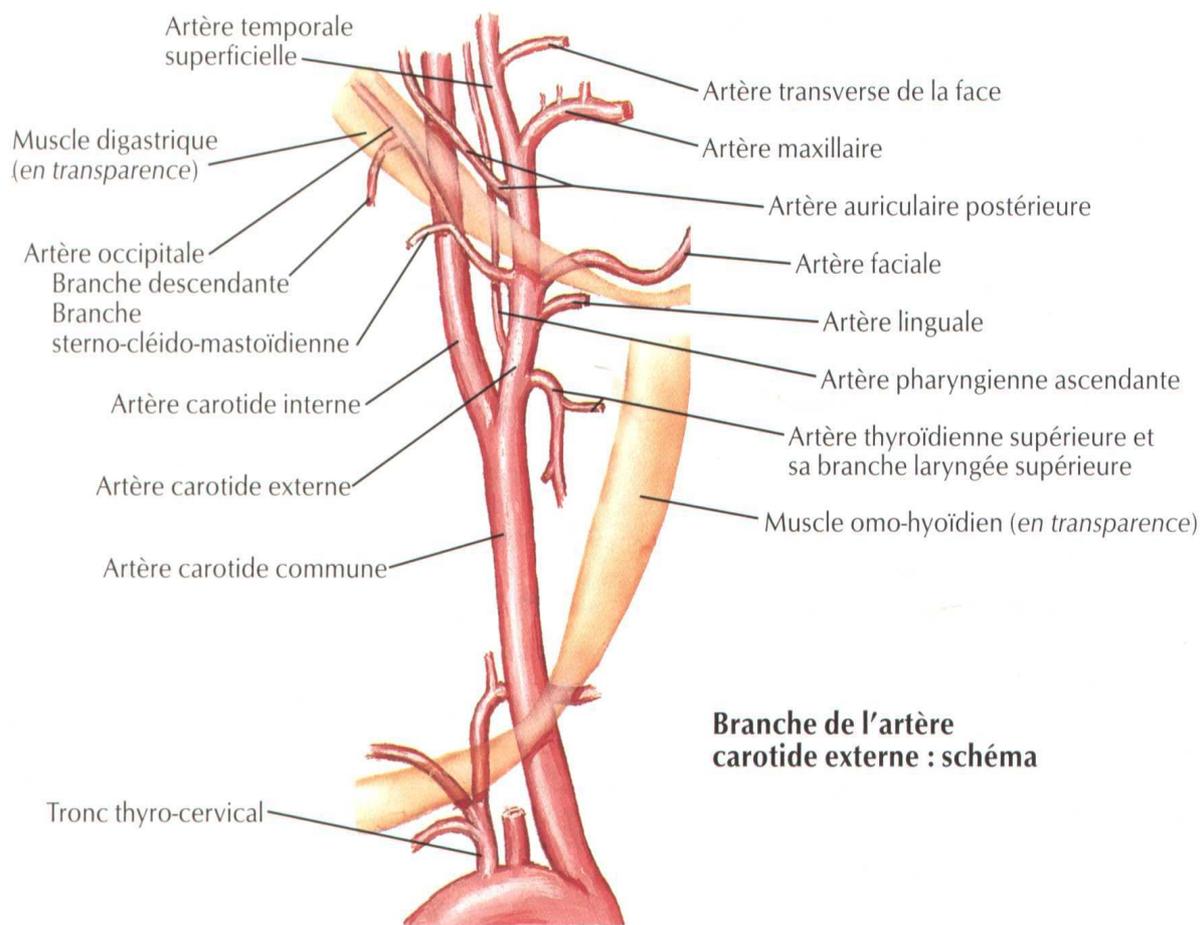
[40]

Vascularisation et innervation faciale

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

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

Le carrefour des systèmes carotide/carotide externe se situe médialement dans la région orbitonasale. Ces anastomoses doivent toujours être présentes, notamment pour la prise en charge des épistaxis.



[40]

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

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

La motricité de la face est principalement sous la dépendance du nerf facial (VII).

Un déficit total (parésie) peut signer soit sur un des territoires, supérieur ou inférieur (d'origine soit centrale, soit périphérique par atteinte des branches de division), soit sur les deux territoires (d'origine périphérique par lésion du tronc nerveux). La paralysie faciale totale se traduit au repos par un effacement des rides frontales, la chute de la queue du sourcil, du sillon nasogenien et de la commissure labiale. Au cours de la mimique, les déviations s'accroissent, ou apparaissent si elles étaient peu marquées, avec la perte de la mobilité frontale et labiale du côté atteint et l'abolition de l'occlusion palpébrale (le globe oculaire se portant en haut et en dehors, décrivant le signe de Charles Bell). Le nerf trijumeau (V) permet, par sa branche mandibulaire, l'innervation motrice des muscles masticateurs. Son atteinte se traduit par une amyotrophie temporomasséterine.

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

L'atteinte des nerfs moteurs oculaires communs (III) entraîne une diplopie horizontale majorée dans toutes les directions et masquée par un ptosis une impossibilité de mobilisation du globe oculaire et une mydriase aréflexique consensuelle ou directe.

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

La sensibilité faciale est assurée par le nerf trijumeau. Ce nerf se divise en trois branches, définissant ainsi trois territoires. Le nerf supra orbitaire, issu de la branche ophtalmique (V1), assure la sensibilité de la région frontonasopalpébrale supérieure et de la cornée (l'anesthésie cornéenne est un excellent signe d'atteinte du trijumeau). Le nerf maxillaire (V2), dont la branche terminale, le nerf infra-orbitaire émerge à 1 cm au-dessous de la margelle du même nom, permet l'innervation sensitive de la partie

supérieure des joues, des faces latérales de la pyramide nasale, de la pointe nasale, des paupières inférieures, de la muqueuse des fosses nasales, des cavités sinusiennes et des dents maxillaires. Le nerf mandibulaire (V3) se divise rapidement en nerf linguale destiné à l'hémilangue, en nerf buccal pour la face interne des joues, et en nerf alvéolaire inférieur.

Ce dernier permet la sensibilité des dents mandibulaires et par sa branche terminale mentonnière de la région labiomentonnière, dont l'hypoesthésie constitue le classique signe de Vincent. Le nerf facial intervient par l'intermédiaire du nerf intermédiaire de Wrisberg (VII bis), pour l'innervation de la zone de Ramsay Hunt.

Les régions cervicales sont innervées par les branches du plexus cervical superficiel.

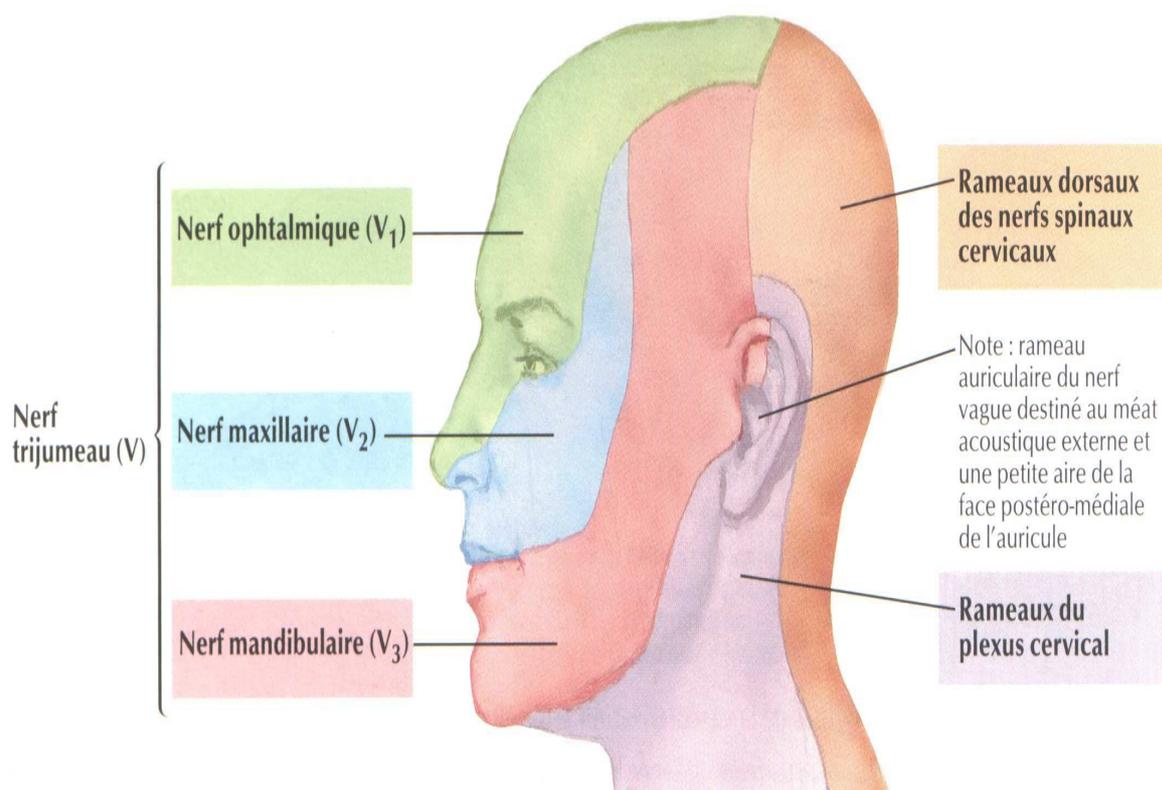


Schéma : Innervation de la face [40]

3-3- Anatomopathologie [3]

3-3-1- Types d'améloblastome bénin :

-Le type folliculaire simple est composé de discrets petits îlots tumoraux avec en périphérie une couche cellulaire cuboïde ou cylindrique (ressemblant fortement à des améloblastes ou à des préaméloblastes), dont les noyaux sont généralement polarisés, et au centre d'une masse de cellules polyédriques dispersées qui rappellent les cellules du réticulum stellaire ; cet aspect rappelle celui de l'organe de l'émail d'un germe dentaire. Il peut y avoir hyalinisation dans le stroma conjonctif, en bordure du tissu tumoral. Les cellules épithéliales ont des caractéristiques histo-enzymologique particulière. Des myofibroblastes ont été mis en évidence dans le stroma d'un améloblastome folliculaire ; ces myofibroblastes pourraient être en relation avec le degré d'agressivité de la tumeur. Le réticulum stellaire peut subir une dégénérescence kystique, parfois importante, avec compression des cellules périphériques. Certains parlent de forme « solide » ou de forme « kystique » selon l'aspect tumoral. Certains décrivent un « améloblastome unikystique » (ou plus simplement « kystique ») bénin, peu récidivant, qui surviendrait chez des sujets plus jeunes, en association avec une troisième molaire au niveau mandibulaire ; cette variété serait caractérisée par un épithélium de bordure dont l'aspect représenterait celui d'un kyste folliculaire en transformation améloblastomateuse précoce, par des nodules tumoraux se projetant dans la lumière kystique, par un épithélium de bordure améloblastomateux proliférant dans le stroma conjonctif et par des îlots améloblastiques isolés dans la paroi conjonctive. Un type folliculaire mixte est aussi distingué.

-Le type plexiforme : est composé de cellules tumorales ressemblant à des améloblastes, disposées en masses irrégulières ou plus souvent en un réseau de cordons cellulaires interconnectés. Chacune de ces masses ou de ces cordons est limitée par une couche de cellules cylindriques, et, entre ces couches, des cellules de types réticulum étoilé peuvent être trouvées.

Parfois, les couches de cellules cylindriques sont alignées dos à dos. La quantité de cellules de type réticulum étoilé est beaucoup plus réduite que dans le type folliculaire. Des zones de dégénérescence kystique sont communes dans le stroma. Une variété de kyste folliculaire dont l'épithélium subit une prolifération de type plexiforme a malheureusement été décrite sous le nom d'« améloblastome unikystique plexiforme » ; cette variété ne correspond pas à la définition d'un améloblastome plexiforme même si des zones histologiquement caractéristiques d'une transformation améloblastique sont retrouvées en d'autres endroits que celles de l'épithélium plexiforme.

Un type plexiforme mixte est aussi distingué.

-Le type acanthomateux est caractérisé, dans une structure de type folliculaire, par une métaplasie épidermoïde des cellules polyédriques qui rappellent celles du réticulum stellaire.

Une formation de kératine ou des perles de kératine peut parfois être observée au centre des îlots tumoraux. Cette variante peut être très agressive.

-Le type granuleux est composé de cellules dont le cytoplasme est modifié, d'habitude les cellules de type réticulum étoilé mais aussi des cellules périphériques cuboïdales ou cylindriques ; le cytoplasme agrandi prend un aspect granuleux irrégulier, éosinophile. Ces granules sont des agrégats lysosomiaux qui ont perdus leurs caractéristiques de composants cellulaires. L'organisation générale de cette variété est la même que dans le type folliculaire. Le type granuleux se révélerait cependant plus agressif, avec une tendance marquée à la récurrence ; il pourrait être lié à une dysfonction des cellules tumorales liée à l'Age. Des cas métastatiques ont été décrits.

-Le type le plus rare est le type basal, qui a une structure forte semblable à celle des carcinomes basocellulaires cutanés. Les cellules épithéliales disposées en couches successives sont moins différenciées et moins cylindriques. Une différenciation en cellules claires peut aussi être observée.

-Enfin, une variante desmoplasique a été isolée en fonction de ses caractéristiques anatomocliniques. L'améloblastome desmoplasique est une tumeur généralement de taille, bien circonscrite, qui se localise préférentiellement dans les zones antérieures des maxillaire, moins au niveau mandibulaire, affecte surtout l'homme, avec un spectre d'âge large ; l'aspect radiologique est plus celui d'une lésion fibro-osseuse bénigne que d'un améloblastome.

Cette variété est caractérisée par l'existence d'un stroma collagénique très important et d'une richesse modérée en cellules, variante qui contient des petits îlots ovoïdes ou de fins cordons d'épithélium odontogène ayant peu tendance au développement de structures kystiques. Quand, à l'aspect desmoplastique s'ajoutent les caractéristiques morphologiques d'autres types histologiques (masses nodulaires circonscrites d'améloblastome desmoplasique associées à des zones d'aspect folliculaire ou plexiforme dans un trauma conjonctif du type habituel, voire de modifications ostéoplasiques), on parle de formes « hybrides ». Une prédominance kystique est rare.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec la tumeur odontogène épidermoïde ou le fibrome odontogène ; le traitement recommandé est la résection en bloc.

3-3-2- Améloblastome malin :

Des transformations malignes ont été observées. Les transformations malignes semblent annoncées par un hyperchromatisme nucléaire et une vacuolisation des cellules basales polarisées disposées en palissade. Certains parlent d'améloblastome malin pour désigner les tumeurs malignes agressives bien différenciées qui donnent des métastases, notamment pulmonaires, du même type histologique que la tumeur primitive. D'autres parlent de carcinome améloblastique pour désigner les tumeurs malignes peu différenciées qui se développent par dégénérescence de la composante épithéliale de l'améloblastome et dont les métastases ne ressemblent pas à la tumeur odontogène primitive mais plutôt, par certains aspects,

à un carcinome épidermoïde. Il a été proposé récemment de restreindre le nom d' « améloblastomes malins » aux tumeurs capables de métastaser mais qui présentent, autant dans la tumeur primitive que dans les métastases, un aspect histologique typique et apparemment « bénin » et d'appeler « carcinomes améloblastiques » les améloblastomes dans lesquels la tumeur primitive ou la tumeur récidivante présentent des évidences histologiques de malignité , qu'il y ait ou non des métastases .

3-4- Etiopathogénie : [13]

L'étiologie reste inconnue

Certains facteurs de risques ont cependant été identifiés par certains auteurs :

- Tabagisme
- Alcool
- Nutrition
- Génétique
- Hygiène buccale

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer l'origine de ces tumeurs.

Donc l'améloblastome pourrait se former à partir d'un germe dentaire : c'est un germe dentaire au début de son développement au lieu de la dent qui ne se forme pas d'un germe dentaire surnuméraire : ce germe dentaire peut évoluer de différentes manières selon le comportement de l'épithélium et du tissu conjonctif.

- ❖ Le tissu conjonctif induit peut entraîner la formation du corps dentaire
- ❖ Le tissu conjonctif peut rester inerte ; l'épithélium va alors proliférer et donner naissance à une tumeur améloblastique.

- ❖ Une partie du tissu conjonctif peut réagir alors que l'autre reste indifférente. Le tout conduira à la formation d'une structure mixte odonto améloblastique. Dans ce cas on trouve l'améloblastome et une denture complète.

D'un germe dentaire un peu plus tard : la dent se forme plus ou moins complètement et reste incluse avec sa couronne au contact ou dans l'améloblastome.

De l'épithélium de la lame dentaire.

De l'épithélium des débris épithéliaux de Malassez : énoncée à la Société de Biologie par Malassez en 1884 elle se déduit de la présence fréquente de débris épithéliaux de la gaine d'Hertwig au voisinage de la dent qui peuvent avoir une part dans la constitution des améloblastomes.

De l'épithélium du kyste dentaire surtout folliculaire on trouve un kyste avec une tumeur présentant des masses solides sur la paroi du kyste.

De l'épithélium d'un odontome : c'est une hypothèse qui explique l'odontome améloblastique.

3-5- Classification : [14]

Les tumeurs odontogènes peuvent être réparties en 3 groupes :

- Tumeurs purement épithéliales, rappelant la structure de l'organe de l'émail.
- Tumeurs associant structures épithéliales et conjonctives :

Dans ce groupe peuvent exister des phénomènes d'induction épithélio-conjonctif aboutissant à l'élaboration d'émail, de dentine et de ciment.

- Tumeurs constituées exclusivement de tissu conjonctif ectomésenchymateux des vestiges d'épithélium odontogènes englobés mais non tumoraux associés inconstamment.

Classification de Brocheriou

Selon Brocheriou, les tumeurs odontogènes se classent en :

- L'améloblastome
- les tumeurs de pindborg
- le Fibro-améloblastome
- le dentinome
- les tumeurs mésodermiques
- les myxomes et fibromyxomes
- les cémentomes

Tumeurs non odontogènes :

- le fibrome ossifiant
- le chondrome
- le torus
- l'exostose ostéogénique
- l'angiome
- la tumeur à myéloplaxes
- les granulomes
- Le fibrosarcome
- le chondrosarcome
- l'ostéosarcome
- les lymphomes (plasmocytome, burkitt).

4 – Signes :

4-1- Circonstances de découverte [15]

Les améloblastomes sont d'une remarquable latence, ce qui fait d'eux des tumeurs de l'adulte bien qu'un certain nombre puisse être observé chez l'enfant.

Tout au long de son évolution intra osseuse, la tumeur ne se manifeste par aucun signe clinique. Elle n'est découverte que fortuitement lors d'une radiographie systématique pour une affection dentaire. Elle évolue par poussées, d'abord silencieuses. C'est à l'occasion de l'une de ces poussées que la découverte est faite. De ce fait les signes qui conduisent à consulter sont variables :

- Chez les sujets jeunes, ce peut être une malformation, une malposition ou même l'absence d'une dent permanente, plus exceptionnellement temporaire, un diastème anormal ; les accidents inflammatoires sont plus rares. Parfois la tumeur est révélée par une radiographie pratiquée pour un examen orthodontique.
- A l'âge adulte, la tumeur est généralement découverte à l'occasion d'accidents inflammatoires et douloureux : élimination d'autres dents après une extraction, accidents de désinclusion sous une prothèse.

Quelque fois, l'existence de la tumeur était connue depuis longtemps mais ne se compliquait d'aucun signe fonctionnel.

C'est une tumeur qui affecte plus fréquemment le sexe masculin que le sexe féminin. Elle survient surtout dans la 4^e ou la 5^e

décennie, mais aussi chez l'enfant ou le sénior.

Elle siège le plus souvent dans les mâchoires :

Ailleurs, elle est révélée par une déformation faciale, une chute ou des déplacements dentaires, rarement une douleur.

4-2- Examen clinique [16]

A l'examen exobuccal: à l'inspection l'aspect du visage est souvent évocateur. La tumeur peut avoir la grosseur d'une mandarine ou parfois être énorme. Elle est recouverte d'une peau saine sans augmentation de la circulation collatérale ni présence de fistule.

Ceci peut entraîner des :

- Difformités faciales

A la palpation la tumeur est de consistance osseuse et il n'y a pas d'augmentation de la chaleur locale.

Cependant il n'y a pas d'adénopathies ; pas d'anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier.

A l'examen endobuccal : on peut noter

une expansion de la corticale avec

- Mobilités dentaires ;
- Déplacements dentaires ; ou une
- Apparition d'une malocclusion.

L'ouverture de la bouche découvre le rempart alvéolaire élargi ; le sillon vestibulaire comblé.

Sur l'arcade dentaire on note parfois une dent absente congénitalement ou bien plusieurs dents sont ébranlées ou bien encore quelques unes ont été extraites après accidents inflammatoires et au niveau de l'alvéole déshabitée persiste une fistule comblée par des bourgeons charnus entre lesquels sourd du pus.

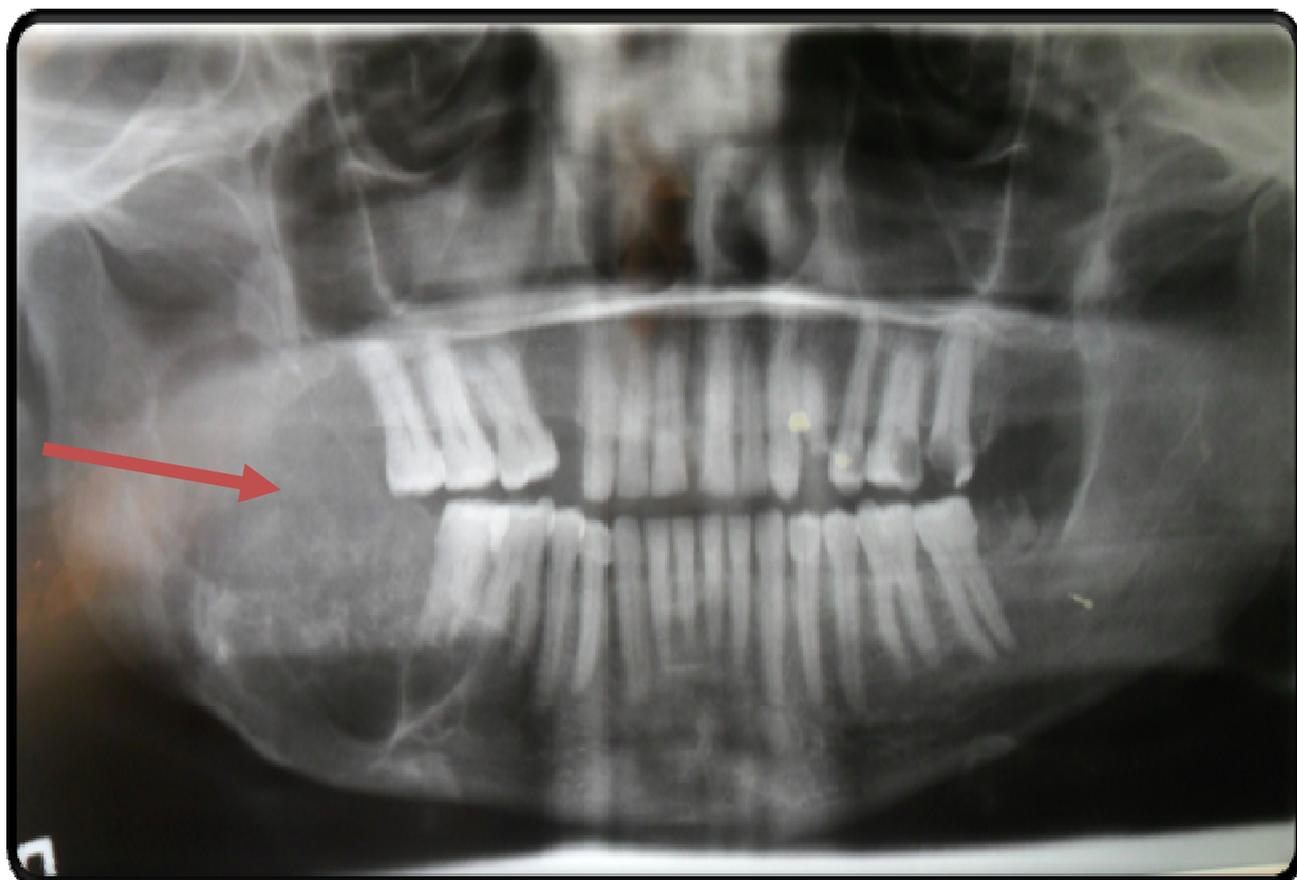
La ponction d'une cavité kystique ramène un liquide épais jaunâtre parfois teinté de sang.

4-5- Examens complémentaires :

4-3-1- Radiographie [11]

On observe :

- Soit une image kystique uniloculaire, à contour net, associée éventuellement à des dents incluses, pouvant être fort trompeuse ;
- Soit des images multiloculaires : images lacunaires multiples, séparées les unes des autres ou images en bulles de savon, ou images en nid d'abeille ;
- Soit une vaste image lacunaire avec quelques cloisons de refend.



Radio orthopantomogramme : lacune osseuse polygédodique, expansive, très claire, souvent bordée par une fine coque périostée.

Source : photo prise par Pr TD COULIBALY CHUOS/Bamako 2014

L'examen tomodensitométrique sera demandé :

- pour préciser, dès que nécessaire, les rapports de la tumeur avec les structures anatomiques avoisinantes (canal du nerf alvéolaire inférieur ...),
- parfois pour préciser les relations de la tumeur avec les racines dentaires (Dentascan),
- pour préciser l'extension tumorale, à la fois en endo-osseux et dans les parties molles, lorsque la lésion a un caractère pluriloculaire ou mal limité et/ou lorsqu'il existe une suspicion de destruction corticale.

4-3-2- La ponction :

Elle sera pratiquée lorsque l'examen clinique met en évidence une fluctuation ou une zone de rénitence. La ponction sera facile dans les zones où la muqueuse est dépressible. L'impossibilité de ponctionner à travers une coque osseuse épaisse n'élimine pas le diagnostic d'une tumeur kystique.

Après désinfection du champ opératoire la ponction est réalisée à l'aide d'un trocart de 12/10^e de mm monté sur une seringue. La pénétration par voie vestibulaire ou par voie cutanée au sein de la tumeur confirmera le diagnostic de tumeur d'allure kystique.

Cette ponction comporte des risques évidents de surinfection et doit être faite avec les précautions habituelles d'asepsie. [17]

Deux cas peuvent se présenter :

- La ponction ramène du liquide [18]

Ce liquide peut être clair ou citrin ; visqueux ou non ; brun chocolat ; purulent ou franchement hémorragique. Dans tous les cas ce liquide sera envoyé au laboratoire pour un examen cytologique et chimique.

- La ponction est blanche [17,18]

Dans ce cas elle ne ramène pas de liquide ; ce résultat permet d'écarter le diagnostic de tumeur kystique vraie.

L'intérêt majeur de la ponction d'une tumeur liquidienne est d'éliminer le diagnostic de tumeurs vasculaires (angiome ; anévrisme). Dans ce cas un geste chirurgical intempestif pourrait avoir des conséquences catastrophiques.

4-3-3- La biopsie [10]

La biopsie au besoin confirme le diagnostic mais il ne faut pas oublier comme le dit BACLESSE qu'il existe des cas où radiographiquement le diagnostic d'améloblastome est évident alors que l'histologie montre un épithélioma pavimenteux ; C'est chez ces malades que des biopsies répétées et suffisamment profondes permettront seules d'obtenir la certitude du diagnostic histologique d'améloblastome

4-6- Evolution : [10, 19]

L'améloblastome débute à l'intérieur du maxillaire, s'infiltré dans l'os, écarte lentement la corticale de la surface et produit une tuméfaction qui s'accroît lentement en avant et en haut. L'améloblastome peut acquérir un volume considérable, envahir toute la branche montante et horizontale et déformer complètement la joue. La tumeur fait corps avec l'os, les téguments ne sont pas altérés, il n'y a pas d'adénopathies. Les dents sont déplacées puis ébranlées ou résorbées ; elles peuvent causer des complications inflammatoires (locales ou lymphangiome). L'os est progressivement détruit.

La durée de la maladie varie habituellement autour de cinq ans, mais peut durer de quelques mois à vingt-huit ans.

L'évolution vers la malignité avec des métastases dans les ganglions régionaux et dans les poumons peut atteindre d'après certains auteurs jusqu'à 14% des cas ; d'après THOMAS, jusqu'à 4,5% d'après les observations les plus récentes, jusqu'à environ 2% des cas si la tumeur est bien opérée. Les patients meurent par l'invasion du crâne et du cerveau, ou par métastase au niveau des poumons et broncho pneumonie, ou par une hémorragie.

Il y a une possibilité exceptionnelle de transformation maligne : sarcome ou épithélioma.

4-7- Les formes cliniques [13,20]

4-5-1- Selon la structure :

Plusieurs formes peuvent être décrites :

- ❖ L'améloblastome solide
- ❖ L'améloblastome kystique (mono kystique et poly kystique)
- ❖ L'améloblastome combiné

4-5-2- Selon la localisation :

On peut décrire :

- ❖ L'améloblastome central : qui est plus fréquent
- ❖ L'améloblastome latéral
- ❖ L'améloblastome inter dentaire

5- Diagnostic :

6-1- Diagnostic positif

Pour les signes extra oraux on a :

- Des difformités faciales

Les signes intra oraux ; nous avons :

- Expansion de la corticale
- Mobilité dentaire
- Déplacements dentaires
- Apparition d'une malocclusion
- La croissance est généralement lente avec gonflement de la corticale : la tumeur est indolore à la croissance avec mobilité dentaire et rhizalysé.
- Dans la majorité des cas l'atteinte est asymptomatique d'où le danger.

6-2- Diagnostic différentiel [3]

Le diagnostic différentiel de l'améloblastome est le plus souvent posé avec :

- le kyste folliculaire,
- le kératokyste,
- le fibrome améloblastique,
- le fibrome odontogénique,
- le myxome odontogénique
- le granulome central de réparation à cellules géantes.

7- Traitement :

6-1- Buts [21]

- Soulager le malade
- Stériliser le foyer tumoral
- Eviter les récurrences et complications
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Améliorer l'esthétique et restituer la fonction

6-2- Moyens et méthodes

6-2-1- Chirurgie radicale

C'est le traitement qui préconise un geste radical d'emblée avec résection interruptrice de l'os. La fréquence de ces améloblastomes parmi les tumeurs bénignes des maxillaires n'est que environ 30% ; ceci fait qu'on hésite à prendre initialement une attitude radicale. Certes, le volume important de ces tumeurs au moment de l'intervention et la possibilité de réparation en un seul temps opératoire du défaut osseux, font que certains auteurs adoptent fréquemment le traitement radical devant toute image suspecte d'améloblastome. [22]

Certes, la majorité des auteurs paraît s'être rallié au principe du traitement radical permettant à lui seul d'éviter :

- À de rares exceptions près toute récidive
- Les gestes chirurgicaux itératifs ; plus mutilants
- La transformation carcinomateuse qui devient négligeable.

Autrement dit, le traitement de choix qui permet d'assurer de façon presque absolue la guérison, reste incontestablement l'intervention radicale pour un améloblastome.

Ce traitement sera suivi d'une reconstitution immédiate le plus souvent :

Pour cela on note 3 techniques principales à savoir :

- La technique par étapes ou greffe osseuse cortico-spongieuse
- Le transfert vascularisé
- L'ostéogénèse par distraction
 - Greffe osseuse corticospongieuse :
 - Avantage :
 - Moulage de la greffe
 - Moins morbide
 - Inconvénients :
 - Forte vascularisation nécessaire
- Nécessite plaque de reconstitution et vis
 - Transfert vascularisé :
 - Avantage :
 - Amène la vascularisation au site de la greffe
 - Inconvénients :
 - Forme et volume limité
 - Technique très sensible

➤ Ostéogénèse par distraction :

• Avantage :

- Pas besoin de greffe
- Histogénèse (création de tissus mous)
- Chirurgie d'un jour

• Inconvénients :

- Cicatrice
- Besoin de patient motivé
- Nouvelle technique difficile à contrôler

6-2-2 La chirurgie conservatrice

Elle comprend la marsupialisation, l'énucléation et le curetage. (Perforation, pose d'un drain, rétrécissement de la tumeur, énucléation, curetage).

Certains auteurs pour leur part ne condamnent pas d'emblée la chirurgie conservatrice ceci permet d'éviter pour leur part les inconvénients de la chirurgie radicale à retentissement multiples : fonctionnel ; cosmétique et psychologique. [5, 23 ,24]

Parmi ses avantages ; elle permet au malade une meilleure réinsertion socio-professionnelle.

Elle constitue un moyen d'attente de la certitude histologique : difficultés de diagnostic différentiel d'améloblastome.

Les séquelles de l'intervention sont minimales.

Parmi les inconvénients ; on a :

Un risque de récives en particulier de la dégénérescence maligne qui augmentent.

CERNEA rapporte 76% de récive après énucléation. [8, 22,25]

CARLIETR donne 23% seulement de guérisons supposées après les gestes conservateurs pour 87% après une chirurgie élargie. [22]

6-3- Indications [5,8]

La chirurgie radicale s'impose si :

- La tumeur est extériorisée,
- La tumeur est volumineuse rompt même partiellement la corticale,
- La tumeur s'étend vers le bord basilaire de la branche montante (pour la mandibule).

Quant à la chirurgie conservatrice, elle est indiquée :

- Lors d'une première manifestation,
- Si la tumeur est enclose de volume modéré et les tables osseuses assez épaisses et non rompues.

D'autres critères prennent une place importante :

- L'âge ; l'état général du malade,
- L'évolutivité de la tumeur souvent très difficile à apprécier,

La possibilité de surveillance surtout après traitement conservateur.

6-4- Pronostic [10,26]

Les récurrences sont fréquentes et multiples ; quel que soit la structure histologique, le pronostic est identique.

Rappelons toutefois que le meilleur pronostic des formes unikystiques, des formes périphériques et des formes desmoplastiques.

6-5- Récurrences [10,26]

Les récurrences sont très fréquentes sur le moignon mandibulaire réséqué comme dans les parties molles et les muscles voisins.

L'éventualité d'une transformation maligne avec adénopathies métastatiques et localisations à distance bien que rare est toujours possible.

Le caractère fréquemment récidivant de la tumeur après énucléation impose une surveillance rigoureuse pendant des années.

Cette tendance à la récurrence se fait par poussées.

Ainsi les récurrences qui sont très fréquentes sont dues à la difficulté d'une opération complète. Il s'agit d'ailleurs non d'une récurrence mais d'une continuation évolutive (BERARD) sur un élément demeuré en place.

3- Objectif général :

- Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'améloblastome mandibulaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako de janvier 2011 à décembre 2013.

4- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'améloblastome mandibulaire en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, profession, statut matrimonial, résidence) au CHUOS de Bamako.
- Déterminer les aspects cliniques de l'améloblastome mandibulaire au CHUOS de Bamako.
- Identifier les moyens thérapeutiques utilisés pour la prise en charge de l'améloblastome mandibulaire du CHUOS de Bamako.

1- Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de stomatologie et chirurgie maxillofaciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Le CHUOS est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Poincaré, porte N°870.

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

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n° 92-026 / AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu établissement hospitalier public (EHP) par la loi n° 03-23 / AN-RM du 14-07-03.

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

Il assure les missions suivantes :

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

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur tous les cas d'améloblastomes mandibulaires rencontrés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

3- Population d'étude :

Elle est composée de l'ensemble des patients rencontrés dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale du CHUOS de Bamako.

4- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 01 Janvier 2011 au 31 décembre 2013.

5- Type de recrutement :

Le recrutement se faisait de façon accidentelle ou sur référence de tierce personne.

6- Echantillonnage :

Notre échantillon était composé de 51 patients.

- Critères d'inclusion :

Etait inclus dans notre étude :

Tout patient dont le diagnostic d'améloblastome mandibulaire a été posé cliniquement, radiologiquement et histologiquement, avec un dossier médico-chirurgical complet et ayant accepté la prise en charge.

- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

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

- Patients n'ayant pas été opérés.

- Patients n'ayant pas accepté la prise en charge.

7- Le recueil des données :

Nos sources d'information ont été :

- Les dossiers individuels médico-chirurgicaux des patients.

- Les registres de consultation et d'hospitalisation du service.
- Le registre de compte rendu d'interventions du bloc opératoire.

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

8- Saisie et l'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel spss version 22.

Un risque alpha de 0,05% a été retenu.

Une présentation tabulaire des données a été adoptée.

9- Aspect éthique :

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

- Notre étude n'a porté aucun préjudice aux patients inclus dans l'étude, mais a contribué plutôt à une meilleure connaissance de l'améloblastome de la mandibule pour une meilleure prise en charge.

- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur le patient atteint de l'améloblastome de la mandibule.

- Un consentement éclairé des patients a été demandé et obtenu avant l'intervention.

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

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	25	49,02
Féminin	26	51,98
Total	51	100,00

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un sex-ratio de 1,04.

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

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
0 – 15 ans	5	9,80
16 – 30 ans	22	43,14
31 – 45 ans	17	33,33
+ 45 ans	7	13,73
Total	51	100,00

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre

16-30 ans avec une moyenne de 31,08 et un écart type de 13,71.

L'âge maximum était de 65 ans et l'âge minimum était de 12 ans.

Tableau III : Distribution de l'âge des patients en fonction du sexe.

Age/ sexe	0-15 ans		16-30 ans		31-45 ans		+ 45 ans	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Masculin	1	4,00	12	48,00	12	48,00	0	7
Féminin	4	15,40	10	38,50	5	19,20	0,00	26,90

Chi2 = 11,84 ; ddl =3 ; P= 0,008

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

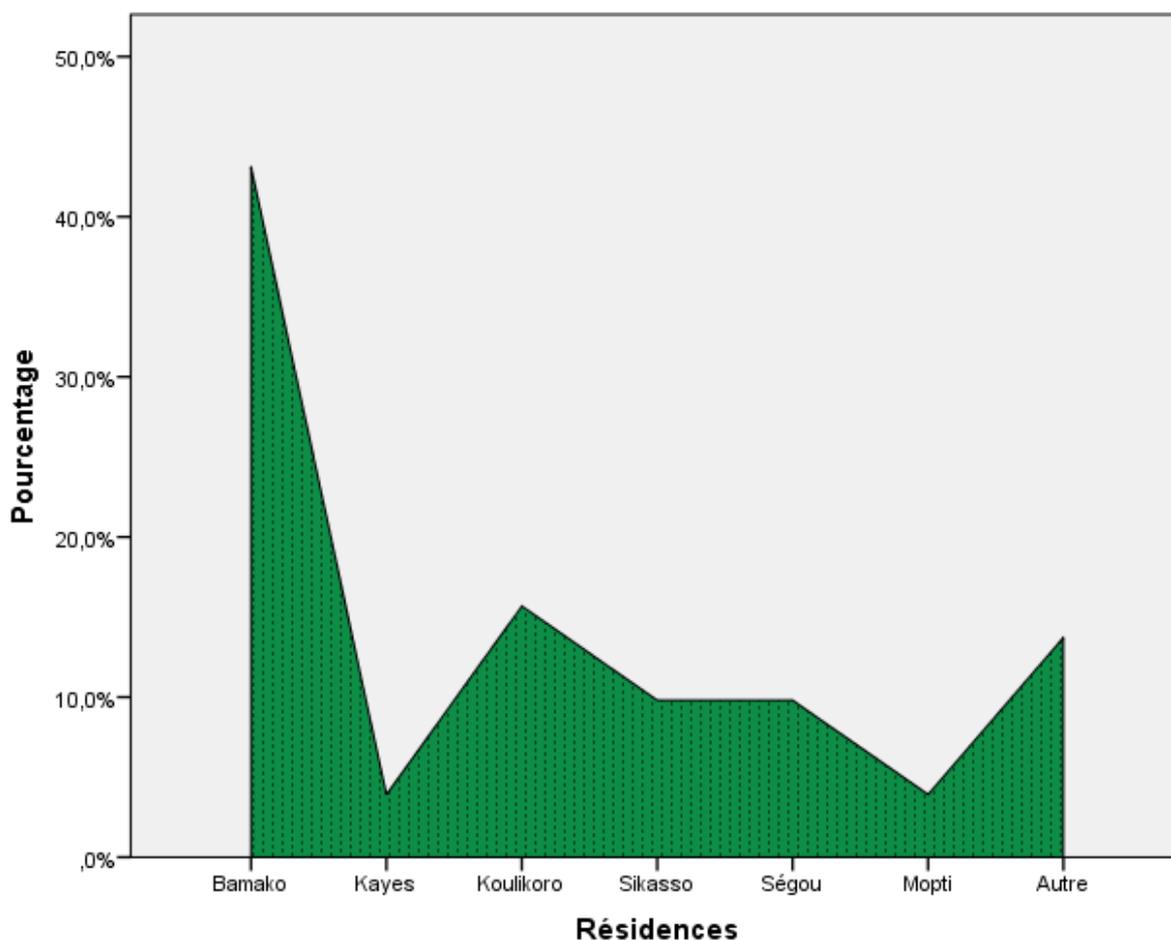
Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation.

Occupation	Effectif	Fréquence (%)
Agent de l'état	2	3,92
Femme au foyer	19	37,25
Opérateur économique	4	7,84
Agriculteur	4	7,84
Ouvrier	6	11,76
Elève/ Etudiant	9	17,65
Autres	7	13,73
Total	51	100,00

Autres : Boulanger = 03,92% ; Sans profession = 03,92% ; Berger = 05,88%

Les femmes au foyer ont représenté 37,25% des cas.

Graphique1: Répartition de l'effectif des patients en fonction de la résidence.



Le district de Bamako a été la résidence la plus représentée avec 43,1% des cas.

Autre : Gao, Tombouctou, Kidal, république de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Conakry ; du Niger ont représenté 13,7% des cas.

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Tuméfaction et gêne fonctionnelle	46	90,20
Douleur	04	7,84
Mobilité dentaire	01	1,96
Total	51	100,00

La tuméfaction mandibulaire avec gêne fonctionnelle a été le motif de consultation le plus fréquent (90,20% des cas).

Tableau VI: Répartition de l'effectif des patients en fonction de la localisation de la tumeur.

Localisation	Effectif	Fréquence (%)
Mandibule droite	18	35,29
Mandibule gauche	24	47,06
Bilatérale	9	17,65
Total	51	100,00

La tumeur était localisée à la mandibule gauche dans 47,06% des cas.

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du siège de la tumeur.

Siège	Effectif	Fréquence (%)
Branche horizontale	19	37,26
Symphyse	5	9,80
Angle mandibulaire	3	5,88
Hémi-mandibule	7	13,73
Branche horizontale et symphyse	6	11,76
Branche montante et angle mandibulaire	10	19,61
Branche horizontale et branche montante	1	1,96
Total	51	100,00

La branche horizontale a été la plus représentée avec 37,26% des cas.

Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'examen radiographique.

Examen radiographique	Effectif	Fréquence (%)
Rx OPG	22	43,14
Rx Face basse	12	23,53
TDM	11	21,57
Plus d'une radiographie	6	11,76
Total	51	100,00

La radiographie OPG a été l'examen le plus effectué avec 43,14% des cas.

Tableau IX : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'aspect radiologique.

Aspect radiologique	Effectif	Fréquence (%)
Uniloculaire	15	29,41
Multioculaire	36	70,59
Total	51	100,00

L'aspect multiloculaire a été observé dans 70,59% des cas.

Tableau X : Répartition de l'effectif des patients selon le type anatomopathologique

Type l'anapath	Effectif	Fréquence (%)
Améloblastome simple	45	88,24
Améloblastome remanié	3	05,88
Améloblastome forme papillaire	2	03,92
Améloblastome à malignité locale	1	01,96
Total	51	100,00

L'améloblastome simple a été le plus représenté (88,24%).

Tableau XI : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type d'anesthésie utilisé.

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Locorégionale	2	3,92
Générale	49	96,08
Total	51	100,00

L'anesthésie générale a été réalisée dans 96,08% des cas.

Tableau XII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type d'intervention chirurgicale.

Type d'intervention chirurgicale	Effectif	Fréquence(%)
Chirurgie conservatrice	29	56,86
Chirurgie radicale avec désarticulation de l'ATM	12	23,53
Chirurgie radicale sans désarticulation de l'ATM	10	19,61
Total	51	100,00

La chirurgie conservatrice a été effectuée dans 56,86% des cas.

Tableau XIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la durée du suivi post opératoire.

Suivi post opératoire	Effectif	Fréquence (%)
1 mois	1	1,96
3 mois	10	19,61
6 mois	25	49,02
1 an	15	29,41
Total	51	100,00

Le suivi a été effectué à 1 an chez 29,41% des cas.

Tableau XIV : Répartition de l'effectif des patients en fonction du nombre de récurrences.

Nombre de récurrence	Effectif	Fréquence (%)
Aucune	40	78,43
Primaire	6	11,77
Secondaire	5	9,80
Total	51	100,00

La récurrence primaire a été observée chez 11,77% des patients.

Tableau XV : Distribution du siège de la tumeur en fonction du sexe.

Siège/ Sexe	BH		BM		S		AM		HM		BH et S		BM et AM		BH et BM	
	E ff	%	E ff	%	E ff	%	E ff	%	E ff	%	E ff	%	E ff	%	E ff	%
Masculin	8	32,	0	0,	4	16,	1	4,	4	16,	4	16,	4	16,	0	0,
		0		0		0		0		0		0		0		0
Féminin	1	42,	0	0,	1	3,8	2	7,	3	11,	3	7,7	6	23,	1	3,
	1	3		0				7		5				1		8

Chi2 = 4,79 ddl = 6 ; P =0,57

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

Tableau XVI : Distribution du siège de la tumeur en fonction de la tranche d'âge.

Siège/ âge	BH		BM		S		AM		HM		BH et S		BM et A		BH et BM	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
0-15	2	10,5	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	16,7	1	10,0	0	0,0
16-30	7	36,8	0	0,0	3	60,0	1	33,3	3	42,9	3	50,0	4	40,0	1	100
31-45	6	31,6	0	0,0	2	40,0	1	33,3	3	42,9	2	33,3	3	30,0	0	0,0
+ 45	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	2	20,0	0	0,0

Chi2 = 8,40 ddl = 18 ; P = 0,97

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

Tableau XVII: Distribution du type d'intervention en fonction du sexe.

Type d'intervention	Chirurgie conservatrice		Chirurgie radicale sans désarticulation de l'ATM		Chirurgie radicale avec désarticulation de l'ATM	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	17	58,62	4	33,33	4	40,00
Féminin	12	41,38	8	66,67	6	60,00

Chi2 = 2,57 ddl = 2 ; P = 0,27

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

Tableau XVIII: Distribution du type d'intervention en fonction de la tranche d'âge.

Type d'intervention	Chirurgie conservatrice		Chirurgie radicale sans désarticulation de L'ATM		Chirurgie radicale avec désarticulation de L'ATM	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-15	4	13,80	1	8,33	0	0,00
16-30	14	48,30	3	25,00	5	50,00
31-45	9	31,00	4	33,33	4	40,00
+ 45	2	6,90	4	33,33	1	10,00

Chi2 = 7,3 ; ddl = 6 ; P = 0,29

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

Notre étude était une étude rétrospective, réalisée du 1^{er} Janvier 2011 au 31 décembre 2013 dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS. Elle concernait 51 patients dont 51,98% de sexe féminin.

1- Sexe

Dans notre étude, nous avons trouvé une prédominance féminine avec un sex-ratio de 1,04

N'DRI K, KONATE I, Bravo-TSRI B et coll en 2013 au CHU de Bouaké et de Cocody ont trouvé une prédominance masculine avec 56,5 % sur un échantillon de 23 patients. [27]

Une étude réalisée par KEITA K au CHU-OS de Bamako avait trouvé une prédominance du sexe masculin de 56,1% avec un sex-ratio de 1,27 sur un échantillon de 98 patients. [28]

Une autre étude rétrospective réalisée par GUEYE D S M au CHU Aristide Le Dantec de Dakar avait trouvé une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,8 sur un échantillon de 56 patients. [21]

ANI F, EL HASSANI L, ESSAKAL L I et coll en 2007 à Casablanca au Maroc ont trouvé une prédominance du sexe masculin avec 65% sur un échantillon de 20 patients. [29]

YEHOUESSI V B, FLATIN M, N'TIA F-W et coll entre 1980-2006 soit en 27 ans, ont trouvé une prédominance masculine avec 55,6% sur un échantillon de 54 patients. [30]

DIOMBANA et coll en 1994 à l'hôpital de Kati avaient trouvé une prédominance du sexe féminin (60%) avec un sex-ratio de 1,51 sur 35 patients. [31]

EL HARMEL B, ZAHRA F en 2011, dans leur étude avaient trouvé une fréquence pratiquement égale chez les 2 sexes sur un échantillon de 10 patients. [9]

2- Age

Dans notre étude, la moyenne d'âge a été 31,08 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 16-30 ans soit 43,14% avec un écart type de 13,71. L'âge maximum était de 65 ans et l'âge minimum était de 12 ans.

ANI F, EL HASSANI L, ESSAKAL L I et coll ont trouvé une moyenne d'âge de 38 ans avec des extrêmes de 11 et 60 ans. [29]

N'DRI K, KONATE I, BRAVO-TSRI B et coll ont trouvé une moyenne d'âge de 29,2 ans avec 43,5% pour la tranche d'âge comprise entre 15-25 ans. [27]

DOUNIA K, KABA B H, KHATIB K et coll, dans leur étude ont trouvé un âge moyen de 33 ans. [32]

GUEYE D S M [21] a trouvé un âge moyen de 37 ans et des extrêmes de 12 ans et 70 ans. Quant à H BENHALIMA, H RAFI, S SLAOUI et coll [5] ; ils ont trouvé dans leur étude une moyenne d'âge de 34 ans.

En Côte d'Ivoire, ADOU A et collaborateurs ont trouvé la 3^{ème} décennie comme âge de prédilection. [8]

Pour YEHOUESSI V B, FLATIN M, N'TIA F-W et coll, les sujets de 15 à 40 ans ont constitué 81,48% de la série. [30]

EL HARMEL B, ZAHRA F et coll ont trouvé une moyenne d'âge de 39 ans avec des extrêmes de 13 et de 66 ans. [9]

KEITA K a trouvé une moyenne d'âge de 20 ans avec une tranche d'âge comprise entre 20-40 ans soit 56,1%. [28]

Au Mali pour DIOMBANA M.L et coll, la moyenne d'âge était de 27 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 25-45 ans. [31]

Concernant la distribution de l'âge en fonction du sexe notre étude n'a pas trouvé de liaison statistiquement significative entre les deux variables.

3- Occupation

Les femmes au foyer ont été les plus représentés avec 37,25% des cas dans notre étude suivie, des élèves et étudiants avec 17,65%.

Dans l'étude de KEITA K, les femmes au foyer ont représenté 35,7% sur un échantillon de 98 patients. [28] Chez DIOMBANA M.L et coll, les agriculteurs ont représenté 42,90% des cas. [31]

Dans l'étude de KEITA O, les agriculteurs étaient les plus représentés avec 48%, suivis des femmes au foyer avec 22%. [33]

4- Résidence

Le district de Bamako était la résidence la plus représentée avec 43,1%.

Pour KEITA K les patients résidant dans le district de Bamako ont représenté 68,4%. [28]

Dans l'étude de KEITA O, 12% des patients résidaient dans le district de Bamako. [33]

5- Localisation

Dans notre étude, la tumeur était localisée à la mandibule gauche dans 47,06%. ANI F, EL HASSANI L, ESSAKAL L I et coll ont trouvé dans leur étude 50% de la localisation héli-mandibulaire gauche; 35% de l'héli-mandibule droite et 15% de la région symphysaire. [29]

6- Siège de la tumeur

Dans notre étude, le siège de prédilection était la branche horizontale avec 37,26% suivie de la branche montante et angle mandibulaire avec 19,61%.

GUEYE D S M a trouvé une prédominance au niveau de la branche horizontale dans 41,07% des cas et de l'angle mandibulaire dans 25% des cas sur un échantillon de 56 patients. [21]

H. BENHALIMA, H. RAFI, S. SLAOUI et coll au Maghreb, sur 32 patients d'améloblastomes mandibulaires suivis dans une étude, 06,25% seulement ont été relevés au niveau de la branche horizontale et 09,37% au niveau de l'angle. [5]

Chez N'DRI K, KONATE I et coll, les lésions étaient plus fréquentes sur la branche horizontale dans 43,48%, sur la symphyse dans 43,48%, et sur la branche montante dans 08,69%. Dans 04,38% la tumeur était sur toute l'hémi mandibule sur un échantillon de 23 patients. [27]

Y. JEBLAOUI et coll, dans leur étude ont trouvé 62% des cas de localisation angulo-mandibulaire. [34]

Dans l'étude de YEHOUESSI V B, FLATIN M, N'TIA F-W et coll, la zone de prédilection était la branche horizontale avec 55,6% et l'angle mandibulaire avec 9,3%. [30]

Nous n'avons pas trouvé de liaison statistiquement significative entre le siège de la tumeur et le sexe.

7- Examen Radiologique

Dans notre étude sur 51 patients, 43,14% ont effectué une radiographie panoramique ; 23,53% la radiographie face basse ; 21,57% la tomodensitométrie maxillo-faciale ; 11,76% des patients ont bénéficié plus d'une radiographie.

L'image radiologique était une image multiloculée dans 70,59% et uniloculée dans 29,41%.

Pour RUHIN-PONCET B, GUILBERT F, GOUDOT P ; les images polygédiques sont des images très fréquemment observées. Elles conduisent naturellement au diagnostic d'améloblastome ou de kératokyste (ou tumeur épithéliale odontogène kystique pour les anglosaxons). Une image en bulles de savon est en pratique spécifique de l'améloblastome lorsqu'elle siège dans l'angle de la branche horizontale de la mandibule. Cet aspect en bulles de savon s'observe aussi, mais beaucoup moins fréquemment dans l'angle et la branche montante de la mandibule, où se

discutent de façon systématique l'améloblastome ou le kyste épidermoïde. [35]

Dans l'étude de GUEYE S M l'image radiologique observée était une image multiloculée 66,07% et une image monoloculée 28,57%. [21]

CREZOIT G.E, GADEGBEKU S, OUATTARA B. et coll [36] et EL HARMEL B, ZAHRA F [22] ont trouvé respectivement 70 % d'image multiloculaire et 30 % d'image uniloculaire.

Dans l'étude de YEHOUESSI V B, FLATIN M, N'TIA F-W et coll, le défilé maxillaire (55,60%) et l'orthopantomogramme (44,40%) ont objectivé des images polygéodiques (60%) et monogéodiques (18%). [30]

Dans l'étude de ANI F, EL HASSANI L, ESSAKAL L I et coll, tous les patients ont été explorés par une radiographie panoramique dentaire et une tomodynamométrie faciale. La lésion expansive ostéolytique était uniloculaire : 5% et multiloculaire : 95% sur un échantillon de 20 patients. [29]

Dans l'étude de N'DRI K, KONATE I, BRAVO-TSRI B, et coll, la radiographie panoramique dentaire a été réalisée dans 91.3 %. L'ostéolyse était la lésion observée. Cette ostéolyse était unique dans 30,43% des cas et multiple dans 69,57% des cas. [27]

8- Type d'anatomopathologie

L'examen anatomopathologique a conclu à un améloblastome simple dans 88,24% des cas ; D'autres formes histologiques ont été également rencontrées à savoir l'améloblastome rémanié dans 5,88% des cas; l'améloblastome papillaire dans 3,92% des cas; l'améloblastome à malignité locale dans 1,96% des cas.

9- Récidive

Dans notre étude, il y'avait 11,77% de récurrence primaire 9,80% d'améloblastomes de récurrence secondaire. La récurrence de ces améloblastomes

est un problème majeur du traitement de ces tumeurs ; comme nous l'avons constaté dans notre étude, même si ces récurrences ne concernent pas la totalité des améloblastomes, elles existent toujours.

DIOMBANA, M.L et coll ont trouvé 8,6 % de malades revenus pour cause de récurrence [31] ; EL HARMEL B, ZAHRA F dans leur étude ont trouvé 1 cas de récurrence [9] ; GUEYE D S M a trouvé 15,38% de récurrence. [21]

10- Type d'intervention

Dans notre étude, la chirurgie conservatrice pratiquée a représenté 56,86% suivie de la chirurgie radicale avec désarticulation (23,53%) et la chirurgie radicale sans désarticulation (19,61% des cas).

Dans l'étude de KEITA K, 50% des patients avaient subi une chirurgie conservatrice et 26,5% une chirurgie radicale. [28]

Selon KPEMISSI E, AMANA B, TCHANDANA K, la résection partielle de l'os mandibulaire a été la technique chirurgicale la plus utilisée avec 67,03%. [37] Chez DOUNIA K, KABA B H, KHATIB K et all, le traitement a été conservateur chez 19 patients et radical par chirurgie interruptrice avec reconstruction en un temps dans dix cas, et en deux temps dans trois cas sur un échantillon de 32 patients. Trois épisodes de récurrence locale sont survenus après traitement conservateur. [32]

Nous n'avons pas trouvé de liaison statistiquement significative entre le type d'intervention et le sexe ainsi que la tranche d'âge.

11- Traitement médical

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical : antibiotique, antalgique, anti inflammatoire non stéroïdien ou stéroïdien et des antiseptiques locaux.

12- Type d'anesthésie

L'anesthésie générale a été réalisée dans 96,08% des cas et l'anesthésie loco-régionale dans 3,92%.

13- Suivi post opératoire

Dans notre étude un suivi de 1 an a été effectué chez 29,41% des cas ; 9,80% des patients ont présenté plus de deux récurrences.

KEITA K a trouvé dans son étude 3,1% de cas de récurrence secondaire. [28]

Selon GUERIN J, ZWETYENGA N, CLAIREMAJOUFRE-LEFEBVRE et coll, le taux de récurrence a été de 21,42% dans une période moyenne d'environ 34 mois. [39]

Dans l'étude de KPEMISSI E, AMANA B, TCHANDANA K et coll, l'évolution à court terme a été favorable avec 69% ; le suivi à long terme a été difficile. [37]

Dans l'étude de EL HARMEL B, ZAHRA F, sur 10 cas ; l'évolution a été généralement favorable, marquée dans 1 cas par la récurrence qui est l'apanage d'une exérèse incomplète. [9]

Conclusion

L'améloblastome est une tumeur bénigne fréquente parmi les tumeurs odontogènes, mais rare dans le cadre des tumeurs et kystes des maxillaires. La mandibule reste sa localisation préférentielle. Du fait de sa capacité d'envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récurrence après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale.

Le traitement étant surtout chirurgical, ceci conduit à des résections osseuses au niveau de la mandibule avec une perte de substance non négligeable posant le problème aigu de prise en charge des séquelles.

Recommandations :

1-Aux autorités socio-sanitaires :

- Mener une campagne d'information vis-à-vis de cette forme de tumeur au sein de la population pour une prise de conscience en vue d'une prise en charge plus précoce, plus efficace et moins onéreuse ;
- Multiplier les services spécialisés à travers le pays en vue de rapprocher les compétences de la population ;
- Mettre en œuvre le système de tiers payant en vue de faciliter l'accès des populations aux soins spécialisés ;
- Doter le CHUOS en matériel moderne de chirurgie maxillo-faciale.
- Initier et favoriser les actions de recherche sur les pathologies odontostomatologiques ;
- Encourager la formation des spécialistes en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.

2- Au personnel Socio-sanitaire :

- Référer tôt les patients vers les centres spécialisés pour une prise en charge précoce ;
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire.

3- Aux populations :

- Consulter dans un centre sanitaire ou hospitalier devant toute tuméfaction mandibulaire.
- Consulter le chirurgien dentiste deux fois par an en vue d'un diagnostic précoce.
- Observer l'hygiène buccodentaire.

Références bibliographiques

1-FAVRE-DAUVERGNE E, AURIOL M, LE CHARPENTIER J Tumeurs odontogènes

Ed techn EMC Paris Stomatologie-Odontologie 1, p 115.

2-VICTORIN A, PATRICK L, MARION P et coll

Améloblastome unikystique plexiforme mandibulaire : à propos d'un cas,
Revue d'Odonto-Stomatologie/février 2009.

3-GOLDBERG P

La dent normale et pathologique

1^{re} édition Année 2001 P 331- 334.

4-ALEXANDRE J

Améloblastome

[Http:// alexandre.itic.Free.fr/ semiologie/ amelo.htm](http://alexandre.itic.free.fr/semiologie/amelo.htm)

Consulté le 29/01/2014 à 16 h 45 min.

5-BENHALIMA H, RAFI H, SLAOUI S et coll

L'améloblastome mandibulaire : problèmes thérapeutiques Médecine du Maghreb 1992 n°34.

6-MARTIN-DUVERNEUIL N, AURIOL M

Tumeurs maxillo-faciales : Imagerie, anatomopathologie

Montpellier, saurampsmed 2004 p 402.

7-AVON S L, COMB J, CAMERON C

Carcinome améloblastique : étude de cas et recensement de la littérature.

8-ADOU A, SOUAGA K, KONAN E et coll

Améloblastome du sinus maxillaire : à propos d'une observation

Odontostomatologie Tropicale 2001 - N°94.

9-EL HARMEL B, ZAHRA F

Améloblastome mandibulaire étude rétrospective à propos de 10 cas,

Thèse de Médecine N° 135 Année 2011.

10-MEZL Z

Abrégé de pathologie dentaire

Edition Masson, p163/172.

11-LEBEAU J

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour le 2e cycle des études médicales,

Edition 2006 Elsevier P 17- 30-31-81-82

12-ROUVIERE H, DELMAS A

Anatomie humaine tome 1,

15e édition révisée par Vincent Delmas Page 107 – 114.

13-LEZY J P, PRINC G

Pathologie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Abrégés de stomatologie et pathologie maxillo-faciale 2^e édition; 1987 P 128/129.

14-PAYEN J, BROCHERIOU

Kyste et tumeur d'origine dentaire : classification

Revue de stomatologie, Paris, 1974

15-LECHARPENTIER Y

Histopathologie bucco-dentaire et Maxillo-Faciale Stomatologie.

Edition Masson, 1997 p 21-24

16-DECHAUME M

Précis de stomatologie

3^e édition revue et augmentée.

17-LEROY X, BRUGO A, MAES J M et coll

Tumeurs et pseudotumeurs non odontogènes bénignes des maxillaires

EMC, Stomatologie, 22-062-H-10, 2006.

18-TAZI M

Pathologie infectieuse et cavité buccale. Quels examens prescrire?

2008 CMP Medica LLC, a United Business Media company.

19-ABADA R L, KADIRI F, TAWFIK N et coll

Métastases multiples d'un améloblastome mandibulaire

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. 2005, vol. 106, no3, pp. 177-180.

20-CERNEA P

Améloblastome : diagnostic et indications thérapeutiques

Chirurgie maxillo-faciale, 1955, 56, 763-764.

21-GUEYE D S M

Les Améloblastomes : étude rétrospective de 56 cas colligés au CHU Aristide Le Dantec de Dakar de 1997 à 2007

Thèse de doctorat en chirurgie dentaire N° 25 année 2008.

22-BLACKWOOD H J

Odontogénic tumors in the child

Brit. Dent. J. 1965; 119; 10, 431- 438.

23-BARJIJAT M

Améloblastome des maxillaires : aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques, à propos de 26 cas

Année 2001.

24-BOURJILAT M, JANAHA A, KADIRI F et coll

Améloblastome des maxillaires : Aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques : A propos de 36 cas.

Sedip médical.

25-DIONNE J S, LEBLANC J

Saurez-vous diagnostiquer l'améloblastome de type folliculaire ?

FMD, 2003/3.

26-WILK A

Kystes et tumeurs des maxillaires

Module de spécialité Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique Réparatrice 2007-2008 TD III (item 154).

27-N'DRI K, KONATE I, BRAVO-TSRI B et coll

Aspects radiologiques des améloblastomes mandibulaires : à propos de 23 cas

Journal Afr imag Méd 2013.

28-KEITA K

Les améloblastomes des maxillaires dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

Thèse de doctorat en médecine, année 2010-2011.

29-ANI F, EL HASSANI L, ESSAKAL L I et coll

Imagerie des améloblastomes à propos de 20 cas.

Société française de radiologie

30-YEHOUESSI V B, FLATIN M, N'TIA F-W et coll

Améloblastome des maxillaires : aspects cliniques, radiologiques et histopathologiques,

Journal de la Société de Biologie Clinique, 2007; N° 011; 17-21.

31-DIOMBANA M.L; KUSSNER H; AG M et coll

L'améloblastome des maxillaires, à propos de 35 cas au Service de Stomatologie de l'Hôpital de Kati, République du Mali

Mali Médical 1994 Tome 9 pages 23-26.

32-DOUNIA K, KABA B H, KHATIB K et coll

Traitement de l'améloblastome mandibulaire : chirurgie radicale ou conservatrice ?

Actualités Odonto-Stomatologiques 2008.

33-KEITA O

Approche épidémiologique sur l'améloblastome des maxillaires dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital de Kati de janvier 1981 à décembre 1998 à propos de 50 cas

Thèse de médecine Bamako : 2001, N°34.

34-Y JEBLAOUI, N BEN NEJI, S HADDAD et coll

Algorithme de Prise en charge des améloblastomes en Tunisie

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, Vol 107 ; 2007.

35-RUHIN-PONCET B, GUILBERT F, GOUDOT P

Conduite à tenir devant une image radioclaire des mâchoires,

Stomatologie Entretiens de Bichat 2 oct. 2010

36-CREZOIT G E, GADEGBEKU S, OUATTARA B et coll

Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastome mandibulaire opérés en Côte d'Ivoire de 1992 à 2000,

Rev Stomatol Chir Maxillo-fac, 2003.

37-KPEMISSI E, AMANA B, TCHANDANA K

Tumeurs mandibulaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 91 cas,

Mali médical 2009 Tome XXIV N°3.

38-M ZERHOUNI, N ELBENNA, S BENNIS et coll

Améloblastome malin à propos d'un cas,

Journal de la Société de Biologie Clinique page 17.

39-GUERIN J, ZWETYENGA N, CLAIRE MAJOUFRE-LEFEBVRE et coll

Prise en charge des améloblastomes mandibulaires : analyse améloblastome unikystique plexiforme mandibulaire à propos d'un cas,

Revue d'Odontostomatologie/février 2009

40-FRANK H. NETTER, MD

Atlas d'anatomie humaine 2^{ème} édition, année 1999.

Fiche d'enquête

Q1 : Numéro de la fiche.....

Q2 : Numéro du dossier.....

Q3 : Date de la consultation.....

Q4 : Prénoms et nom.....

Q5 : Age.....

Q6 : Sexe

1 : Masculin

2 : Féminin

Q7 : Occupation

1 : Agents de l'état 2 : Femme au foyer 3 : Opérateur économique

4 : Agriculteur 5 : Ouvrier 6 : Elève/Étudiant 8 : Autres

Q8 : Ethnie

1 : Bamanan

2 : Peulh

3 : Soninké

4 : Dogon

5 : Senoufo

6 : Autres (à préciser)

Q9 : Nationalité

1 : Malienne

2 : Autres nationalités

Q10 : Résidence

1 : Bamako 2 : Kayes 3 : Koulikoro 4 : Sikasso 5 : Ségou 6 : Mopti

7 : Tombouctou 8 : Gao 9 : Kidal 10 : Autres (à préciser)

Q11 : Motif de consultation

1 : Douleur 2 : Tuméfaction et gêne fonctionnelle 3 : Mobilité dentaire

4 : Chute dentaire 5 : Saignement 6 : Difficulté d'élocution

7 : Trouble de la mastication 8 : Paresthésie labio-mentonnière

Q12 : Localisation

1 : Mandibule droite

2 : Mandibule gauche

3 : Bilatérale

Q13 : Siège

1 : Branche horizontale 2 : Branche montante 3 : Symphyse

4 : Angle mandibulaire 5 : Hémi-mandibule 6 : Branche horizontale et symphyse 7 : Branche montante et angle mandibulaire 8 : Branche horizontale et Branche montante

Q14 : Examen radiologique

1 : OPG 2 : TDM 3 : Rx face basse 4 : Autres

Q15 : Aspect radiologique

1 : Uniloculaire 2 : Multiloculaire 3 : Autres

Q16 : Résultat de l'examen anatomopathologique.....

Q17 : Première intervention

1 : Oui 2 : Non

Q18 : Récidive

1 : Aucune 2 : Primaire 3 : Secondaire 4 : Plus

Q19 : Type d'intervention

1 : Chirurgie conservatrice 2 : Chirurgie radicale avec désarticulation de l'ATM
3 : Chirurgie radicale sans désarticulation de l'ATM

Q20 : Traitement médical

1 : ATB 2 : AINS 3 : Antalgique 4 : Antiseptique local

Q21 : Type d'Anesthésie

1 : Locale 2 : Locorégionale 3 : Générale

Q22 : Reconstruction chirurgicale

1 : Immédiate 2 : Différée 3 : Non bénéficiée

Q23 : Suivi post opératoire

1 : 1 mois 2 : 3 mois 3 : 6 mois 4 : 1 an

Q24 : Récidive après l'intervention

1 : Oui 2 : Non

Q25 : Transformation maligne

1 : Oui 2 : Non

Fiche signalétique

Nom: DOUMBIA

Prénom: Issa

Titre de la Thèse: Améloblastomes mandibulaires dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : à propos de 51 cas.

Ville de soutenance: Bamako

Lieu de soutenance: Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Pays d'origine: Mali

Secteur d'intérêt: Odontostomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako ; Bibliothèque du CHUOS.

Résumé:

Les améloblastomes sont des tumeurs bénignes solides ou kystiques provenant des restes de l'appareil dentoformateur. L'objectif de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'améloblastome mandibulaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du **CHU-OS** de Bamako.

L'étude était de type rétrospectif portant sur 51 cas, allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

Le sexe féminin a représenté 51,98% des cas avec un sex-ratio de 1,04. La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre 16-30 ans avec une moyenne de 31,08 et un écart type de 13,71. Le district de Bamako était la résidence la plus représentée avec 43,1%.

Il y avait 37,25% de femmes au foyer et 17,65% d'élèves/étudiants. La tumeur était localisée à la mandibule gauche dans 47,06% des cas ; à la mandibule droite dans 35,29% des cas. La branche horizontale a été la plus représentée avec 37,26% des cas suivie de la branche montante et angle mandibulaire avec 19,61% des cas. La radiographie panoramique a été l'examen radiologique effectué chez 43,14% des patients avec une image multiloculaire observée dans 70,59% des cas. La chirurgie conservatrice a été effectuée dans 56,86% des cas. L'anesthésie générale a été réalisée dans 96,08% des cas. Le suivi a été effectué à 1 an chez 29,41% des cas.

Mots clés : améloblastome ; mandibule ; odontostomatologie.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !