

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS, SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

Thèse :

**RESULTATS BIOPSIQUES DES
TUMEURS AU SERVICE DE
STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE
MAXILLO-FACIALE DU CHU-OS
BAMAKO : 98 BIOPSIES**

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2009

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

Par Monsieur Diakalya DISSA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Président du Jury : Pr Gangaly DIALLO

Membre du Jury : Dr Boubacar BA

Codirecteur : Dr Tièmoko Daniel COULIBALY

Directeur de Thèse : Pr Mamadou Lamine DIOMBANA

SOMMAIRE

Chapitre I	
INTRODUCTION	3
GENERALITES	5
1- Définition	
2- Rappel anatomique	
3- Rappel histologique	
OBJECTIFS :	38
1- Objectif général	
2- Objectifs spécifiques	
Chapitre II : PATIENTS ET METHODES	40
1- Cadre d'étude	41
2- Type d'étude	41
3- Echantillonnage	41
4- Critères d'inclusion	41
5- Critères de non inclusion	41
6- Examen clinique	42
Chapitre III : RESULTATS	44
Chapitre IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES	57
Chapitre V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	61
Chapitre VI : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
Fiche analytique	69
Résumé	
ANNEXES :	70
Fiche d'enquête	71
SERMENT D'HIPPOCRATE	73

DEDICACE

DEDICACE :

Au nom d'Allah le tout puissant le clément et le miséricordieux
Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.

Nous dédions ce travail :

A notre père Guédiouma Dissa

Tu nous as guidé vers le chemin du travail. Voilà le fruit de tes sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour notre éducation. Accepte ce travail le témoignage de toute mon affection. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité

A notre mère Habibata Berthé

Aucun mot, aucune formule pour décrire tout le bonheur que je ressens en te dédiant ce travail. Merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension et l'amour que tu nous as toujours donnés. Reçois ici l'expression de toute mon affection. Que Dieu t'accorde santé et longévité.

A notre grand père Lamissa Berthé

Merci pour tes conseils

A nos oncles Baky, Doulaye, Klewa, Madou, Bamory, Soungalo

IL m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents.

Sans vos conseils, vos prières, vos encouragements, vos bénédictions ce travail n'aurait jamais pu être réalisé

A toute la population de Niaradougou, merci pour vos encouragements.

A mes frères Abdoulaye, Kadari, Labassou, Massa, merci pour votre soutien

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

A mes amis Benjamin Dembélé, Yaya Dissa, Korotoumou Diallo, Bourama
Fomba, Mafounè Bengaly. Merci pour vos conseils et votre soutien que Dieu
vous donne santé et longévité

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Au corps professoral, au personnel du décanat de la FMPOS, merci pour l'encadrement exemplaire.

A monsieur Kampagan DIAKITE et famille :

Je me suis senti chez moi, trouvez ici l'expression de ma reconnaissance éternelle.

A monsieur Adama TRAORE et famille : merci pour votre soutien moral et matériel.

A mes camarades de classe :

Sina O KONE, wiri SORA, Gaoussou KAMISSOKO, Amidou DEMBELE, Adama DEMBELE, Dramane COULIBALY, Ami N DIARRA, merci pour votre sympathie.

A mes aînés :

Dr Chaka SANOGO, Dr Labassou DISSA, Dr Salimata SAMAKE, merci pour vos conseils.

A tout le personnel du CHUOS de BAMAKO :

Particulièrement à Coumba KANOUTE, Mr Pascal merci pour tout.

A mes collègues étudiants hospitaliers :

Soungalo T TRAORE , Rebecca GOITA, Sibiri TRAORE, Chaka KONE, Idrissa BERTE, Salimata CAMARA, Chaka KAMISSOKO, merci pour votre collaboration

Aux familles :

SANOGO à Doumanaba , KONE à Kignan ,DIAMOUTENE à Sikasso, merci pour votre hospitalité à mon égard.

A tout personnel de l'ASSACOSAB3

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, dont leurs noms ne figurent pas ici, merci

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

A notre maître et Directeur de thèse,

Pr. Mamadou Lamine Diombana

Spécialiste en odonto-stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale

Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire d'odonto-stomatologie de Bamako

Maître de conférence à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Ancien chef de service de stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale de l'hôpital de Kati

Cher maître dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqué par votre abord facile, votre sens de responsabilité, vos qualités humaines et de formateur font de vous un modèle de simplicité humaine.

Nous osons espérer que ce travail contribuera à approfondir les liens maîtres élèves

Nous sommes heureux d'avoir appris auprès de vous, recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

A notre maître et codirecteur de thèse

Dr Tiémoko Daniel Coulibaly

Spécialiste en odonto-stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale au Centre
Hospitalier Universitaire d'odonto-stomatologie de Bamako
Maitre assistant à la FMPOS.

Nous avons été touchés par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre
disponibilité, et votre grand sens de l'humanisme.

Cher maître nous vous prions d'accepter nos sincères reconnaissances.

A notre maître et juge,

Dr Boubacar Ba

Spécialiste en odonto-stomatologie et en Chirurgie buccale

Assistant à la FMPOS.

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.

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

A notre maitre et président du jury.

Pr. Gangaly DIALLO

Chef de service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Professeur titulaire en chirurgie viscérale.

Vice doyen honoraire de la FMPOS.

Médecin colonel des forces armées.

Secrétaire général de l'association des chirurgiens du Mali.

Membre fondateur et trésorier général de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF).

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.

INTRODUCTION

Préambule

La sphère oro-faciale comporte divers éléments anatomiques très imbriqués avec pour corollaire des tumeurs à connotation naso-sinusienne pharyngée et œsophagienne. Quelques fois y sont associées des tumeurs thyroïdiennes, cutanées, faciales, œsophagiennes voire bronchiques. Ces tumeurs sont indissociables des tumeurs oto-rhino-laryngologiques (ORL) (1)

Au Mali Diombana ML en 1998 en étudiant l'implication des sinus maxillaires dans les tumeurs du massif facial retrouve 51 cas de tumeurs sur 10 ans soit environ 5 cas par an (2).

Aux Etats-Unis les carcinomes des fosses nasales et des cavités sinusiennes représentent 0,2% de l'ensemble des tumeurs de l'organisme, leur incidence est environ 1cas pour 100000 habitants (3).

En France les tumeurs malignes naso-sinusiens représentent moins de 0,5% des tumeurs de l'homme.

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, inférieure à 1pour 100000 sans disparité géographique notable en France (4)

Au Mali Diombana ML en 1998 en étudiant la fréquence des tumeurs salivaires relève 60 cas de tumeurs salivaires sur 10 ans dont 33% de carcinomes. (5)

La prise en charge de ses tumeurs présente de grandes difficultés car figurant parmi les plus mortelles et les débilantes.

Intérêt du Sujet

Intérêt du sujet réside dans le fait que les tumeurs se développent au dépend de la sphère oro-faciale posent de nombreuses difficultés tant sur le plan étiologique, diagnostic, que thérapeutique pour le chirurgien.

- L'étiologie est en général souvent inconnu .Toutefois il existe des facteurs favorisants (les rayons ultra-violets, la consommation du tabac et de l'alcool).
- Cliniquement le diagnostic de ces tumeurs reste encore tardif, cela serait due d'une part à la similitude des signes cliniques de début avec d'autres affections (rhinites, sinusite, carie dentaire), d'autre part par l'insuffisance de spécialistes en chirurgie maxillo-faciale.
- Sur le plan thérapeutique la prise en charge des tumeurs qu'elles soient bénignes ou malignes requiert d'une bonne connaissance de l'anatomie de cette région de l'organisme.

GENERALITES

1 /DEFINITION :

La biopsie est le prélèvement d'un fragment de tissu chez un être vivant. Elle permet l'examen d'une partie (biopsie partielle) ou de la totalité (biopsie exérèse) d'une lésion. Elle est faite :

- sous contrôle de la vue, au bistouri ou avec diverses pinces, en surface ou au cours des endoscopies (gastrique, bronchique, colique; cœlioscopique...),
- à l'aiguille (ponction-biopsie) dans les organes profonds ; elle peut alors être dirigée, sous échographie ou scanner. (6)

2/ RAPPEL ANATOMIQUE :

A- SQUELETTE DE LA FACE ET DU COU

1- Squelette de la face :

Architecture du squelette facial.

L'ensemble des os de la face forme un massif volumineux, le massif facial situé sous l'étage antérieur de la base du crâne. Ce massif se divise en deux parties :

- 1) le squelette de la mâchoire supérieure**, appendu au crâne, comporte 13 os.

Dix sont pairs latéraux et disposés symétriquement par rapport au plan sagittal : l'os lacrymal, l'os zygomatique, le maxillaire, le palatin, le cornet inférieur, l'os nasal. Un seul os est médian et impair : le vomer.

- 2) le squelette de la mâchoire inférieure :**

Il comporte un seul os : la mandibule articulée avec l'étage moyen de la base du crâne. Elle s'articule avec les temporaux et constitue la pièce essentielle de l'appareil masticateur.

Elle comporte deux parties :

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Le corps mandibulaire (en forme de faire à cheval) ; il porte : sur sa face externe : la ligne oblique externe et le trou mentonnier ; sur sa face interne : les apophyses génis ; latéralement : la fossette sublinguale, la ligne mylo-hyodienne et la fossette sous maxillaire.

Les branches montantes comportent : un bord postérieur, un bord antérieur tranchant ; un condyle et l'apophyse coronoïde.

3) l'os alvéolaire :

Les procès alvéolaires sont constitués par l'extension des os maxillaires ou mandibulaires qui supportent les dents. Après l'éruption des dents, les procès alvéolaires sont considérés comme des os naturels. Ils sont constitués par :

- une couche externe d'os compact (corticale externe) ;
- une couche intermédiaire d'os spongieux ;
- une couche interne d'os compacte (corticale interne)

Cependant certains os du crâne participent en partie à l'architecture du massif maxillo-facial ce sont :

- les temporaux par l'apophyse zygomatique ;
- le frontal par l'échancrure nasale ;
- les arcades orbitaires
- l'ethmoïde qui constitue la clé du voûte.

Pour en finir, notons également la présence de certaines cavités au niveau du massif maxillo-facial. Ces cavités sont constituées :

- au centre par les fosses nasales ;
- sur les faces latérales : les cornets ;
- au dessus et latéralement : les cavités orbitaires ;
- au dessous des orbites : les sinus maxillaires et ethmoïdaux.
- sinus frontal

2- Squelette du cou :

La colonne cervicale est composée de 7 vertèbres superposées et articulées entre elles.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

On les désigne sous les noms de 1^{ère} vertèbre cervicale ou atlas, 2^{ème} vertèbre cervicale ou axis, 3^{ème}, etc.... en les comptant de haut en bas, chaque vertèbre comprend un corps, deux pédicules, deux lames, une apophyse épineuse, deux pophyses articulaires deux apophysés transverses et un trou vertébral.

a) Corps :

Il est allongé transversalement et plus épais en avant qu'en arrière. Il présente six faces :

- La face supérieure, est limité de chaque coté par une crête antéro-postérieure appelée crochet ou apophyse semi-lunaire,
- la face inférieure correspond au crochet de la vertèbre sous-jacente
- sur la face antérieure se voit une saillie verticale médiane ;
- la face postérieure, concave, limitée en avant par le trou vertébral.
- enfin chaque face latérale donne naissance au pédicule et à la racine antérieure de l'apophyse transverse du côté correspondant.

b) Pédicules :

Ils s'implantent sur la partie postérieure des faces latérales du corps près de la face supérieure et s'étendent jusqu'à l'apophyse articulaire.

On donne le nom de trou de conjugaison à l'orifice compris entre les pédicules de deux vertèbres voisines.

c) Apophysés articulaires :

Les apophysés articulaires forment une colonne osseuse verticale reliée au corps par le pédicule et dont les faces supérieures et inférieures sont taillées en biseau.

d) Apophysés transverses :

Chacune d'elle est formée par l'union de deux racines, l'une antérieure, l'autre postérieure. La racine antérieure s'implante sur la face latérale du corps, en avant du pédicule, à son union avec l'apophyse articulaire.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Chaque apophyse transverse est creusée sur sa face supérieure d'une gouttière transversale contenant le nerf rachidien, et se termine en dehors par deux tubercules : l'un antérieur, l'autre postérieur.

e) Lames :

Plus larges que hautes, les lames sont inclinées en bas et en arrière, elles s'étendent des apophyses articulaires à l'apophyse épineuse

f) Apophyse épineuse :

Elle est formée par l'union de deux lames. Son sommet est bi tuberculeux et sa face antérieure est creusée d'une large gouttière.

g) Trou vertébral :

Il est triangulaire à large base antérieure. (7)

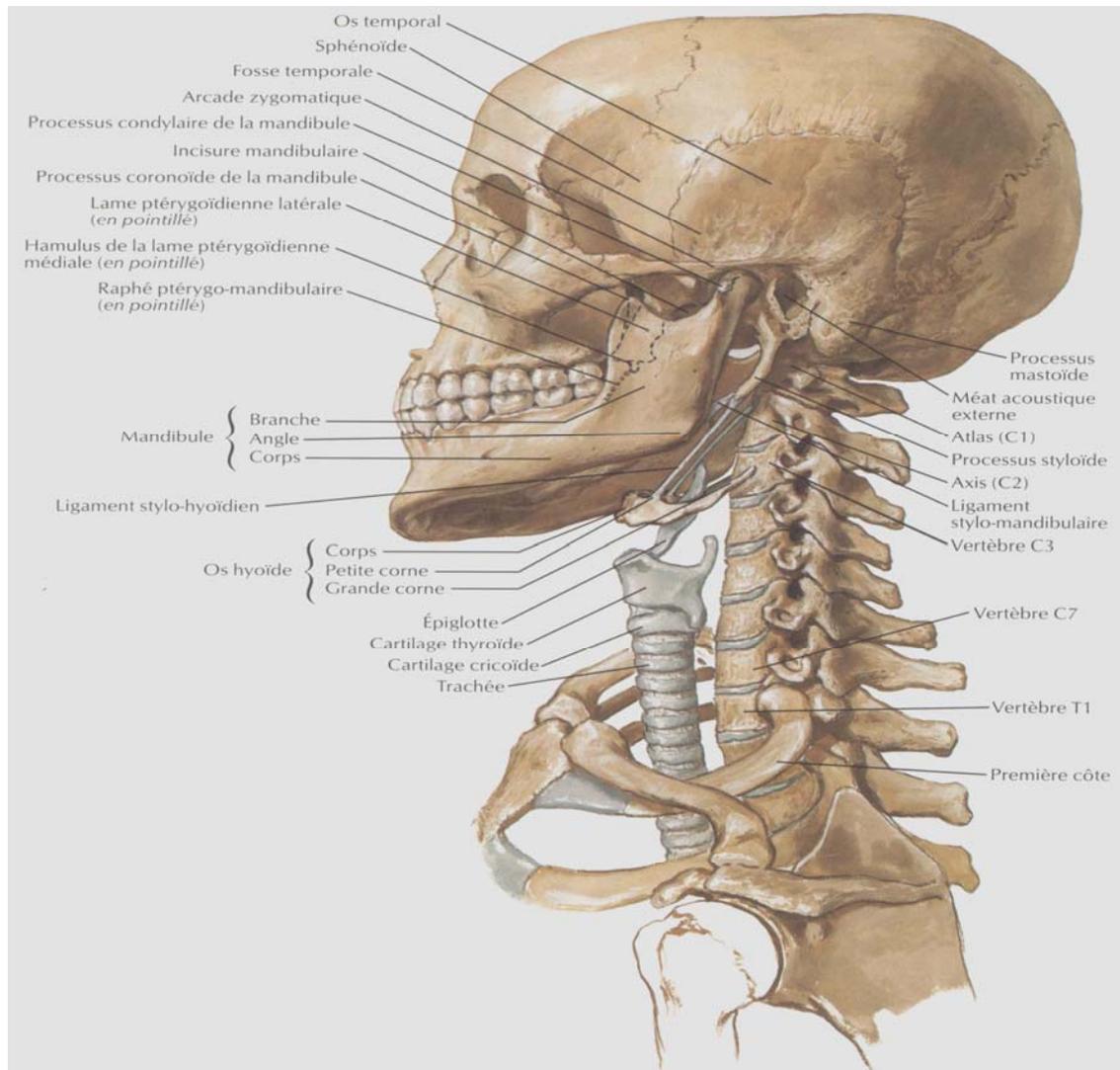


Figure 1:squelette de la face et du cou (8)

B- RAPPEL ANATOMIQUE DES MUSCLES DE LA TÊTE ET DU COU

1. LES MUSCLES DE LA TÊTE (7)

Les muscles de la tête se répartissent en deux groupes :

➤ Les muscles masticateurs

Ils sont au nombre de quatre de chaque côté : le temporal, le masséter, le ptérygoïdien externe et interne.

- le temporal

Le muscle temporal est large, plat, radié, il occupe la fosse temporale d'où ses faisceaux convergent vers l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur. Le muscle temporal s'insère sur toute l'étendue de la fosse temporale puis sur la ligne courbe temporale inférieure plus la crête sphéno-temporale et enfin sur les deux tiers supérieurs de la face profonde de l'aponévrose temporale.

Toutes les insertions du temporal se font par l'implication directe des fibres charnues, sauf sur la crête sphéno-temporale, où le muscle s'attache aussi par de courts faisceaux tendineux unis à ceux du ptérygoïdien externe.

– **le masséter**

Le masséter est court, épais, rectangulaire, allongé de haut en bas, étendu de l'arcade zygomatique à la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur.

Nous distinguerons au masséter 3 faisceaux : superficiel moyen et profond

– **la ptérygoïde externe ou latérale**

C'est un muscle court épais, aplati transversalement, et situé dans la région ptérygo-maxillaire. Il va de l'apophyse ptérygoïdien externe s'insère en avant par deux chefs : l'un supérieur ou sphénoïdal, l'autre inférieur ou ptérygoïdien. Les deux faisceaux du ptérygoïdien externe se portent en convergeant en arrière et en dehors vers l'articulation temporo-maxillaire, le faisceau est à peu près horizontal, le faisceau ptérygoïdien est oblique en haut en arrière et en dehors.

– **ptérygoïdien interne ou médian :**

C'est un muscle épais quadrilatère, situé en dedans du ptérygoïdien externe. Il est obliquement étendu de la fosse ptérygoïde à la face interne de l'angle de la mâchoire. Le ptérygoïdien interne s'insère sur toute la surface de la fosse ptérygoïde sauf sur la fossette scaphoïde et la partie postérieure de la paroi interne de cette fosse qui est en rapport avec le peri-staphylin externe.

➤ **Les muscles peauciers**

Les muscles peauciers de la tête et du cou se repartissent en quatre groupes :

Les muscles des paupières et des sourcils, les muscles du pavillon de l'oreille, les muscles du nez et les muscles des lèvres.

MUSCLES DES PAUPIERES ET DES SOURCILS.

Les muscles qui agissent sur les paupières et les sourcils sont : le muscle occipito-frontal, le muscle pyramidal, l'orbiculaire des paupières et sourciliers.

- **Le muscle occipito-frontal** est un muscle digastrique, plat, mince, quadrilatère.

Chacun des ventres musculaires du digastrique occipito-frontal est formé de deux muscles frontaux en avant. L'occipito-frontal est appliqué sur la voûte crânienne et s'étend de la ligne occipitale supérieure à la sourcilière.

- **Les muscles pyramidaux** sont deux petits faisceaux charnus, grêle, allongé sur la partie supérieure du dos du nez de chaque côté de la ligne médiane. Chaque muscle pyramidal s'insère en bas sur le cartilage latéral et sur la partie inféro-interne de l'os propre du nez. Les fibres montent vers la racine du nez s'entre croise avec les fibres du frontal et se terminent sur la face profonde de la peau de la région inter sourcilière.
- **L'orbiculaire des paupières** est un muscle large, mince dont les fibres concentriques s'enroulent autour de l'orifice palpébral
- **Le sourcilier**, aplati et grêle, étendu le long de la partie interne de l'arcade sourcilière, de l'extrémité interne de cette arcade à la peau du sourcil. Il naît par une ou plusieurs languettes charnues de l'extrémité interne de l'arcade sourcilière. De cette origine, les fibres musculaires recouvertes par le frontal et la portion orbitaire du muscle orbiculaire des paupières, se dirigent en dehors, le long de l'arcade sourcilière. Elle se termine à la face profonde de la moitié ou les deux tiers internes de la peau du sourcil, en s'entrecroisent avec les fibres charnues du frontal et de l'orbiculaire.

LES MUSCLES DU PAVILLON DE L'OREILLE :

Les muscles du pavillon de l'oreille se distinguent en deux groupes : les muscles intrinsèques, qui appartiennent entièrement au pavillon ; les muscles extrinsèques, ou muscles auriculaires, qui s'étendent du pavillon aux régions voisines. Les muscles auriculaires sont des muscles rudimentaires, très minces, disposés pour être dilatateurs du conduit auditif externe et orienteur du pavillon. Ces muscles sont au nombre de trois : l'antérieur, le supérieur et le postérieur. Le muscle auriculaire antérieur, situé en avant du pavillon, naît de l'aponévrose épicroticienne. Il se termine sur l'épine de l'hélix et le bord antérieur de la conque.

Le muscle auriculaire supérieur s'attache à l'aponévrose épicroticienne, au dessus du pavillon de l'oreille. De là, ses fibres descendent en convergeant et s'insèrent sur la convexité de la face interne du pavillon qui répond à la fossette de l'anthélix.

Le muscle auriculaire postérieur s'attache d'une part, à la base de l'apophyse mastoïde, au dessous et en dehors des insertions de l'occipital, d'autre part, à la convexité de la conque du pavillon de l'oreille.

LES MUSCLES DU NEZ :

Au nez sont annexés trois muscles : le transverse du nez, le dilatateur des narines et le myrtiliforme. Le nez reçoit encore quelques faisceaux provenant du muscle releveur superficiel et releveur profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, ainsi que du triangulaire des lèvres.

– **Le transverse du nez**, aplati, triangulaire, mince, ce muscle est transversal étendu sur la partie moyenne du nez, depuis le dos de cet organe jusqu'à la fosse canine. Il naît d'une lame aponévrotique qui recouvre le dos du nez et le réunit à celui du côté opposé. De là les fibres se portent vers le sillon naso-labial. Les fibres inférieures s'attachent à la face profonde de la peau, le long de ce sillon ; les supérieurs se continuent avec les faisceaux externes du muscle myrtiliforme.

- **Le dilatateur des narines**, petit, mince, plat et triangulaire dont les fibres s'étendent dans l'épaisseur de l'aile du nez du sillon naso-labial au bord externe de la narine correspondante. Il s'attache en arrière à la peau du sillon naso-labial. Les fibres appliquées sur le cartilage de l'aile du nez gagnent le rebord inférieur de l'aile et se fixe à la face profonde du tégument.
- **Le myrtiforme** est aplati, c'est un quadrilatère de l'arcade alvéolaire au bord postérieur des narines.

Il naît de la partie inférieure de la fossette myrtiforme et de la saillie alvéolaire de la canine. Le muscle se porte en haut et se fixe à la face profonde de la peau qui revêt la sous cloison et le bord postérieur de l'orifice des narines. Les fibres externes du muscle myrtiforme se continuent avec les faisceaux supérieurs du transverse du nez.

LES MUSCLES DES LEVRES

Ils se repartissent en deux groupes : les muscles dilatateurs et les muscles constricteurs.

– **les muscles dilatateurs** sont des lames musculaires qui rayonnent des lèvres vers les différentes régions de la face. Ces muscles sont de haut en bas : les releveurs superficiels et profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le canin, le petit et le grand zygomatique, le buccinateur, le risorius, le triangulaire des lèvres, le carré du menton, le muscle de la houppe du menton et le peucier du cou. Ces muscles sont disposés sur deux plans principaux.

Le plan profond est constitué en haut par le canin, à la partie moyenne par le buccinateur, en bas par le carré du menton et le muscle de la houppe du menton.

Le plan superficiel est représenté : en haut, par les releveurs superficiel et profond, par le petit et le grand zygomatiques ; à la partie moyenne par le risorius ; en bas par le triangulaire des lèvres et le peucier du cou.

Les muscles constricteurs sont l'orbiculaire et le muscle compresseur des lèvres.

2. LES MUSCLES DU COU

Les muscles du cou se distinguent en deux groupes : les muscles de la région antérieure du cou et les muscles de la nuque, suivant qu'ils sont placés en avant ou en arrière de la colonne.

➤ **LES MUSCLES DE LA REGION ANTERIEURE DU COU**

GROUPE MUSCULAIRE PROFOND MEDIAN

– LES MUSCLES PREVERTEBRAUX

Il y a trois muscles prévertébraux :

1- Long du cou

Ce muscle a la forme d'un triangle isocèle, dont la base est interne. Il fléchit la colonne cervicale. Le faisceau supéro-externe tend à lui faire exécuté en même temps un léger mouvement de rotation qui dirige la face de son coté.

2- Petit droit antérieur

C'est un muscle court, aplati, triangulaire, tendu entre l'occipital et l'atlas, en avant de l'articulation atloïdo-occipitale, le petit droit antérieur fléchit la tête et l'incline de son côté.

3- Grand droit antérieur

Est le plus externe, le plus volumineux et le plus superficiel des trois prévertébraux. Aplati, large en haut, étroit en bas, il s'étend de la colonne cervicale à l'apophyse basilaire de l'occipital. Le grand droit antérieur est le fléchisseur de la tête. De plus en raison de son obliquité, il lui imprime un mouvement de rotation qui dirige la face de son côté.

LE GROUPE MUSCULAIRE PROFOND LATERAL

A ce groupe appartiennent les muscles scalènes et les muscles inter-transversaires du cou.

1. MUSCLES SCALENES

Les scalènes, situés en dehors des muscles prévertébraux, descendent obliquement sur les coté de la colonne cervicale, des apophyses transverses de

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

ces vertèbres aux deux premières côtes. On en compte trois de chaque côté : les scalènes antérieur, moyen et postérieur.

2. MUSCLES INTERTRANSVERSAIRES DU COU.

Il existe, pour chaque espace intertransversaire du cou, deux muscles intertransversaires : l'un antérieur, l'autre postérieur.

3. MUSCLE DROIT LATERAL.

Le muscle droit latéral représente le premier intertransversaire du cou. Il s'insère : en bas, sur la branche antérieure de l'apophyse transverse de l'atlas, en haut, sur l'apophyse jugulaire de l'occipital.

Le droit latéral et les intertransversaires inclinent de leur côté la tête et le cou.

MUSCLES SOUS HYOIDIENS

Au nombre de quatre de chaque côté

a)- Sterno-thyroidien :

Aplati, allongé, le sterno- thyroidien s'étend en avant du larynx et du corps thyroïde, depuis le sternum jusqu'au cartilage thyroïde.

b)- Thyro-hyoidien.

Ce muscle est aplati, mince, quadrilatère, et continue le Sterno-thyroidien au dessus du cartilage thyroïde jusqu'à l'os thyroïde.

c)- Sterno-cléido-hyoidien

Le sterno-cléido-hyoidien, mince, rubané, s'étend en avant du Sterno-thyroidien

d)- Omo-hyoidien

C'est un muscle digastrique, formé de deux (2) ventres, l'un, postérieur, l'autre, antérieur, aplatis, allongés et réunis par un tendon intermédiaire. Il s'étend obliquement, sur le côté du cou, de l'omoplate à l'os hyoïde.

GROUPE SOUS-HYOIDIEN

Ce groupe comprend de chaque côté quatre muscles disposés en trois plans :

Génio-hyoidien

C'est un muscle court, aplati de haut en bas, assez épais. Il est juxta médian et s'étend de la partie médiane du maxillaire inférieur à l'os hyoïde.

Mylo-hyoidien

Le mylo-hyoidien est large, aplati, mince, étendu transversalement de la face interne inférieure à l'os hyoïde et au raphé médian.

Digastrique

Le digastrique est un muscle allongé, formé de deux ventres charnus, l'un antérieur, l'autre postérieur, réunis un tendon intermédiaire. Il est situé à la partie supérieure et latérale du cou et s'étend, en s'incurvant au-dessus de l'os hyoïde, depuis la légion mastoïdienne jusqu'au voisinage de la symphyse mentonnière.

Stylo-hyoïdien

C'est un muscle grêle, fusiforme, situé en dedans et en avant postérieur du gastrique. Il descend obliquement de l'apophyse styloïde à l'os hyoïde. Les muscles génio-hyoidien, mylo-hyoidien et le ventre antérieur du digastrique, sont abaisseurs de la mâchoire inférieure, ou éleveurs de l'os hyoïde, suivant qu'ils prennent leur point fixe sur l'un ou l'autre de ces os.

Le ventre postérieur du digastrique et le stylo-bille sont éleveurs de l'os hyoïde.

LE GROUPE ANTERO-LATERAL

Ce groupe est représenté par un muscle, le sterno-cléido-mastoïdien

Le sterno-cléido-mastoïdien un muscle quadrilatère, épais, obliquement étendu dans la région antéro-latérale du cou, de l'apophyse mastoïde au sternum et à la clavicule.

Le sterno-cléido-mastoïdien fléchit la tête, l'incline de son côté et lui imprime un mouvement de rotation par lequel la face est tournée du côté opposé.

1. MUSCLE DE LA REGION POSTERIEURE DU COU

Les muscles de la région postérieure du cou où de la nuque sont disposés sur plusieurs plans.

On distingue dans la nuque quatre plans musculaires superposés, de la profondeur vers la superficie dans l'ordre suivant :

a) PLAN PROFOND

Les muscles qui appartiennent à ce plan sont : les muscles étendus entre l'atlas et l'axis et de l'axis à l'occipital ; ce sont :

Petit droit postérieur :

Court, aplati, triangulaire, le petit droit postérieur est placé de chaque côté de la ligne médiane et s'étend de l'atlas à l'occipital.

Grand droit postérieur :

Court, triangulaire à base supérieure, le grand postérieur est situé en dehors du précédent entre l'axis et l'occipital.

Ce muscle est extenseur de la tête ; il est aussi rotateur de la tête et tourne la face de côté.

Grand oblique :

Allongé, épais, fusiforme, ce muscle est situé au-dessous et en dehors du grand droit est très obliquement étendu de l'axis à l'atlas.

Le grand oblique imprime à la tête un mouvement de rotation qui tourne la face de son côté.

Petit oblique :

Le petit oblique est court, aplati, triangulaire. Il est placé en arrière et en dehors de l'articulation atlanto-occipitale.

Le petit oblique étend la tête, l'incline de son côté et lui imprime un mouvement de rotation qui tourne la face du côté opposé.

Transversaire épineux :

Le transversaire épineux occupe, sur toute la longueur de la colonne vertébrale, la gouttière vertébrale comprise entre les apophyses épineuses et le sommet des apophyses transverses.

Inter épineux du cou :

Ce sont de petits muscles quadrilatères étendus à chaque côté de la ligne médiane entre les apophyses de deux vertèbres.

Au cou, il existe six paires, étagées de l'axis à la première dorsale.

Ils sont extenseurs de la colonne vertébrale

b) PLAN DES COMPLEXUS :

Ce plan comprend quatre muscles qui sont juxtaposés de chaque côté de la ligne médiane.

Grand complexus :

Le grand complexus est un muscle large, épais, étendu sur la nuque et sur la partie supérieure du dos depuis la sixième dorsale à l'occipital.

Petit complexus :

Long, mince, situé en dehors du grand complexus, le petit complexus relie la colonne cervicale à l'apophyse mastoïde.

Transversaire du cou :

C'est un muscle long et mince, placé en dehors du petit complexus. Ce muscle étend la colonne cervicale et l'incline de son côté.

Partie cervicale du sacro-lombaire :

Le muscle ilio-costal ou sacro lombaire est décrit avec les muscles du tronc.

Nous rappellerons que la partie cervicale de ce muscle est un corps charnu, mince, aplati, situé en dehors du transversaire du cou. Il étend la colonne cervicale et l'incline de son côté.

c) PLAN DU SPLENIUS ET DE L'ANGULAIRE

Le splénius et l'angulaire forment une seule couche qui recouvre presque complètement les muscles du plan des complexus.

1) Splénius :

Le splénius est un muscle allongé, aplati, assez épais, large, mais effilé vers le bas. Il est étendu sur toute la hauteur de la nuque et sur la partie supérieure du dos, depuis les premières dorsales jusqu'à l'occipital et à la mastoïde.

Le splénius étend la tête, l'incline de côté et lui imprime un mouvement de rotation qui dirige la face de son côté.

2) Angulaire de l'omoplate :

C'est un muscle allongé, aplati, qui s'étend en dehors du splénius et en arrière des scalènes, de l'angle de l'omoplate à la colonne cervicale.

Quand l'angulaire prend son point fixe à la colonne cervicale, il porte l'angle de l'omoplate en haut et en dedans et abaisse le moignon de l'épaule. Si le point fixé est à l'omoplate, l'angulaire incline la cervicale de son côté.

d) PLAN SUPERFICIEL :

- Trapèze :

Le trapèze est large, aplati, mince, triangulaire. Il est le superficiel des muscles de la région postérieure du cou et du tronc et s'étend de la colonne cervico-dorsale à l'épaule.

* Les fibres supérieures du trapèze portent l'épaule en haut en dedans.

* Les fibres moyennes portent l'omoplate en dedans, mais impriment en même temps à l'omoplate un mouvement de rotation qui porte le moignon de l'épaule en haut.

* Les fibres inférieures l'attirent en dedans, mais en même temps, abaissent le bord spinal de l'omoplate et élèvent le moignon de l'épaule.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

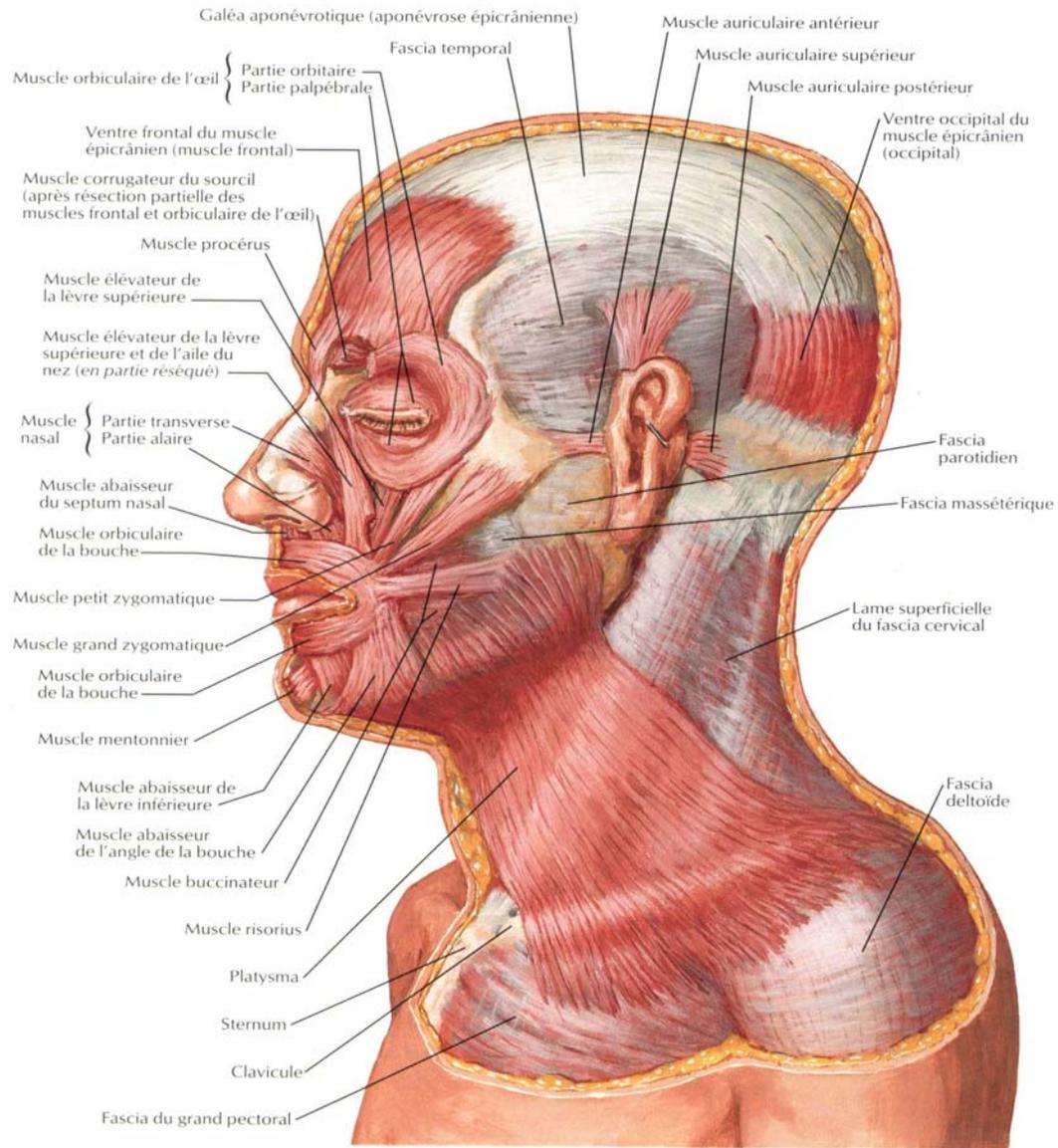


Figure 2 : muscles de la face et du cou (8)

C- RAPPEL ANATOMIQUE DE LA VASCULARISATION DE LA TÊTE ET DU COU (7)

➤ LES ARTERES

Les artères de la tête et du cou viennent des carotides et des sous-clavières. Les carotides primitives et les sous-clavières ont une origine différente à droite et à gauche. A droite elles proviennent de la bifurcation du tronc brachio-céphalique artériel, à gauche elles naissent directement de la crosse de l'aorte.

- LES ARTERES CAROTIDES PRIMITIVES OU CAROTIDES COMMUNES :

D'origine différente les carotides primitives droite et gauche, il résulte que ces deux artères sont différentes par leur situation, leur trajet, leur direction, leur longueur et leur rapport.

- **La carotide primitive droite**, née à la base du cou de la bifurcation du tronc brachio-céphalique, est entièrement située dans la région antérieure du cou. Elle monte d'abord obliquement en haut et en dehors, puis à peu près verticalement jusqu'à sa terminaison.
- **La carotide primitive gauche**, née dans le thorax, de la partie horizontale de la crosse de l'aorte, présente, avant de pénétrer dans le cou, un court trajet intra thoracique.
- **La carotide externe** s'étend de la bifurcation de la carotide primitive jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'angle de la mâchoire, ou elle se divise en ses branches terminales, la temporale superficielle et la maxillaire interne.

De son origine, l'artère, qui est tout d'abord en avant et en dedans de la carotide interne, monte verticalement sur une longueur de 1 à 2 centimètres ; elle se porte ensuite en haut et un peu en dehors et croise la face antérieure de la carotide interne ; enfin, elle se redresse et monte jusqu'à sa terminaison, soit verticalement, soit en décrivant, une légère

courbe à concavité externe et postérieure. Dans ce trajet, l'artère est d'abord située dans le cou, puis dans la tête.

- LES ARTERES SOUS-CLAVIERES :

Les artères sous-clavières naissent : à droite, du tronc brachio-céphalique, en arrière de l'articulation sterno-costoclaviculaire ; à gauche, de la crosse de l'aorte.

Chacune d'elles s'étend jusqu'au bord inférieur du muscle sous-clavier ; ou elle se continue avec l'artère axillaire, en regard de la partie moyenne de la clavicule.

La sous-clavière droite est à peu près entièrement hors du thorax. La sous-clavière gauche est intra thoracique dans une partie de son trajet. En raison de leur origine différente, les artères sous-clavières droite et gauche sont différentes par leur longueur leur direction et leurs rapports. La sous-clavière gauche est plus longue que la droite de toute la longueur de son trajet intra thoracique qui égale environ 3 centimètres. La sous-clavière droite se porte en dehors et un peu en avant, en décrivant de l'une à l'autre de ses extrémités une courbe dont la concavité inférieure repose sur un dôme pleural et la première côte. La sous-clavière gauche monte d'abord verticalement dans le thorax, puis s'infléchissant en dehors et un peu avant, décrit une courbe semblable à celle de la sous-clavière droite.

➤ LES VEINES DE LA TÊTE ET COU

Le sang veineux de la tête et du cou est déversé, de chaque côté dans les gros troncs veineux de la base du cou, par six veines principales qui sont : la veine jugulaire interne, la veine jugulaire externe, la veine jugulaire antérieure, la veine jugulaire postérieure, la veine vertébrale et les veines thyroïdiennes inférieures.

Les veines jugulaires interne, externe et les veines thyroïdiennes inférieures sont dans la région antérieure du cou, c'est-à-dire en avant de la colonne cervicale, les

veines jugulaires postérieure et vertébrale appartiennent à la nuque et à la région rachidienne.

*** LA VEINE JUGULAIRE INTERNE**

La jugulaire interne reçoit le sang veineux de la cavité crânienne, de la face et de la région orbitaire, d'une partie de la face et de la plus grande partie de la région antérieure du cou. Les branches d'origine de la jugulaire interne sont les sinus crâniens. Ceux-ci reçoivent toutes les veinosités des organes contenus dans la cavité crânienne (*encéphale et méninge*) et de la cavité orbitaire (*œil et les annexes*). Les sinus crâniens sont au nombre de vingt et un (21). Cinq (5) sont impairs et médians. Les autres sont pairs et latéraux.

La jugulaire interne commence au déchiré postérieur, ou elle fait suite au sinus latéral. Elle est d'abord inclinée en bas en avant et légèrement en dehors, puis elle descend verticalement jusqu'au voisinage de la base du cou, ou elle s'infléchit un peu en dedans et en avant. La jugulaire interne finit en arrière de l'extrémité interne de la clavicule en se réunissant à la veine sous-clavière pour former le tronc brachio-céphalique veineux.

*** LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE :**

C'est un vaisseau généralement volumineux, qui recueille le sang de la plus grande partie des parois crâniennes, des régions profondes de la face, enfin des plans superficiels des régions postérieure et latérale du cou. Son origine est dans la région parotidienne ; elle finit à la base du cou, où elle s'ouvre dans la veine sous-clavière. Elle traverse successivement les régions parotidiennes, sterno-cléido-mastoïdien et sus claviculaire.

*** LA VEINE JUGULAIRE ANTERIEURE :**

La jugulaire antérieure draine une partie du sang des régions antérieures du cou. Elle résulte de la réunion, dans la région sus-hyoidienne, de plusieurs petites veines sous mentales superficielles.

Ainsi formée, la jugulaire antérieure descend un peu en dehors de la ligne médiane jusqu'au voisinage de la fourchette sternale. Elle se coude ensuite à l'angle droit et se porte transversalement en dehors jusqu'à sa terminaison dans la sous-clavière.

*** LA VEINE JUGULAIRE POSTERIEURE :**

La veine jugulaire postérieure est extra rachidienne et située profondément dans la nuque. De son origine dans le confluent occipito-vertébral, la jugulaire postérieure se dirige d'abord obliquement en bas et en dedans, en arrière du grand oblique de la nuque jusqu'à l'apophyse épineuse de l'axis, où elles s'anastomosent, avec celle du côté opposé ; puis elle descend obliquement en bas et en dehors, entre le grand complexus et le transversaire épineux, jusqu'à l'apophyse de la septième (7^e) cervicale. La veine s'incline alors en avant et en bas, passe l'apophyse transverse de la septième (7^e) cervicale et la première (1^{ère}) côte et se termine dans le tronc brachio-céphalique au-dessous de la veine vertébrale.

*** LA VEINE VERTEBRALE :**

La veine vertébrale est une généralement unique, satellite de la partie cervicale de l'artère vertébrale. Elle résulte de la réunion de plusieurs veinules qui proviennent du confluent occipito-vertébral, de la veine condylienne postérieure, de l'émissaire mastoïdienne et des muscles de la nuque.

De son origine, la vertébrale gagne obliquement le trou transversaire de l'atlas en longeant le côté supérieur de l'artère vertébrale. Ensuite elle descend à travers les trous transversaires des six premières cervicales sur le côté externe du tronc artériel, qui est lui-même en avant du nerf vertébral. En sortant du trou de

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

la sixième cervicale, la veine se porte en avant et en bas et se place en avant de l'artère. Elle passe avec elle en avant du ganglion cervical inférieur du sympathique, en arrière de la crosse du canal thoracique à gauche, rarement en avant de ce canal.

Enfin elle se jette dans le tronc brachio-céphalique veineux, au-dessous et en arrière de la jugulaire interne.

*** LES VEINES THYROIDIENNES INFÉRIEURES :**

Les veines thyroïdiennes inférieures naissent en nombre variable de la partie inférieure du corps thyroïde.

Elles descendent en avant de la trachée, s'anastomosent entre elles et se réunissent enfin un ou deux troncs principaux qui se jettent dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche.

*** LA VEINE SOUS-CLAVIERE :**

La veine sous-clavière fait suite à la veine axillaire et s'unit à la jugulaire interne pour constituer le tronc veineux brachio-céphalique du côté correspondant. Elle commence en avant de l'artère sous-clavière, en regard du bord inférieur du muscle sous-clavier et finit en arrière de l'articulation sterno-claviculaire.

D- INNERVATION DE LA FACE ET DU COU (8)

La tête et le cou sont innervés par les nerfs crâniens, le plexus cervical, le plexus brachial, les branches postérieures des nerfs cervicaux et par la partie cervico-céphalique du sympathique.

a- NERFS CRANIENS :

On distingue douze (12) paires de nerfs crâniens numérotés de 1 à 12, suivant leur ordre d'émergence à la surface de l'encéphale et leur ordre de sortie de la cavité crânienne.

1^{ère} paire = nerf olfactif ;

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

2^e paire = nerf optique ;

3^e paire = nerf moteur oculaire commun ;

4^e paire = nerf pathétique ;

5^e paire = nerf trijumeau ;

6^e paire = nerf moteur oculaire externe ;

7^e paire = nerf facial ;

8^e paire = nerf auditif ;

9^e paire = nerf glosso-pharyngien ;

10^e paire = nerf pneumogastrique ;

11^e paire = nerf spinal ;

12^e paire = nerf grand hypoglosse.

Au point de vue physiologique, les nerfs crâniens se répartissent en trois (3) catégories :

- les nerfs sensoriels (nerf olfactif, optique et auditif).
- les nerfs moteurs (nerfs moteur oculaire commun, pathétique, moteur oculaire externe, spinal et grand hypoglosse).
- les mixtes ou sensitivomoteurs (nerfs trijumeau, facial, glosso-pharyngien et pneumogastrique).

b- PLEXUS CERVICAL

Il existe trente et une (31) paires de nerfs rachidiens et ces nerfs se distinguent, d'après les régions qu'ils traversent, en nerfs cervicaux, dorsaux, lombaires, sacrés et coccygiens. On compte huit nerfs cervicaux, douze dorsaux, cinq lombaires, cinq sacrés et un coccygien.

Les nerfs rachidiens se divisent, en sortant du trou de conjugaison, en deux branches, une postérieure, l'autre antérieure.

-La branche postérieure est destinée aux téguments et aux muscles de la partie du corps ;

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

-La branche antérieure des nerfs cervicaux et de la première dorsale forment de chaque côté en s'anastomosant, le plexus cervical et le plexus brachial.

c- PLEXUS BRACHIAL :

Le plexus brachial est constitué par les anastomoses des branches antérieures des quatre derniers nerfs cervicaux et du premier dorsal.

La cinquième branche antérieure cervicale, anastomosée avec la quatrième, se réunit à la 6^{ème} pour former le premier tronc primaire ; la 7^{ème} branche cervicale reste indépendante et forme le 2^{ème} tronc primaire ; la 8^{ème} cervicale s'unit à la première dorsale pour former le troisième tronc primaire. Chacun des troncs primaires se divise en une branche antérieure et une branche postérieure.

Les branches postérieures des trois troncs primaires se réunissent en un seul cordon, le tronc secondaire postérieur.

La branche antérieure du premier tronc primaire s'unit à la branche antérieure du 2^{ème} et forme le tronc secondaire antero-externe. Enfin la branche antérieure du troisième tronc primaire reste indépendante et constitue le tronc secondaire antero-interne.

Le plexus brachial se situe en partie dans le cou, en partie dans la région axillaire.

d- BRANCHE POSTERIEURE DES NERFS CERVICAUX

Branche postérieure du 1^{er} nerf cervical.

Le nerf sous occipital :

Cette branche est tout entièrement motrice, elle naît du 1^{er} nerf cervical dans la gouttière de l'atlas et se porte en arrière dans l'espace triangulaire limité par les muscles grand droit, grand oblique postérieur de la tête.

La branche postérieure du 2^{ème} nerf cervical. Grand nerf occipital d'ARNOLD.

La branche postérieure du 2^{ème} nerf, très volumineuse, se sépare de la branche antérieure immédiatement après avoir traversé le ligament atloïdo-occipital postérieur, parfois aussi avant de traverser ce ligament.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Le grand nerf occipital se porte aussitôt en arrière, se coude sur la partie moyenne du bord inférieur du muscle grand oblique et se dirige en haut.

Le nerf d'ARNOLD émerge du trapèze à 2 cm environ au dehors de la protubérance occipitale externe.

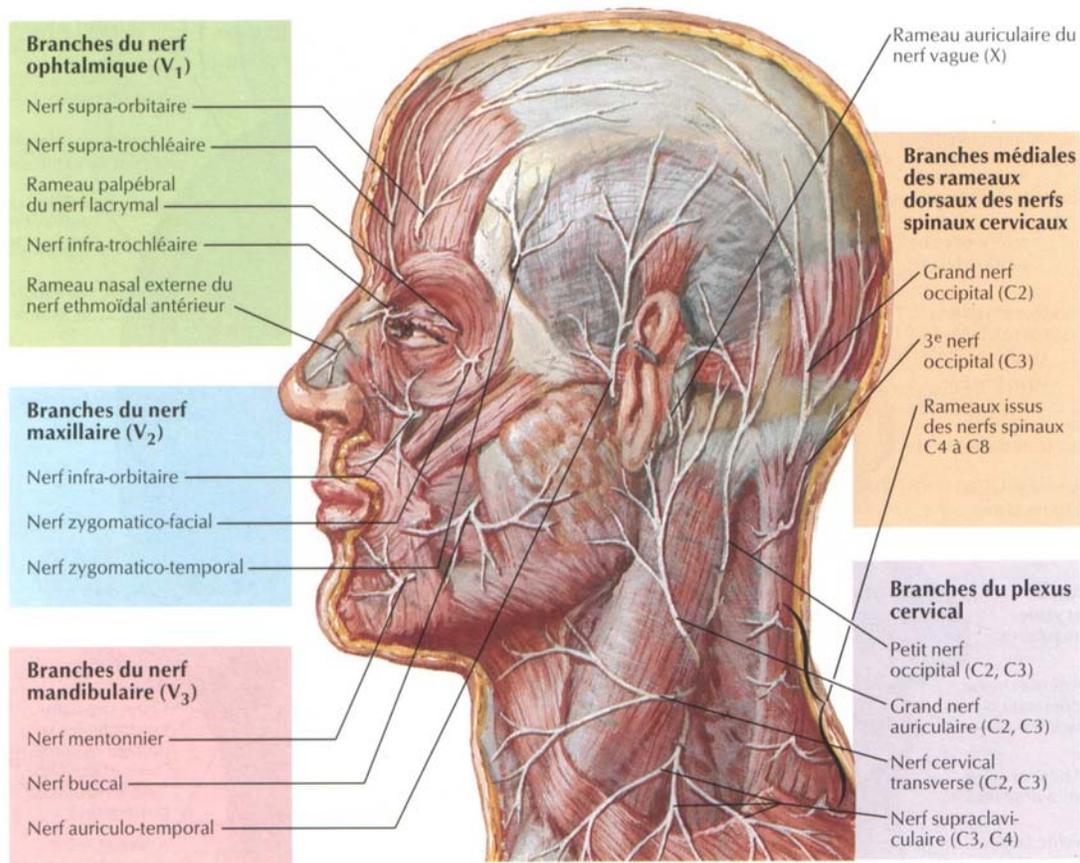


Figure 3 : innervation de la face et du cou (8)

3/ RAPPEL HISTOLOGIQUE DES TUMEURS :

Les tumeurs des fosses nasales et des sinus sont caractérisées par leur rareté et leur grande diversité anatomopathologique.

3.1- Classification des tumeurs des fosses nasales et des sinus:

C'est en 1978 que l'OMS publie une classification des différentes tumeurs des fosses nasales et des sinus (9)

1- Tumeurs épithéliales :

a)- Tumeurs bénignes :

papillome malpighien

papillome transitionnel

adénome

adénome oxyphile

adénome pléomorphe

b)- Tumeurs malignes :

carcinome malpighien spinocellulaire

carcinome malpighien verruqueux

carcinome malpighien à cellules fusiformes

carcinome malpighien transitionnel

Adénocarcinome

Adénocarcinome mucipare

carcinome adénoïde kystique (cylindrome)

tumeur mucoépithéliale maligne

2- Tumeur des tissus mous :

a)- Tumeur bénigne:

hémangiome

hémangiome pericytome

neuro-fibrome

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

fibroxanthome (histo-cyto fibrome)

b)- Tumeurs malignes:

hémangio-pericytome malin

fibro sarcoma

rhabdomyo-sarcome

sarcome neurogène

fibroxantho sarcome

3- Tumeurs des os et du cartilage :

a)- Tumeurs bénignes :

Chondrome

Ostéome

Fibrome ossifiant

b)- Tumeurs malignes :

Chondrosarcomes

Ostéosarcomes

4- Tumeurs des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques :

Le seul lymphome malin

- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome de Burkitt
- Plasmocytome
- Maladie de hodgkin

3.2- Stade d'évolution des tumeurs malignes naso sinusiennes (10)

Actuellement il n'existe pas de codification des stades d'évolution applicable à l'ensemble des tumeurs naso-sinusiennes.

La complexité des structures anatomiques en cause ; l'importance de l'extension lors du diagnostic ; la rareté des cancers des sinus frontal et sphénoïdal ; la grande variété histologique de ces lésions expliquent en partie le manque d'uniformité.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

De nombreuses codifications ont été proposées sans qu'aucune ne face la preuve de sa supériorité.

Le sinus maxillaire est la seule localisation où apparaît une codification internationale proposée dans le tableau ci-dessous.

TO	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur limitée à la muqueuse de l'antre sans destruction ni érosion de l'os
T2	Tumeur avec destruction et érosion de l'infrastructure incluant le palais dur et/ou les orifices nasaux.
T3	Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : peau de la joue, paroi postérieure du sinus maxillaire, plancher ou paroi interne de l'orbite, l'ethmoïde antérieur.
T4	Tumeur envahissant le contenu orbitaire ou l'une des structures suivantes : lame criblée, l'ethmoïde postérieur ou le sinus sphénoïdal, le nasopharynx, la voile du palais la fosse ptérygo-maxillaire ou fosse intra temporale, base du crâne.

La classification des adénopathies est celle adoptée conjointement par UICC et l'AJCC en 1986

N0	Pas d'adénopathies palpables
N1	Adénopathies uniques homolatérales inférieures ou égales à 3 cm
N2	Adénopathie (s) comprise (s) entre 3 et 6 cm N2a= Unique homolatérale N2b= Multiple et homolatérale N2c= Bilatérales ou controlatérales
N3	Adénopathie (s) supérieure (s) à 6 cm

Quelques particularités des tumeurs des fosses nasales :

⇒ Tumeurs bénignes :

1- La papillomatose des fosses nasales et des sinus : (11,12)

Elle survient le plus souvent dans un groupe d'âge se situant entre 40 et 70 ans et de préférence chez l'homme.

– Aspect anatomopathologique :

• Macroscopie :

Le papillome apparaît dans les fosses nasales ou dans le sinus comme une excroissance en choux fleur formant une masse unique ou disposée en plages multiples en des points variés de la muqueuse.

• Microscopie :

Les papillomes se distinguent nettement des polypes du nez d'origine inflammatoire ou allergique et des papillomes épidermoïdes bénins du vestibule nasal d'origine cutanée, par la morphologie et de l'épithélium de surface. Dans le papillome, la prolifération de l'épithélium s'étant sur de larges zones avec des ramifications très exubérantes s'enfonçant dans le stroma qu'elle refoule.

– Classification

Ils sont classés en deux groupes :

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

- Papillome exophytique
- Papillome inversé

– **Aspect clinique**

La papillomatose naso-sinusienne est caractérisée par l'obstruction nasale qui peut être le signe révélateur. Les épithaxis et les signes de surinfection sont rares ou très tardifs. Ils doivent faire craindre la dégénérescence, le pronostic étant lié à cette éventualité.

– **Aspect thérapeutique**

Le traitement est chirurgical, l'exérèse doit être large par voie externe paratéro-nasale.

2- Les chondromes :

C'est une tumeur bénigne caractérisée par la formation de cartilage mature sans la richesse de cellules, les grandes cellules binucléées et les mitoses.

Ils touchent le plus souvent l'adulte jeune et se développent essentiellement dans la partie basse ou antérieure de la cloison sous une muqueuse normale.

Le signe révélateur est l'obstruction nasale.

Le traitement est chirurgical.

3- Les ostéomes : (13)

C'est une tumeur se développant lentement et formée de tissu osseux mature bien différencié avec structure lamellaire prédominante.

Ils touchent de manière préférentielle les sinus frontaux (50% des cas) puis ethmoïdaux et maxillaires.

Le plus souvent asymptomatiques, ils sont découverts fortuitement lors d'une radiographie de la face. Les signes fonctionnels n'apparaissent que lorsqu'ils atteignent un certain volume. Leur traitement est chirurgical et réservé aux formes symptomatiques.

➤ **Tumeurs malignes naso-sinusiennes. (14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18)**

1)- Tumeur maligne épithéliale (carcinome) des cavités naso-sinusiennes :

– **Epidémiologie :**

Selon SERRE et BALDET, elles représentent 3 à 5% des tumeurs malignes de la sphère ORL et 0,2 à 0,5% des tumeurs malignes de l'homme.

Aux Etats-Unis, elles sont responsables de moins de 1% de décès. Malgré leur rareté, les carcinomes restent la forme histologique la plus fréquente des tumeurs malignes naso-sinusiennes.

HARBO et coll. relèvent dans leur étude sur les cancers naso-sinusiens un taux de 70% de carcinomes (15).

DIOMBANA et coll. au Mali en 1998 ont trouvé 16 cas de tumeurs malignes maxillo-faciales dont 12 cas de carcinomes, soit un pourcentage de 75%.

– **Facteurs favorisants :**

Contrairement aux autres cancers des voies aéro-digestives supérieures, le rôle du tabac et de l'alcool dans la genèse des carcinomes naso-sinusiennes est très secondaire (17).

On connaît par contre l'association à certaines expositions professionnelles, notamment le travail dans l'industrie du bois qui prédispose aux adénocarcinomes de l'ethmoïde (19 ; 17).

– **Types de carcinomes :**

• **Carcinomes épidermoïdes (17) :**

Ils représentent la majorité des carcinomes naso-sinusiennes :

. PASTEUR et HAMBURGER en 1962 signalaient qu'ils représentaient 85 à 90% des carcinomes (19)

HARBO et coll. retrouvaient 46% de carcinomes épidermoïdes parmi l'ensemble des carcinomes (15).

On les classe en bien, moyennement ou peu différencié selon la présence de jonction intercellulaire et ou de kératinisation.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Le plus souvent le diagnostic de malignité ne pose pas de problème car l'infiltration est évidente au moment du diagnostic.

La survie à 5 ans est de l'ordre de 35%.

- **Adénocarcinomes (17) :**

Leur localisation de prédilection est au niveau du sinus ethmoïdal.

Ils représentent 0,2 à 0,8% des cancers en général et 2,5 à 3% des cancers des voies aéro-digestives supérieures (17).

Leur incidence est élevée chez les sujets exposés aux poussières de bois et à un degré moindre chez les travailleurs de cuir.

Une étude française dans la région Nord Pas de Calais retrouve dans le registre des cancers naso-sinusiens un sex-ratio de 2.4 en faveur des hommes et un âge moyen de 60 ans.

- **Carcinomes indifférenciés (17) :**

Ce sont des tumeurs très agressives, souvent déjà volumineuses au moment du diagnostic.

Le pronostic est généralement sombre malgré un traitement agressif.

- **Clinique :**

Les symptômes révélateurs des carcinomes naso-sinusiens peuvent être regroupés en 5 grands types : un syndrome naso-sinusien, un syndrome orbitaire, un syndrome bucco-dentaire, un syndrome facial et un syndrome neurologique.

- 1. Syndrome naso-sinusien :**

C'est le plus fréquent, il associe :

- * Une obstruction nasale

- * Une épistaxis

- * Une rhinorrhée

- 2. Syndrome orbitaire :**

Il est surtout présent dans les lésions de l'ethmoïde et du sinus maxillaire et témoigne de l'envahissement de la cavité orbitaire ; on y note :

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

*Une diplopie

*Une baisse de l'acuité visuelle

*Une exophtalmie

* Une œdème péri orbitaire

*Un larmoiement

3. Syndrome bucco-dentaire

Il n'existe que dans les lésions du sinus maxillaire ou du plancher des fosses nasales. Ce sont essentiellement :

* Des mobilités ou des chutes dentaires anormales

* Un trismus évocateur d'une extension tumorale vers la fosse infra temporale.

* Des ulcérations palatines ou gingivales.

4. Syndrome facial :

Il témoigne d'une extension de la tumeur vers les téguments de la face. Il s'agit :

* D'une déformation et ou d'un œdème de la face

* Des douleurs faciales.

5. Syndrome neurologique :

Les complications neurologiques témoignent le plus souvent d'extension de la tumeur aux méninges.

– Thérapeutique :

L'essentiel des tumeurs malignes naso-sinusiennes relève d'un traitement chirurgical complété par la radiothérapie.

2- Les lymphomes malins naso-sinusiens : (LMNS) (17 ;1 9)

– Epidémiologie :

Les LMNS primitifs représentent moins de 10 % des tumeurs naso-sinusiennes et moins de 1,5% des lymphomes malins. (17)

Ils surviennent entre la sixième et la huitième décade sans prédominance nette de sexe.

Ces tumeurs sont les plus fréquentes dans certaines populations (Orient, Pérou) et sont fréquemment associées à une positivité de la sérologie EBV (17)

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

– **Anatomo-pathologie :**

• *Macroscopie :*

Elles peuvent être hémorragiques ou ulcérées, habituellement localisées aux cavités nasales et déterminent un syndrome obstructif.

• *Microscopie :*

Tous les types histologiques peuvent être observés mais à des fréquences variables. Le ratio lymphome B lymphome T est de 1,8 pour 1.

On a :

Les LMNS de phénotype B de bas grade

Les LMNS plasmocytaires extra osseux

Les LMNS B de haut grade

Les LMNS T de bas grade

Les LMNS T de haut grade

– **Evolution :**

Les LMNS ont une tendance à la diffusion locale et la généralisation. Après traitement, on ne note pas de différence significative de survie selon le sexe.

La survie à 5 ans des patients porteurs de tumeurs nasales est significativement plus élevée que celle des patients avec tumeurs étendues aux sinus (18).

La survie à 2 ans est meilleure pour les tumeurs de phénotype B, mais la différence n'est plus significative pour les survies à 5 ans.

3.2- Classification des tumeurs des maxillaires : (20, 21, 22, 23)

Elles peuvent être classées en deux groupes :

1- Les tumeurs odontogènes :

La classification actuelle élaborée par PINDBORG et CLAUSEN (1958) et confirmée par BROCHERIOU, met en jeu d'une part la nature épithéliale ou mésenchymateuse de la tumeur, d'autre part l'existence ou non de témoins des phénomènes d'induction (24, 11).

Tableau de BROCHERIOU : tumeurs odontogènes

Epithéliales	Mésodermiques
*avec peu d'effet inducteur sur le tissu conjonctif. -Améloblastome -Adéno-améloblastome -Tumeurs de PINDBORG *Avec effet inducteur sur le tissu conjonctif. -Fibro-Améloblastome -Sarcome améloblastome -Dentinome	* Myxomes et fibromyxomes * Cémentomes.

2- Tumeurs non odontogènes :

a) Tumeurs bénignes :

➤ Les tumeurs ostéoformatrices :

- ostéome vrai
- torus palatin et mandibulaire
- ostéome ostéoïde.

➤ Les tumeurs cartilagineuses :

- chondrome
- chondro-blastome
- fibrome chondromyxoïde.

➤ Les tumeurs ostéolytiques :

- les granulomes réparateurs à cellules géantes.

b) Tumeurs malignes :

- fibrosarcome
- chondrosarcome
- ostéosarcome

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

- autres sarcomes
- lymphomes (Plasmocytome, lymphome de BURKITT).

OBJECTIFS

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL

- Montrer la place de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs en stomatologie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des tumeurs en stomatologie qui ont bénéficié de biopsie.
- Déterminer le profil sociodémographique des patients.
- Rapporter le mode de prise en charge.
- Analyser le pronostic.

PATIENTS ET METHODES

III- PATIENTS ET METHODES :

1- CADRE D'ETUDE :

Le centre hospitalo-universitaire d'odontostomatologie de Bamako nous a servi de cadre d'étude.

Description de la ville de Bamako :

Présentation : située à cheval sur le fleuve Niger en pleine zone soudanienne.

Bamako, capitale de la République du Mali est un district selon le découpage administratif du pays. Elle comporte 66 quartiers répartis entre 6 communes.

Superficie : Couvrant une superficie de 267 Km elle s'étend sur 22 Km d'Est en Ouest et sur 12 Km du Nord au Sud de part et d'autre du fleuve Niger.

Population : la population est 1167885 habitants répartis entre les 6 communes.

Description du CHUOS :

Il est situé au quartier du fleuve de Bamako à la rive gauche du fleuve Niger, à la rue Raymond Poincaré, porte 870.

Le centre hospitalier universitaire est un centre spécialisé en odontostomatologie. Centre de référence nationale, il a effectivement ouvert ses portes le 10 février 1986, sous le nom de CNOS (centre national d'odontostomatologie). Il a été érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi N°92-026/AN RM du 5 octobre 1992, puis en établissement hospitalier public par la loi N°03.23/AN_RM du 14-07-03 .

Il a pour objet d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé buccodentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés en matière d'odontostomatologie.
- Prendre en charge les urgences et les cas référés.
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de santé buccodentaire.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

– Conduire les travaux de recherche dans le domaine d’odontostomatologie.

2- TYPE D’ETUDE :

Il s’agit d’une étude rétrospective se portant sur une période allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2006

Critère d’inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les patients ayant consulté pour tumeur et ayant fait l’objet d’une biopsie pour examen anatomo-pathologique

Critère de non inclusion :

N’ont pas été inclus dans notre étude tous les patients ayant consulté pour toute autre pathologie.

3- ECHANTILLONNAGE :

Notre échantillon était composé de 98 patients dont 52 femmes et 46 hommes.

Les patients venaient de toutes les régions du pays

4- EXAMEN CLINIQUE :

L’examen du patient s’effectuait au fauteuil de consultation afin d’élaborer le protocole d’enquête basée sur les différentes variables comme l’âge, le sexe, l’ethnie, la résidence, la profession. On procédait à un interrogatoire et un examen clinique minutieux, le diagnostic posé.

Chaque patient a effectué le bilan biologique standard du service à savoir la NFS, le groupage dans le système ABO, le BW, la glycémie, l’urée sanguine, l’électrophorèse de l’hémoglobine, la sérologie B83, enfin la radiographie pulmonaire.

La biopsie s’effectue le plus souvent sous anesthésie locale à la xylocaine 2% chez les adolescents et les adultes .L’anesthésie générale a été pratiquée pour l’exérèse tumorale et biopsie.

Le prélèvement était conservé dans du formol dilué et envoyé à l’institut national de recherche en santé publique (INRSP) pour l’examen anatomo-pathologique.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

La saisie ainsi que l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel épi info-6.0 version française.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le CHI2 de Pearson avec un risque $\alpha = 0,05$

RESULTATS

III- RESULTATS :

Tableau I : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'âge

Classes d'âges	effectif	Fréquence en %
1- 19	14	14, 30
20- 39	41	41, 80
40- 59	36	36, 70
60 et plus	7	7, 20
Total	98	100,00

La classe d'âge la mieux représentée a été celle de 20- 39 ans (41, 80%) avec une moyenne d'âge de 24,5 ans et des extrêmes d'âge de 1 à 85 ans.

Tableau II : Distribution de l'effectif des patients en fonction du sexe

Sexe	effectif	Fréquence en %
Masculin	46	46,90
Féminin	52	53,10
Total	98	100,00

Le sexe féminin a représenté 53% avec un sex ratio de 1,13

Tableau III : Distribution de l'effectif des patients selon leur occupation

Occupation	effectif	Fréquence en %
Opérateur économique	4	4,10
Elève / étudiant	10	10,20
Agriculteur	26	26,50
Ouvrier	3	3,10
Femme au foyer	48	49,00
Autres	7	7,10
Total	98	100,00

Les femmes au foyer, les agriculteurs, et les élèves/étudiants étaient le plus représentés dans notre échantillon avec respectivement 49,00% , 26,50% , 10,20% Autres : ouvrier 4(4,10%), agents de l'état 3 (3,10)

Tableau IV : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence en %
Bamanan	29	29,90
Soninké	21	21,60
Peulh	14	14,20
Sénoufo	14	14,20
Autres	20	20,10
Total	98	100,00

Les bamanans, les soninkés, les peulhs ont représentés respectivement (29,90%), (21,60%), (14,20%) de l'échantillon

Autres : dogons 10 (10,00%), tamashek 1(1,00%), sonrhäï 7 (7,10%), bobo 1 (1,00%), bozo 1(1,00%)

Tableau V : Distribution de l'effectif des patients en fonction de leur résidence

Résidence	effectif	Fréquence en %
Bamako	62	63,30
Kayes	8	8,10
Koulikoro	3	3,10
Sikasso	9	9,20
Ségou	3	3,10
Mopti	2	2,00
Tombouctou	3	3,10
Gao	7	7,10
Kidal	1	1,00
Total	98	100,00

La majorité de nos patients était originaire du district de Bamako

Tableau VI : Distribution de l'effectif des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Fréquence en %
Algie dentaire	1	1,00
Tuméfaction	90	91,80
Ulcération	6	6,20
Autres	1	1,00
Total	98	100,00

La tuméfaction a représenté 91,80% Autre 1%.: Adénopathies

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

Siège de la tumeur	Effectif	Fréquence en %
Maxillaire	37	37,80
Mandibule	28	28,60
Palais	12	12,20
Langue	8	8,10
Cervical	10	10,20
Autre	3	3,10
Total		100,00

La localisation du maxillaire et de la mandibule ont représenté respectivement 37,80% ; 28,60%, de siège

Autres : naso-sinusien 3(3,10%)

Tableau VIII : Distribution de l'effectif des patients selon le bilan biologique

Bilan biologique	effectif	Fréquence en %
Oui	87	88, 80
Non	11	11, 20
Total	98	100, 00

11,20% de nos patients n'ont pas effectué le bilan biologique standard (NFS, Glycémie, BW, Sérologie HIV, Goutte épaisse, sérodiagnostic de Widal).

Tableau IX : Distribution de l'effectif des patients en fonction des résultats de l'examen Anato-mo-pathologique

Résultat	effectif	Fréquence en %
Carcinome épidermoïde	17	17, 10
Dysplasie fibreuse	16	16, 30
Améloblastome	14	14, 30
Adénome pléomorphe	14	14, 30
Adénocarcinome	5	5,00
Fibrome	8	8,00
Cylindrome	7	7,00
Granulome	6	6,00
Kyste	5	5,00
Autres	06	6,00
Total	98	100,00

Le carcinome épidermoïde dominait l'ensemble des types histologiques observés dans notre étude avec 17,10% des cas suivi des dysplasies fibreuses 16,30% l'Améloblastome 14,30%
 Autres : Angiosarcome 3(3,10%), Angiolipome 1 (1,00%), Chondrome 1 (1,00%)

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Type de tumeur	Effectif	Fréquence en %
Bénigne	65	66,33
Maligne	33	33,67
Total	98	100,00

Tableau X : distribution de l'effectif des patients selon le type de tumeur

Les tumeurs bénignes ont été les mieux représentées avec 66,33%

Tableau XI : Distribution de l'effectif des patients en fonction du mode de prise en charge

Prise en charge	Effectif	Fréquence en %
Médical	10	10,20
Chirurgical	88	89,80
Total	98	100,00

Le traitement chirurgical a représenté 89,8%

Tableau XII : Distribution des patients en fonction du résultat obtenu

Résultat obtenu	Effectif	Fréquence en %
Bon	18	18,40
Satisfaisant	70	71,40
Mitigé	10	10,20
Total	98	100,00

71,45% des patients avaient un résultat satisfaisant à un mois post -opératoire.

Tableau XIII : Distribution de résultat de l'examen anatomo-pathologique en fonction du sexe

Sexe	Masculin	féminin	effectif
Résultat Anapath.			
Carcinome	8	9	17
Améloblastome	6	8	14
Adénocarcinome	6	8	14
Dysplasie fibreuse	2	3	5
Cylindrome	8	8	16
Fibrome	3	4	7
Sarcome	5	3	8
Granulome	0	1	1
Kystes	2	4	6
Autres	04	1	5
Total	46	52	98

Khi2= ; 45, 83 DDL= 1, 49 ; P= 0, 042

Khi2 non validé

Tableaux XIV : Distribution des résultats de l'examen anatomopathologique en fonction du siège

siège résultat anapath	Maxillaire	Mandibule	Palais	Langue	Autres	Total
Carcinome épidermoïde	7	2	4	4	0	17
Améloblastome	0	14	0	0	0	14
Adénome pléomorphe	4	3	3	2	2	14
Adénocarcinome	1	3	1	1	0	5
Dysplasie fibreuse	10	4	1	1	0	16
Cylindrome	2	2	1	0	2	7
Fibrome	3	5	0	0	0	8
Granulome	1	0	0	1	4	6
Kyste	1	2	0	0	2	5
Sarcome	1	0	0	0	0	1
Autres	3	2	0	0	0	5
Total	33	37	10	9	10	98

Khi 2 = 280

DDL= 196

P= 0,08

Khi2 non validé

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IV- DISCUSSION ET COMMENTAIRES :

Notre étude a porté sur 98 patients ayant consulté pour tumeur et ayant été l'objet de biopsie dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHUOS de Bamako.

L'étude était de type rétrospectif s'étant déroulé du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2006.

Les patients étaient venus soit d'eux mêmes, soit sur recommandation de tierces personnes, soit orientés par d'autres services ou d'autres structures sanitaires du pays.

Age

Les classes d'âges les plus concernées ont été celles de 20 à 39 ans (41,8%) et 40 à 59 ans (36,7%) avec des extrêmes de 1 an et 85 ans et une moyenne d'âge de 24,5 ans

Les tumeurs se voient à tous les âges mais principalement chez l'adulte jeune. Cette constatation a été signalée par d'autres études DIOMBANA M L et COLL au Mali et de Diarra CAT (25), celle de OUZZANI cité Jellouli M et Coll. à Casablanca (Maroc) (26)

Sexe

Dans notre étude le sexe féminin a été le plus représenté 53,8% avec un sexe ratio de 1,13

Diombana M L dans son étude a trouvé 60% pour le sexe féminin contre 31,2% pour le sexe masculin. Par contre A K A (27) dans son étude sur les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales a trouvé 63% pour le sexe masculin et 37% pour le sexe féminin

Occupation

Les femmes au foyer étaient les plus représentées dans 49% des cas suivies des agriculteurs 26,8%

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Diane D.T (28) dans son étude des cancers stomatologiques avait trouvé 40% pour les femmes au foyer et 13,7% pour les agriculteurs

Siège

Les tumeurs maxillaires 37,8% sont les mieux représentées suivies des tumeurs de la mandibule 28,6% et des tumeurs de la langue 13,3%.

A K A dans son étude des tumeurs des glandes salivaires avait noté 29,4% pour les maxillaires et 55,5% de siège buccale.

Résultat de l'examen anatomopathologique

Les résultats des biopsies réalisées ont montré l'existence de différents types histologiques :

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté soit 17,1% viennent ensuite les dysplasies fibreuses avec 16,3%,

Ce même constat a été retrouvé par l'étude de C A T. DIARRA (25)

Les autres formes histologiques sont plus rares : l'améloblastome et l'adénome pléomorphe 14,3% chacun, l'adénocarcinome 5%, le fibrome 8%, les sarcomes 1%.

La distribution de ces tumeurs selon l'âge nous révèle que toutes les tranches d'âge sont concernées ; avec les fréquences plus importantes dans les tranches d'âge de 20 à 39 ans et de 40 à 59.

Prise en charge

Deux types de traitement étaient utilisés le plus souvent, la chirurgie et chimiothérapie ou la chimiothérapie à elle seule.

Cependant la prise en charge des tumeurs pose quelques difficultés à savoir :

-Le coût élevé, en effet d'énormes moyens financiers doivent être mobilisés pour avoir accès au scanner et aux différents examens pré opératoires à la chirurgie proprement dite, à l'hospitalisation et aux soins post opératoires extemporanés

-Le manque de possibilité d'examen anatomo-pathologique des pièces chirurgicales afin d'établir les limites de l'exérèse.

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

-Les nombreuses récurrences sont dues à la résultante entre cette peur des grandes mutilations et la nécessité de la chirurgie d'exérèse carcinologique

L'ensemble de ces difficultés révèle tout l'intérêt d'un diagnostic précoce des tumeurs.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Les tumeurs de la sphère oro-faciale constituent une entité clinique dont la classification est basée sur l'anatomo-pathologie ; toutefois les manifestations cliniques sont suffisamment évocatrices pour attirer l'attention du praticien.

Nous nous sommes intéressés aux biopsies tumorales en stomatologie pour mieux définir leur profil au Mali. C'est ainsi que nous avons colligé 98 biopsies tumorales sur une période de trois (3) ans dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHUOS de Bamako. Il ressort de cette étude les constats suivants :

- tous les ages sont concernés avec une prédominance de 20 à 39 ans, le sexe féminin est le plus représenté.
- les bamanans et les femmes au foyer sont les plus représentés.
- la plupart des patients résidaient à Bamako
- la localisation la plus fréquente était maxillaire
- les types histologiques étaient diverses avec une prédominance du carcinome épidermoïde (17,1%).
- le traitement chirurgical a été le plus pratiqué.

RECOMMANDATIONS :

- 1- Initier d'autres études avec un échantillon plus large pour mieux définir l'intérêt des résultats biopsiques dans la prise en charge des tumeurs.
- 2- Améliorer les conditions de diagnostic des tumeurs en formant des Spécialistes en odonto stomatologie et en anatomo pathologie.
- 3- Pratiquer une biopsie devant toute tuméfaction maxillo faciale et toute adénopathie cervico faciale.
- 4- Créer des services spécialisés dans les régions pour rapprocher les compétences de la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

1. SZ PIRGLAS ; Guilbert F.

Cancer de la cavité buccale_ Préambule Encycl. Med Chir Stomato-odontologie
22 065A-1996, 3P

2. DIOMBANA ML ; KUSSMER H ; ALHOUSSEINI Ag M ; PENEAU M

Implication des sinus maxillaires dans les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati (République du Mali) à propos de 51 cas, Médecine d'Afrique noire, 1998.

3. STAVRIANOS S; CAMILLERI I ;MC LEON NR ;PIGGOT TA ; KELLY ;SSOAMES JV .

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

4. SERRE.BALDET K

Classification des tumeurs malignes primitives naso-sinusiennes de l'adulte .
Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie,TOME XIII 1998 N

5. DIOMBANA ML ; ALHOUSSEYNI Ag M ; KUSSMER H ; SOUMARE S PICHARD E ; PENEAU M :

Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie de l'hôpital national de Kati Mali- à propos de 60 cas médecine d'Afrique noire
1996

6. GENERALITES SUR LES TUMEURS

<http://www.anapath.com>

7. ROUVIERE H

Anatomie humaine : Tête et cou, Tome1, 12^{ème} Edition

8.F H NETTER :

Atlas d'anatomie Humaine 3è édition 2007 Masson

9. PETTER, REYCHIER

Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale.

Université de Bruxelles 1991 p 502-511

10. SHANMNGRARATNAM. K.

Classification histologique internationale des tumeurs.

No 19, OMS, 1978.

11. NOUBOUOSSIE. F.

Aspects scénographiques des tumeurs malignes naso-sinusiennes à Yaoundé.

Thèse de médecine, cuss, Cameroun 2001

**12. ASSIMAKOPOULOS D., SKEVAS A, GIANNAKOPOULOS X.,
BAIA M., DANIELLIDIS V.**

Papillome inversé à double localisation : fosse nasale et vessie a propos d'un cas.

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

13. KEMTA. F.

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

Thèse de médecine 1996 ; cuss

14. AURIOL. M. M, Y LE CHARPENTIER.

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

EMC (Elsevier Paris), 22-011-5-10, stomatologie 1997, 12p

15. CLEMENT O., SERRANO. E, PESSEY. J.J.

Les adénocarcinomes de l'ethmoïde. Diagnostic et traitement à propos de 43 cas.

Les cahiers ORL de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie, Tome XXXIII, No 8, 1998, France

**16. HARBO. G, GRAN. C, BUNDGOARD. T, OVERGOARD. M,
ELBRANDO. O, SGAARD. H, OVERGOARD. I.**

Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinic pathological study of 277 patients, 1997;

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

Acto Oncolo: 368-45-50.

17. MANGA R.

Contribution a l'étude des tumeurs de la cavité buccale au Cameroun.

Thèse de médecine 1987 ; cuss

18. SERRE, BALDET. P.

Classification des tumeurs malignes primitives naso-sinusiennes de l'adulte.

Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie, Tome XXXIII 1998, No 8.

19. STOLL D, BEBEAR JP, DARROUZET V, DUMON TH.

Chirurgie des tumeurs naso-sinusiennes.

Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie, Tome XXXIII 1998, No 8.

20. ADEMOLA A. O, SUNDAY.A, OLADEPO.A.E.

Ameloblastoma= clinical features and management of 315 cases from Kaduna.

Nigeria, journal of cranio-maxillo-facial surgery, 1995,21 (8)=351-355

21. DIOMBANA ML; ALHOUSSEYNI Ag M ; KUSSMER H; PENEAU M.

Améloblastome des maxillaires à propos de 35 cas au service de stomatologie de l'hôpital de Kati (république du Mali)

Mali médical, 1994, Tome VII, No 1 et 2

22. TORRES J, FAVRE C DE THIERRENS, JAQUARD C, JAQUEY N

A propos de 3 tumeurs bénignes agressives du maxillaire supérieur

Les cahiers d'ORL et de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie, Tome XXXIII 1998, No 8.

23. GUILBERT F, CHOMETTE. G.

Tumeurs odontogènes des maxillaires.

EMC-paris stomatologie, 1983 ; fasc. 22081A.

24. PAYEN J, BROCHERIOU.

Kyste et tumeur d'origine dentaire, classification.

Revue de stomatologie. Paris, 1974, 75, (1) : 11-75

25. DIARRA CAT.

Approche épidémiologique sur les tumeurs du massif facial dans le service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati à propos de 100 cas

Thèse de médecine No 45/2007/Bamako

26. JELLOULI M ,GALLET DESANTERRE O et coll.

La tumeur du massif facial.A propos de100 cas observés à l'Institut Salah_Azais deTunis.

Cahier d'ORL ? 1998 ,XXII.

27. AKA GBLANH KASSY ; FRANCOIS PHILIPPE.

Les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales : étude statistique et thérapeutique à propos de 119 cas.

Thèse de médecine 1163 No 91/Abidjan

28. DIANE DT.

Etude épidémiologique et histopathologique des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux : à propos de 70 cas.

Thèse de médecine No 56/2007/Bamako

FICHE ANALYTIQUE

Nom : DISSA

Prénom : Diakalya

Titre de la thèse : biopsie tumorale au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU OS de Bamako à propos de 98 biopsies.

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI.

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les biopsies tumorales dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU OS de Bamako de janvier 2003 à décembre 2006.

Il y avait 53,1% de femmes avec une sex-ratio de 1,13

L'âge moyen a été de 24 ans, avec des extrêmes de 1 à 85 ans

L'ethnie bamanan a été la mieux représentée

La majorité des patients était originaire de Bamako 63,3% et de la région de Ségou 9,2%

Il y avait 49% de ménagères et 26,5% de paysans

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus représenté

La chirurgie a été le traitement le plus utilisé complété par la chimiothérapie

Mots clés : Biopsie, tumeur, stomatologie

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

- Q1- Numéro de la fiche :.....
- Q2- Numéro du dossier :.....
- Q3- Date de consultation :.....
- Q4- Nom et Prénom :.....
- Q5- Age :.....
- Q6- Sexe :.....
1= Masculin 2= Féminin
- Q7- Profession :.....
1=Cadre supérieur 2=Cadre moyen 3=Opérateur économique
4=Elève/étudiant 5=Agriculteur 6=Ouvrier 7=Femme au foyer 8=
Autres (à préciser) 9= Indéterminée
- Q8- Ethnie :.....
1= Bamanan 2= Peulh 3= Soninké
4= Autres (à préciser) 5= Indéterminée
- Q9- Nationalité :.....
1= Malienne 2= Autres (à préciser) 3=Indéterminée
- Q10- Résidence :.....
1=Bamako 2= Kayes 3= Koulikoro
4= Sikasso 5= Ségou 6= Mopti 7=Tombouctou
8= Gao 9= Kidal 10=Autres (à préciser) 99= Indéterminé
- Q11-Motif de consultation :.....
1= Algie dentaire 2= Tuméfaction 3= Ulcérations buccales
4= Autres (à préciser)
- Q12- Siège :.....
1= Maxillaire 2= Mandibule 3= Palais
4= Langue 5= Autres (à préciser) 9= Indéterminé
- Q13- Antécédents médicaux :.....
1= Diabète 2= HTA 3= tuberculose 4= Drépanocytose

Résultats biopsiques des tumeurs au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
du CHUOS de Bamako : 98 biopsies

5= Autres (préciser) 9= Indéterminé

Q14- Antécédents chirurgicaux :.....

1= Oui (à préciser) 2= Non

Q15- Bilan biologique :.....

1= Oui 2= Non

Q16- Biopsie :.....

1= Oui 2= Non

Q17- Anatomopathologie :.....

1= Oui 2= Non

Q18- Résultat :.....

.....

Q19- Traitement :.....

1= Médical 2= Chirurgical 3= Autres (à préciser)

Q20- Suivi post opératoire :.....

1= 1 mois 2= 3mois 3= 6 mois 4= 1 an

Q21- Evolution :.....

1= Bonne 2= Satisfaisante 3= Mitigée 9= Indéterminée

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