

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE
RECHERCHE EN SCIENCE DE LA SANTE
(UFR/SDS)

SECTION MEDECINE



Année Universitaire: 2010-2011

Thèse N° 014

PATHOLOGIE STOMATOLOGIQUE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
EN PRATIQUE PRIVEE
DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU :
À PROPOS DE 385 CAS.

Thèse présentée et soutenue publiquement le 30 Janvier 2012 par

GANEBANG PATRICK

Né le 06 Novembre 1981 à N'DJAMENA (TCHAD)

pour l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Kampadilemba OUOBA

CO-DIRECTEUR :

Dr Dieudonné OUEDRAOGO

JURY

PRESIDENT : Pr Si Simon TRAORE

MEMBRES: Dr Dieudonné OUEDRAOGO

Dr Flavien KABORE

Dr Moustapha SEREME

Je dédie ce travail

A L'ÉTERNEL DIEU

Je t'exalterai, ô mon DIEU, mon Roi! Et je bénirai ton Nom à toujours et à perpétuité. (Psaume 145: 1.)

Je te rends infiniment grâce pour avoir rendu ce travail possible. Je te le dédie ainsi que le reste de ma carrière. Que ta volonté s'accomplisse dans ma vie. Je t'aime mon DIEU. Que toute la gloire et l'honneur te revienne à jamais.

A mon père GANEBANG ZAMTATO (IN MEMORIUM)

A ton souvenir, ma pensée se remplit de peine car ma joie aurait pu être parfaite si tu étais là. Je ferai de mon mieux pour faire honneur à ton nom.

A ma mère Bainadi J. BALANDI

Ta rigueur, ton amour du travail bien fait et tes conseils ont beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Tes prières et tes encouragements m'ont soutenu durant ces moments. Les mots ne sauraient traduire ma reconnaissance. Puisse Dieu te garder encore longtemps à nos côtés.

A Elisabeth GUERANDI

Mon autre mère. Durant ces longues années votre soutien a été constant et ne m'a jamais fait défaut. Vous m'avez tant donné et je rends grâce à l'ÉTERNEL de me donner l'occasion de vous dire « merci maman Elisabeth ». Que DIEU vous comble de ses riches bénédictions et vous le rende au centuple.

A mon oncle Domsam BALANDI

Tu as toujours été pour moi un modèle de rigueur et de courage. Tu m'a toujours soutenu et encourager. Qu'il me soit permis de te dire merci en cette occasion. Que DIEU te bénisse.

A mes frères et sœurs aînés Angèle, Casimir, Raoul, Rosine, Zamtato, Temoua, Vynto, Myrella, Annie, Saba.

Vous resterez pour moi des exemples de combativité et d'ardeur au travail à suivre. Que DIEU vous bénisse.

**A mes frères et sœurs cadets Frédéric, Rodrigue, Adji, Félicité, Marius,
Gloria.**

Nous avons un défi à relever, celui de faire mieux que notre père et nos aînés. La tâche ne sera pas facile je le reconnais, mais avec le courage, la foi, l'amour du travail et la bénédiction des parents tout est possible. Puisse ce modeste travail vous inspirer à mieux faire.

A mon jeune oncle Wang-Yang

Tu as plus été pour moi un frère et un ami. Tu es un modèle d'efficacité et d'humilité. Que DIEU te bénisse.

A ma bien aimée Viviane

Ce travail est également le tien car j'ai pu compter sur ton affection et ta disponibilité. Tes prières m'ont accompagnés et comme un appui solide, m'ont empêché de tomber. Que DIEU nous garde encore longtemps ensemble.

A ma fille Elisheva

Ta venue au monde m'a rendu responsable et m'a donné encore plus de courage pour avancer. Que ce modeste travail puisse te servir d'exemple.

Aux familles ZAMTATO, BALANDI, DOUBOU, GUERANDI, PODA

Au Médecin Général de Division, Dr Mbaiondonadji BEURE

Vous m'avez toujours considéré comme votre fils et j'ai pu compter sur vos conseils et votre soutien. Profonde gratitude.

A mes amis d'enfance Larguet « Santos », Joe « XLS » Bertrand « Bere »

De tout temps, vous m'avez accordé votre amitié et votre estime. Nous avons cheminé ensemble et appris les uns des autres. Que DIEU renforce davantage cette amitié.

A tous mes amis et camarades : Amine, Sam, Eric, Djita, Seid, Ben, Daniel,

Balaam, Lipelba, Constant, Haiengda, Fulgence, Michel, Martin, Roch,

Yaya, Awa, Safi, Souleymane, Lonema, Jérémie, Ermel, Sylviane, Mayaou,

Tatiana, Berth, narcissse, Judith, Bella.

Nos sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Au Dr Tarcissus KONSEM, durant notre stage dans le service de Chirurgie Maxillofaciale vous nous avez sans cesse soutenus par vos encouragements et vos conseils avisés. Merci pour votre constante disponibilité. Que Dieu vous bénisse.

Aux responsables et aux personnels des cliniques Fatima, Notre Dame de la Paix, Saint Marc. Vous nous avez permis de travailler en toute quiétude dans vos locaux en mettant à notre disposition les informations nécessaires. Soyez en remerciés.

Au Dr Mathieu Millogo, merci pour vos conseils.

Au Dr Danwe Naibé, vous nous avez orientés par vos conseils durant notre cursus, profonde gratitude.

Aux Drs : Zidwemba N., Coulibaly A., Youl S. Oudraogo B., Ili V., nous avons beaucoup appris à vos côtés. Merci infiniment.

A Rose Zoungrana, merci pour ton amitié. Que Dieu te bénisse

Au personnel du service de Stomatologie et Chirurgie maxillofaciale et de la Chirurgie Dentaire du CHU-YO, vous nous avez permis d'apprendre dans une ambiance familiale. Grand merci.

A tout le personnel des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado Ouedraogo et Pédiatrique Charles De Gaulle.

A tous mes enseignants de l'école maternelle de la rue de 40, du primaire de l'école des sœurs du Béguinage et des Assemblées Chrétiennes d'Ardep Djournal, du secondaire du Lycée-collège du Sacré-Cœur de moursal.

A tous les enseignants de l'U.F.R./SDS de l'Université Ouagadougou. Aux internes, externes et au personnel administratif de l'UFR/SDS et de la D.A.O.I de l'Université de Ouagadougou.

A notre Grand maître et président du jury,

Le Professeur Si Simon TRAORE,

Vous êtes :

- ❖ Professeur Titulaire de Chirurgie Générale et Digestive à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- ❖ Chef de service de la Chirurgie Générale et Digestive du CHU YO

Cher maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques en deuxième et cinquième année de Médecine et de votre encadrement lors de notre stage interné. Permettez-nous, en ce jour solennel, de vous témoigner toute notre gratitude et notre reconnaissance. Vous êtes et vous resterez toujours pour nous une référence et un bel exemple à suivre.

Que DIEU vous bénisse vous et votre famille.

**A notre Grand maître et directeur de thèse,
Le Professeur Kampadilemba OUOBA,**

Vous êtes :

- ❖ Professeur titulaire d'ORL et CCF à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- ❖ Chef du service d'ORL et CCF du CHU-YO
- ❖ Président de la Société Burkinabé d'ORL et CCF
- ❖ Colonel Major des forces armées nationales du Burkina Faso
- ❖ Coordonnateur du DES d'ORL à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- ❖ Ancien interne des hôpitaux de Dakar
- ❖ Chevalier de l'ordre national

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Malgré vos multiples occupations, vous avez su nous accorder du temps pour sa réalisation.

Nous ne saurons citer les qualités humaines que beaucoup vous reconnaissent et qui nous ont émerveillées.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et co-directeur de thèse,

Docteur Dieudonné OUEDRAOGO,

Vous êtes :

- ❖ Maître-assistant en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou,
- ❖ Chef de service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU-YO.
- ❖ Coordonnateur de la section chirurgie dentaire de l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou.
- ❖ Directeur des Etudes et des Stages de la Faculté de Médecine de l'Université Saint Thomas d'ACQUIN.

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Votre amour du travail bien fait, votre disponibilité et vos conseils ont permis sa réalisation.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques en anatomie et en stomatologie en cinquième année de Médecine.

Durant notre stage pour la préparation de ce travail, nous avons découvert une discipline passionnante et un maître pétri de talent et d'expérience. Nous avons également découvert un maître riche d'une culture scientifique et générale qu'il partage avec ses étudiants dans une ambiance propice à l'apprentissage.

Nous restons à court de mots pour vous témoigner notre gratitude. Vous êtes pour nous un modèle. Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille.

A notre maître et juge,

Docteur Flavien A. KABORE

Vous êtes :

- ❖ Médecin anesthésiste-réanimateur au CHUP-CDG
- ❖ Maître-assistant en Anesthésie-Réanimation à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Cher Maître,

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

Votre simplicité, votre sympathie envers les étudiants et surtout votre rigueur scientifique forcent l'admiration. Vous êtes un modèle.

Veillez recevoir ici la marque de notre sincère gratitude. Puisse Dieu vous accorder santé, longévité et une belle carrière hospitalo-universitaire.

Que Dieu vous bénisse vous ainsi que votre famille.

A notre maître et juge,

Docteur Moustapha SEREME

Vous êtes :

- ❖ Médecin Oto-Rhino-Laryngologiste au CHU YO
- ❖ Assistant en Oto-Rhino-Laryngologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- ❖ Lieutenant-colonel des forces Armées Nationales du Burkina Faso.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail en dépit de vos multiples sollicitations.

Nous avons eu la chance de vous côtoyer lors de notre stage. Votre simplicité et votre rigueur scientifique nous ont beaucoup touchés. Plus qu'un maître vous êtes pour nous un aîné et un modèle. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profond respect.

Puisse Dieu vous accorder santé, longévité et une belle carrière hospitalo-universitaire.

Que Dieu vous bénisse vous ainsi que votre famille.

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION	xvii
LISTE DES TABLEAUX	xix
LISTE DES FIGURES	xx

PREMIERE PARTIE

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
II. GENERALITES	4
II.1. Histoire de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale:	3
II.1.1. Antiquité : Les débuts de l’art médical.....	3
II.1.2. Du moyen âge à la renaissance : Les pères fondateurs de la chirurgie maxillo-faciale.....	4
II.1.3. Développement de la Stomatologie comme une spécialité à la fin du XIXe siècle et au XXe siècle en France.....	4
II.2. L’épidémiologie	5
II.2.1. Définition	5
II.2.2. Les types d’études	5
II.3. Les principales pathologies en stomatologie	7
II.3.1. Traumatologie	7
II.3.2. Pathologie tumorale et kystique	9
II.3.3. Pathologie malformative.....	10
II.3.4. Pathologie non traumatique de l’articulation temporo mandibulaire.....	10
II.3.5. Les principales pathologies dentaires et parodontales	11
II.3.6. Les pathologies infectieuses	13

DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.1. Objectif général.....	16
I.2. Objectifs spécifiques	16

II. METHODOLOGIE

II.1. Cadre de l'étude	17
II.2. Matériels et méthodes d'étude	20
II.2.1 Type et période d'étude	20
II.2.2. Population d'étude	20
II.2.3. Collecte des données	20
II.2.4. Niveau socio-économique	21
II.2.5. Critères d'inclusion.....	21
II.2.6. Analyse des données.....	21

III. RESULTATS

III.1. Données socio-démographiques.....	22
III.2. Données cliniques	27
III.3. Données paracliniques.....	32
III.4 Données diagnostiques	34
III.5 Données thérapeutiques.....	47
III.6. Données évolutives	51

IV. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

IV.1. Limites et contraintes	54
IV.2. Les aspects socio-démographiques	55
IV.3. Les aspects cliniques	59
IV.4. Les aspects paracliniques	61

IV.5 Les aspects diagnostiques	62
IV.6. Aspects thérapeutiques.....	70
IV.7 Aspects évolutifs	72
CONCLUSION	74
SUGGESTIONS	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
ICONOGRAPHIE	
ANNEXE	

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AIS : Anti-inflammatoire stéroïdien

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

AVP : Accident de la voie publique

BPO: Bilan pré-opératoire

BBM : Blocage bimaxillaire

CHU YO : Centre hospitalier universitaire YALGADO OUEDRAOGO

CHU SS : Centre hospitalier universitaire SOURO SANOU

CHU CDG : Centre hospitalier universitaire pédiatrique CHARLES DE GAULLE

CHR : Centre hospitalier régional

CES : Certificat d'étude spécialisée

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CM : Centre médical

CRP : C-réactive protein

CSPS : Centre de santé et de promotion social

DAM : Dysfonction de l'appareil manducateur

GS/RH : Groupe sanguin rhésus

HTA : Hypertension artérielle

FCFA : Franc CFA

Km²: Kilomètre carré

NFS: Numération formule sanguine

Malf.: Malformation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ORL : Oto-rhino-laryngologie

Path.: Pathologie

PSM : Pathologie stomatologique et maxillofaciale

PNDS : Plan national de développement sanitaire

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SMIG : Salaire minimum interprofessionnel garanti

TC : Temps de coagulation

TDM : Tomodensitométrie

TNM : Tumor Nod Metastasis (Tumeur Ganglion Métastase)

TMF : Traumatisme maxillo-facial

TS : Temps de saignement

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : Vitesse de sédimentation

% : Pour cent

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon le mois et l'année.....	22
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du sexe.....	23
Tableau III : Répartition des patients selon la provenance.	24
Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation.	27
Tableau V : Antécédents personnels médicaux des patients.....	28
Tableau VI : Antécédents personnels chirurgicaux des patients.	29
Tableau VII : Répartition des patients selon les signes de l'examen stomatologique..	30
Tableau VIII : Répartition des patients selon les affections associées	31
Tableau IX : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomopathologique	33
Tableau X : Répartition des patients en fonction du mode de suivi	34
Tableau XI : Répartition selon l'âge et selon l'affection chez l'ensemble des patients.....	35
Tableau XII : Répartition selon le sexe et selon l'affection chez l'ensemble des patients.....	36
Tableau XIII : Répartition de la pathologie traumatique selon l'âge et le sexe	38
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type de lésion observée et du mode de suivi	39
Tableau XV: Répartition des fractures selon le siège anatomique.	40
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de l'étiologie du traumatisme et du sexe.	41

Tableau XVII : Répartition de la pathologie tumorale selon l'âge et le sexe.	43
Tableau XVIII : Répartition des tumeurs et kystes selon le siège et le mode de suivi... ..	44
Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'infection.....	45
Tableau XX: Autres affections.....	46
Tableau XXI : Répartition des groupes thérapeutiques	48
Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.	51
Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'évolution sous traitement.....	52
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction du type de séquelle observé.	53
Tableau XXV : Implication des AVP dans la survenue des TMF selon les séries.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur statut socio-professionnel	25
Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique	26
Figure 3: Distribution de la pathologie traumatique selon année	37
Figure 4 : Répartition des affections tumorales et kystique selon l'année	42

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

La Stomatologie désigne étymologiquement la spécialité médicale consacrée à l'étude de la bouche et de ses annexes, à l'état normal ou pathologique. Toutefois elle se préoccupe plus largement de toute la sphère maxillo-faciale.

Selon le dernier rapport mondial sur la santé bucco-dentaire (2003), les cancers buccaux venaient au huitième rang des cancers. Les principaux facteurs de risque évitables étaient représentés par l'alcool et surtout le tabac lorsque la consommation dépasse 20 paquets-années [37].

En France, leur incidence est l'une des plus élevées du monde avec environ 15.400 nouveaux cancers de la région lèvre-bouche-pharynx et 7500 décès en 2000. Il s'agit de la cinquième localisation en termes de localisation cancéreuse et de la huitième cause de décès. L'âge moyen des patients est de 60 ans [6].

Au Burkina Faso, selon l'étude réalisée par **PACODE H.** [40] au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO) sur une période d'un an (2003-2004), les traumatismes maxillo-faciaux représentaient la première cause de morbidité avec une fréquence de 43 %. La mortalité était liée aux cancers de la face, notamment le lymphome de Burkitt.

En 2008, les pathologies bucco-faciales ont représenté 13,6 % des consultations externes au CHU YO [29].

Ces affections posent un problème de prise en charge dans les pays en développement car il existe une insuffisance en personnel qualifié et en matériel de travail. De même, l'absence de l'assistance sociale et la paupérisation des populations rendent difficile cette prise en charge.

La pratique de la stomatologie et de la chirurgie maxillofaciale dans les structures privées de la ville de Ouagadougou, a débuté en 2002. Jusqu'en 2008, cette spécialité était pratiquée dans 3 cliniques sur les 19 que comptait la ville de Ouagadougou.

Dans la perspective d'avoir une base de données plus complète, nous nous proposons de faire un bilan d'activité de la pratique de la stomatologie dans ces établissements, après 7 ans d'exercice.

L'analyse des résultats observés nous permettra de dégager des suggestions dans la perspective d'apporter notre contribution à l'amélioration de la prise en charge de ces affections.

II. GENERALITES

II.1. Histoire de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale: [11]

L'évolution des connaissances et des traitements des affections bucco-dentaires et maxillo-faciales, est semblable à celle de la médecine qui est elle-même, aussi ancienne que l'humanité. Cette évolution pourrait être subdivisée en trois grandes périodes en rapport avec l'amélioration des techniques de soins.

II.1.1. Antiquité : Les débuts de l'art médical.

Les premiers écrits concernant les affections bucco-dentaires et maxillo-faciales remontent à l'Antiquité. Ainsi, en Egypte, déjà à 3500 avant Jésus-Christ, ces affections sont étudiées et traitées comme le rapporte **IMHOTEP** dans ces écrits découverts par Edwin Smith et Ebers.

De même, en Grèce, entre le IV^e et le III^e siècle avant J-C, **HIPPOCRATE** montre dans ses écrits plusieurs techniques de chirurgie faciale et de réduction des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire.

A Rome, durant le premier siècle avant J-C, **CELCE** fait dans ses écrits, un résumé des procédés chirurgicaux concernant les sutures des plaies faciales, les extractions de corps étrangers et les lambeaux cutanés par glissement ou avancement.

Dans le monde musulman, **Ibn Sīnā (Avicenne)** explique, dans son œuvre médicale la plus connue, le «Canon de la médecine» écrit en l'an 1000, comment traiter les gangrènes pulpaire par trépanation de la couronne.

II.1.2. Du moyen âge à la renaissance : Les pères fondateurs de la chirurgie maxillo-faciale.

C'est au XVI^e siècle que **TAGLIOCOZZI** en Italie et **PARE** en France, développent non seulement, la chirurgie faciale de façon globale, mais surtout la chirurgie réparatrice de la face, les sutures des lésions vasculaires, le traitement des luxations et des fractures mandibulaires, la réparation des pertes de substances osseuses par des obturateurs palatins, etc.

II.1.3. Développement de la Stomatologie comme une spécialité à la fin du XIX^e siècle et au XX^e siècle en France

Durant cette période, la stomatologie connaît un développement important au plan structurel :

- par la fondation de la première revue de stomatologie
- par la création du premier C.E.S de stomatologie
- enfin, par le perfectionnement du matériel de travail.

De même les cinq piliers constituant la Chirurgie maxillo-faciale se précisent et sont les témoins de la vaste étendue de son champ d'action :

- **la traumatologie** dont les rixes et les accidents de la circulation sont les principaux pourvoyeurs.
- **l'orthognathie**, portant sur l'une ou les deux mâchoires;
- **la cancérologie**, aidée par les procédés très sophistiqués de réparation qui permettent ainsi des exérèses-réparations audacieuses
- **la chirurgie plastique de la face** au sein de laquelle, la chirurgie esthétique, même si elle est la plus médiatique, n'est qu'une part de la chirurgie réparatrice
- **les infections** qui sont courantes depuis l'antiquité à nos jours.

II.2. L'épidémiologie

II.2.1. Définition

L'épidémiologie est l'étude de la distribution des maladies dans la population humaine ainsi que de leurs déterminants.

Initialement, destinée à l'étude des épidémies autrement dit, des maladies contagieuses, l'épidémiologie s'est au fil des années, considérablement développée. Elle a vu ses applications s'étendre à plusieurs domaines.

L'étude de la distribution de ces maladies peut s'apprécier par le moyen d'indicateurs que sont la morbidité, la mortalité et l'espérance de vie.

II.2.2 Les types d'études

Benjamin Simard affirmait en 1987 :

L'épidémiologie a été conçue pour répondre à la question « qui a quoi, quand, où et pourquoi ? »

Selon leur objectif, les études épidémiologiques se divisent en deux catégories : les études descriptives et les études analytiques.

- **Les études descriptives** (type de notre étude), se font par observation et permettent simplement de constater une situation donnée. Elles permettent de dire quelle est la population ou le sous-groupe atteint par une maladie, de donner leur répartition géographique et la variation de fréquence dans le temps. Elles répondent aux questions « quand ? Où ? Chez qui ? ».

Le but pratique est triple car elle permet:

- d'identifier la proportion des sujets atteints d'une maladie par la détermination de la prévalence et l'incidence et de disposer d'une surveillance épidémiologique

- d'émettre des hypothèses sur l'étiologie ou les facteurs de risque des maladies sans pour autant établir des liens de cause à effet
 - une aide à la décision dans le domaine de la planification et de la gestion des organisations ou des programmes de santé.
- **L'épidémiologie analytique** a pour but d'expliquer les phénomènes de santé, elle doit répondre à la question « pourquoi ? ». Elle recherche les causes d'une maladie en vérifiant les hypothèses formulées par les études descriptives. Le but final est de conclure si telle exposition est cause de maladie ou au contraire la prévient.

II.3. Les principales pathologies en stomatologie

La stomatologie est une spécialité médico-chirurgicale qui traite d'affection diverses. Elle prend en charge, avec l'Oto-rhino-laryngologie, l'Ophtalmologie et la Neurochirurgie entre autre, les affections de l'extrémité céphalique du corps humain.

II.3.1. Traumatologie [15, 36].

Le traumatisme facial se définit comme l'ensemble des lésions de nature traumatique touchant la partie antérieure de l'extrémité céphalique. Cette dernière est limitée en haut par un plan passant par la base du crâne (ligne passant par la suture naso-frontale, le rebord orbitaire supérieur, la suture fronto-malaire et l'arcade zygomatique), et en bas par une ligne horizontale passant par l'os hyoïde.

Le complexe facial est le siège de la vie relationnelle grâce aux principaux organes de sens. Elle a également une importance capitale au plan esthétique. Elle peut être le siège de lésions différentes :

- par leur survenue notamment avec les accidents du trafic, qui demeurent d'actualité malgré les différentes mesures prises.
Selon l'OMS, le nombre de décès imputables aux accidents de la circulation routière devrait augmenter de 80 % entre 2000 et 2020 surtout dans les pays en développement. Les rixes, les accidents de travail et de sport y participent dans une moindre proportion.
- par leur topographie soit en concernant toute la face ou en se limitant à un étage de celle-ci (étage supérieur, moyen et inférieur).
- par leur type anatomo-clinique : il peut s'agir soit de lésion des parties molles, de fracture récente ou ancienne négligée, soit de traumatisme dentaire.

Les lésions des parties molles vont des dermabrasions, qui sont des lésions superficielles, aux délabrements importants avec parfois une perte de substance cutanée, muqueuse ou musculaire. Des atteintes vasculaires et nerveuses sont possibles.

Les fractures sont des solutions de continuité osseuses pouvant être à trait simple, multiple voire comminutive; on peut également assister à des dislocations (disjonctions cranio-faciales, inter-maxillaires), voire à la disparition de segments osseux.

Les lésions dentaires peuvent être à type de contusion, de luxation et de fracture. On peut également avoir une fracture alvéolo-dentaire associant une atteinte des deux entités avec mobilité de plusieurs dents.

Le diagnostic est clinique basé sur l'examen local maxillo-facial, l'examen régional (examen ophtalmologique, O.R.L) et l'examen des autres appareils après avoir éliminé une urgence. Il est complété par les radiographies standards (radiographies de la face : incidence Blondeau ou de Waters, Hirtz, Schuller, Panoramique etc...).

Le bilan tomodensitométrique maxillo-facial, réalisé conjointement au bilan cranio-cérébral, rachidien ou du corps entier selon les cas, permet de gagner du temps dans l'élaboration du bilan lésionnel mais affine aussi ce dernier, grâce à ses images de meilleure qualité.

Le but du traitement est de rétablir, autant que possible, l'anatomie de la face, afin de sauvegarder la fonction tout en préservant l'esthétique. Les moyens comprennent les médicaments, la chirurgie et les traitements orthopédiques. L'indication dépend du type de lésion.

II.3.2. Pathologie tumorale et kystique

Il s'agit d'un groupe lésionnel d'étiologie disparate (inflammatoire, dystrophique, tumorale) se traduisant, le plus souvent, au plan clinique par une tuméfaction d'évolution habituellement lente.

La tumeur se définit comme étant la prolifération excessive de cellules anormales au sein d'un tissu (épithélial, conjonctif, hématopoïétique etc...) ressemblant plus ou moins à celui-ci et qui finissent par acquérir une autonomie biologique.

Un kyste est une cavité pathologique située dans un organe ou dans un tissu, contenant une substance liquide, molle ou plus rarement solide, et limitée par une paroi qui lui est propre.

Selon la classification de Payen et Brocheriou des tumeurs bénignes des maxillaires [13] nous pouvons citer :

- les kystes d'origine inflammatoire (Radiculo-dentaire, Gubernaculaire) et odontogène (Folliculaire, Epidermoïde, Périodontal)
- les tumeurs épithéliales avec peu d'effets inducteurs sur le tissu conjonctif (améloblastome et autre tumeur odontogène) et avec effet sur le tissu conjonctif (Fibrome améloblastique, Dentinome, Odontome)
- les tumeurs mésodermiques (myxome, chondrome, fibrome, ostéome)

La classification des tumeurs malignes tient compte du type histologique, mais surtout de l'extension (classification TNM) car elle détermine la prise en charge. Parmi celles-ci on peut citer le carcinome épidermoïde (cancer le plus fréquent de la sphère bucco-faciale) dérivant du tissu épithélial et le fibrosarcome qui lui dérive du tissu conjonctif.

L'examen clinique, complété par l'imagerie et l'examen anatomo-pathologique qui peut être extemporanée, permet de poser l'indication thérapeutique pouvant être soit la chimiothérapie, la chirurgie ou encore la radiothérapie. Ces traitements peuvent être combinés.

II.3.3. Pathologie malformative

Elle est représentée par les fentes faciales qui sont secondaires à un défaut d'accolement congénitale partielle ou totale des bourgeons faciaux survenant à la période embryonnaire (8 premières semaines de vie intra-utérine) [14, 41, 42].

D'autres malformations sont également possibles par persistance de kystes ou de fistules issus du revêtement ectodermique (kyste dermoïde du plancher buccal, kyste amygdaloïde sous-angulo-mandibulaire).

Les formes importantes sont actuellement détectables lors des échographies obstétricales permettant une prise en charge précoce et qui doit être pluridisciplinaire, anté- et postnatale.

II.3.4. Pathologie non traumatique de l'articulation temporo mandibulaire

L'articulation temporo-mandibulaire, comme toute articulation peut être affectée par toutes les affections rhumatologiques : arthrites septiques, rhumatismes inflammatoires, lésions dégénératives, arthropathies métaboliques.

La symptomatologie est variée caractérisée par les syndromes douloureux, les bruits articulaires, les troubles de la motilité mandibulaire, la sensation de ressaut et les signes otologiques [9].

Toutefois, ces signes peuvent être associés à des signes musculaires, dentaires et neurologiques, liés à une atteinte plus globale concernant l'appareil manducateur. Ce dernier regroupe trois groupes d'éléments à savoir :

- l'articulation temporo-mandibulaire
- l'appareil dentaire avec 32 ou 28 dents et le parodonte,

- l'appareil neuromusculaire de la sphère maxillofaciale (muscles masticateurs et nerfs). Cette pathologie complexe a été regroupée sous le vocable de Dysfonctions de l'Appareil Manducateur (DAM) [26].

Le diagnostic de ces affections est clinique complété par les examens biologiques (vitesse de sédimentation, C-réactive protéine, facteurs rhumatoïdes etc...) et l'imagerie médicale (radiographie standard, tomodensitométrie, scintigraphie, échographie...).

Le traitement fait appel aux antalgiques, aux anti-inflammatoires, aux myorelaxants, à la pose de prothèses amovibles de recouvrement occlusal (gouttières) mais aussi à la chirurgie (condylectomie, condyloplastie etc...).

II.3.5. Les principales pathologies dentaires et parodontales

Elles comprennent :

- ✓ *Les accidents d'évolution de la 3^e molaire ou " dent de sagesse "* fréquente , survenant en moyenne entre 18 et 25 ans, pouvant être responsable de complications graves locales, loco-regionales ou à distance [10]
- ✓ *Les anomalies de l'éruption dentaire [31,43].*

Elles concernent les dents normalement constituées . Il peut s'agir :

- d' anomalie chronologique, ici l'éruption est précoce ou retardée concernant la denture temporaire ou définitive.
- En denture temporaire, l'apparition d'une dent avant l'âge de 5 mois est considérée comme étant précoce tandis qu'elle est dite retardée après 10 mois.
- En denture définitive, l'apparition d'une dent avant 5 ans est considérée comme précoce tandis qu'elle est retardée lorsqu'elle débute entre 7 et 8 ans. Les étiologies sont multifactorielles , endocriniennes , carencielles, génétique...

- d'anomalie topographique ce sont les dystopies primaires et secondaires (malpositions) , les dents ectopiques (par exemple : présence d'une dent dans un sinus maxillaire).
- les accidents d'éruption ou « éruption difficile » se manifeste le plus souvent par un prurit gingivo-dentaire et une péricoronarite
- les dents surnuméraires
- les dents incluses .

Le diagnostic de ces pathologies est clinique complété par l'imagerie (radiographie panoramique).

Le traitement est médicamenteux (antibiotique, antalgique, anti-inflammatoire) et/ou chirurgical (extraction au fauteuil ou sous anesthésie générale).

✓ *La parodontopathie*

Il s'agit d'une affection de la gencive pouvant se caractérisée par une inflammation ou gingivite, par l'apparition de poches parodontales (parodontite), soit par la survenue d'une recession gingivale (parodontose).

Les radiographies permettent de compléter le diagnostic clinique en montrant une lyse de l'os alvéolaire avec disparition du septum inter-dentaire [18].

L'évolution se fait vers la mobilité dentaire avec perte prématurée et parfois massive des dents.

La prise en charge est médicale et chirurgicale. Cependant, la chirurgie parodontale est complexe. La prévention est la meilleure alternative.

II.3.6. Les pathologies infectieuses

II.3.6.1. La carie dentaire [44]

C'est une pathologie infectieuse évolutive, atteignant progressivement les différents tissus de la dent (émail, dentine pulpe). Elle est due à l'action combinée de trois facteurs : la plaque dentaire (substance qui se forme sur la dent, composée de débris alimentaires, de mucus salivaire et de bactéries), le terrain (constitution de la dent, hérédité) et l'alimentation. Elle survient aussi bien en denture temporaire qu'en denture permanente.

Les bactéries de la plaque dentaire assimilent les sucres rapides, prolifèrent et sécrètent un acide qui attaque la dent et entraîne la formation d'une cavité.

L'évolution se fait vers la pulpite puis vers la nécrose pulpaire qui peut elle-même évoluée, soit sous forme aiguë vers une desmodontite et vers l'abcès dentaire, soit sous forme chronique et de manière insidieuse, vers un granulome et un kyste apicale.

Le diagnostic est clinique et peut être complété par des radiographies retroalvéolaires. La prise en charge consiste au traitement ou à l'extraction de la dent après une antibiothérapie (pénicillines, macrolides...) associée à un traitement symptomatique (antalgique, anti-inflammatoire, solution antiseptique).

II.3.6.2. La cellulite péri-maxillaire [44]

C'est une infection circonscrite des loges cellulograisseuses par des germes cariogènes le plus souvent. Elle complique le plus souvent une nécrose pulpaire, l'infection se diffusant à travers l'os alvéolaire pour gagner les régions sous-périostées et au-delà les loges cellulograisseuses.

- Du point de vue clinique, la cellulite évolue classiquement en trois stades :
- le stade œdémateux associe douleurs, tuméfaction inflammatoire sous-muqueuse et sous-cutanée, trismus modéré.
 - le stade suppuré est très caractéristique et se caractérise par des douleurs continues avec trismus, des signes généraux et une tuméfaction de taille variable.
 - l'évolution se fait le plus souvent vers la fistulisation qui pourra précéder le passage à la chronicité.

Les topographies sont très nombreuses et dépendent de la localisation de l'apex dentaire par rapport aux corticales osseuses.

En l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers des complications locorégionales (ostéite, thrombophlébite cérébrale, abcès cérébral...) et générales telle qu'un choc septique constituant des urgences médico-chirurgicales.

Le traitement consistera à une ponction, un drainage chirurgical sous anesthésie locale ou générale, une extraction ou un traitement de la dent causale (cellulite d'origine dentaire), une mise en état de la cavité buccale. Une antibiothérapie probabiliste et à large spectre doit être instaurée. Elle pourrait être modifiée ultérieurement en fonction des résultats de l'antibiogramme, après examen du liquide de drainage ou des hémocultures.

II.3.6.3. Les stomatites infectieuses

Il s'agit d'affections de la muqueuse buccale d'origines virale, bactérienne et fongique. Elles se manifestent par des lésions diverses (érythèmes, ulcérations, muguet...). Le diagnostic est clinique et complété par l'examen des prélèvements buccaux. Le traitement est symptomatique et étiologique.

II.3.6.4. Les sialites infectieuses [47]

Ce sont des pathologies des glandes salivaires évoluant le plus souvent sous le mode aigu. Elles se caractérisent par une augmentation du volume de la glande (sialomégalie) et par une modification qualitative et/ou quantitative de la salive. Elles s'accompagnent souvent de signes généraux (fièvre, asthénie...). Le traitement est symptomatique et étiologique.

I.1 Objectif général

Etudier les pathologies stomatologiques et maxillofaciales prises en charge en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

I.2. Objectifs spécifiques

I.2.1. Déterminer le profil sociodémographique des patients reçus pour une pathologie stomatologique et maxillofaciale en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

I.2.2. Préciser les motifs de consultations des patients reçus pour une pathologie stomatologique et maxillofaciale en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

I.2.3. Décrire les principales affections rencontrées chez les patients reçus pour une pathologie stomatologique et maxillofaciale en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

I.2.4. Décrire les modalités thérapeutiques des pathologies stomatologique et maxillofaciale rencontrées en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

I.2.5. Préciser l'évolution sous traitement des pathologies stomatologique et maxillofaciale rencontrées en pratique médicale privée dans la ville de Ouagadougou.

II.1. Cadre de l'étude

II.1.1. Le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays de l'Afrique occidentale situé au sud du Sahara. Il s'étend sur une superficie de 274 000 Km², avec une population de 14.017.262 d'habitants au dernier recensement de 2006 [28] (celle-ci pourrait être estimée à 16.190.000 habitants en 2011, si le taux de croissance annuelle de 3,1 % entre 1996 et 2006 est maintenu).

La grande majorité de cette population, soit 77,3 % réside en milieu rural contre 22,7 % en milieu urbain.

Les personnes de moins de 20 ans représentaient 57,0 % de la population. L'âge moyen était de 21,8 ans et l'âge médian de 15,5 ans.

Ces chiffres attestent de la jeunesse de la population et signent une forte fécondité avec cependant une mortalité élevée. Cette mortalité affecte plus les hommes que les femmes. La majorité de la population active occupée est celle dont l'âge est compris entre 15 et 29 ans.

Les enquêtes réalisées par le Ministère de la santé, le Ministère de finances appuyées par les partenaires au développement, permettent d'apprécier le niveau sanitaire. Bien que certains acquis aient été engrangés grâce aux différents projets et programmes, la situation reste néanmoins globalement préoccupante [29,34] :

- le PIB par habitant était de 207.934 FCFA l'un des plus faibles au monde.
- l'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans
- le taux de morbidité global était de 5,8 %
- taux brut de mortalité (pour 1000) 11,8.
- Indice de développement humain 0,305

Le Burkina Faso avait comme structures publiques de santé en 2010: 03 CHU, 09 CHR, 43 CMA, 30 CM, 1429 CSPS, 124 dispensaires, 30 maternités.

II.1.2. La ville de Ouagadougou

Ouagadougou est la capitale politique et administrative du Burkina Faso. En 2010 sa population était estimée à 2.043.945 habitants. Elle comptait comme structures publiques de santé : 02 CHU (le CHU YO et le CHUP CDG qui sont des centres de références), 05 CMA, 09 CM, 83 CSPS, 09 dispensaires, 01 maternité et 09 infirmeries de garnison [29].

En 2010, Ouagadougou comptait 215 structures privées de soins dont 26 cliniques et 10 polycliniques.

Informations relatives aux cliniques retenues pour l'étude :

✓ Clinique Fatima :

Le personnel est composé de :

- Un (1) chirurgien maxillo-facial permanent
- Un (1) chirurgien-dentiste permanent
- des médecins vacataires
- quatre (4) infirmiers
- un (1) médecin anesthésiste vacataire
- un (1) attaché en anesthésie vacataire
- une (1) secrétaire
- un (1) garçon et une (1) fille de salle

Le bâtiment comporte :

- un (1) fauteuil dentaire
- cinq (5) chambres d'hospitalisation de différentes catégories avec 10 lits
- un (1) bloc opératoire
- une (1) salle de stérilisation
- un (1) dépôt pharmaceutique

✓ **Clinique Saint Marc :**

Le personnel est composé de :

- Un (1) médecin permanent
- un (1) secrétaire
- des médecins vacataires
- un (1) garçon et une (1) fille de salle

Le bâtiment comporte :

- une (1) salle d'attente
- six (6) chambres d'hospitalisation de différentes catégories avec 13 lits en tout
- deux (2) blocs opératoires
- un (1) dépôt pharmaceutique
- une (1) salle d'imagerie

✓ **Clinique Notre dame de la paix :**

Le personnel est composé de :

- Quatre (4) médecins permanents
- un (1) pharmacien permanent
- huit (8) secrétaires
- des médecins vacataires
- deux (2) attachés de santé en anesthésie
- quatorze (14) infirmiers
- quatre (4) agents comptables
- un (1) agent de recouvrement

Le bâtiment comporte :

- treize (13) salles d'attente
- quarante-cinq (45) chambres d'hospitalisation de différentes catégories avec cinquante lits en tout
- quatre (4) blocs opératoires
- un (1) dépôt pharmaceutique
- trois (3) salles d'imagerie
- une (1) salle de stérilisation

II.2. Matériels et méthodes d'étude

II.2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée du 1er Janvier 2002 au 31 Décembre 2008 soit une période de sept ans.

II.2.2. Population d'étude

L'étude a concerné tous les patients admis dans ces trois (03) cliniques pour une pathologie stomatologique ou maxillo-faciale durant cette période.

II.2.3. Collecte des données

Les données ont été recueillies sur une fiche de collecte établie pour chaque patient, à partir des dossiers cliniques des malades et des registres de compte rendu opératoire. Cette fiche précisait :

- l'année et le mois de consultation, l'âge, le sexe, le statut socio-professionnel, la provenance
- le motif de consultation, le délai de consultation, les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, les signes de l'examen stomatologique, le type et le siège anatomique des lésions, les affections associées, la durée d'hospitalisation
- les examens paracliniques réalisés
- le diagnostic positif et étiologique,

- Les modalités thérapeutiques à savoir le traitement médical, le traitement chirurgical et les traitements adjuvants
- l'évolution post-thérapeutique et les séquelles.

Au total, trois cent quatre-vingt-cinq (385) dossiers ont été retenus et analysés sur les 392 dossiers enregistrés.

II.2.4. Niveau socio-économique

Nous avons divisé notre échantillon en trois niveaux socio-économiques :

- *Le niveau socio-économique faible* qui regroupe : le secteur informel, les cultivateurs, les éleveurs, les élèves, les étudiants, les ménagères, les sans emploi ;
- *Le niveau socio-économique moyen ou élevé* : les salariés, les professions libérales ;
- *Le niveau socio-économique indéterminé*: les patients dont la profession n'a pas été spécifiée.

II.2.5. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans notre étude sont ceux qui ont consulté et bénéficié d'une prise en charge dans l'une ou l'autre des trois cliniques pour un motif en rapport avec la stomatologie ou la chirurgie maxillofaciale. Ceux dont les dossiers cliniques ou les fiches de consultation étaient exploitables, ont été retenus.

II.2.6. Analyse et saisie des données

Les données ont été analysées et saisies à l'aide du logiciel Epi-Info dans version anglaise 3.5.1 édité par le CDC d'Atlanta et le logiciel Excel 2010.

III.1. Données socio-démographiques

III.1.1. Données globales

De janvier 2002 à Décembre 2008, les cliniques Fatima, Saint Marc et Notre Dame ont assuré la prise en charge de 392 patients présentant une pathologie stomatologique. Sur les 385 patients retenus pour l'étude, 186 patients ont été suivis en ambulatoire et 199 patients ont été hospitalisés.

La clinique Fatima a reçu le plus grand nombre de patients avec 299 cas. Elle est suivie de la clinique Saint-Marc avec 59 cas. La clinique Notre-Dame de la Paix a reçu le moins de patients avec 27 cas.

III.1.2. Fréquence des consultations selon le mois et l'année

Tableau I: Répartition des patients selon le mois et l'année.

Année Mois	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Effectif total	Pourcentage (%)
	Janvier	2	4	3	3	13	12	3	40
Fevrier	0	3	5	10	9	3	3	33	8,60
Mars	3	2	1	2	6	8	5	27	7
Avril	2	2	3	2	4	7	5	25	6,50
Mai	3	5	4	9	7	6	3	37	9,60
Juin	6	5	1	0	6	5	7	30	7,80
Juillet	4	4	11	7	3	5	8	42	10,90
Aout	0	3	6	3	4	11	4	31	8,10
Septembre	7	2	3	4	2	3	1	22	5,70
Octobre	2	5	1	6	2	6	4	26	6,80
Novembre	2	1	6	4	9	7	3	32	8,30
Décembre	1	3	4	4	12	10	6	40	10,40
Effectif total	32	39	48	54	77	83	52	385	
Pourcentage	8,30	10,10	12,50	14	20	21,60	13,50		100

On note sur le tableau I une augmentation des consultations jusqu'en 2007 qui a enregistré le plus grand nombre de patients avec 83 cas. Toutefois l'année 2008 a présenté un effectif moindre avec 52 cas.

III.1.3. Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du sexe.

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Proportion
Tranche d'âge				
0-9 ans	6	7	13	3,40
10-19 ans	26	15	41	10,60
20-29 ans	95	36	131	34
30-39 ans	97	22	119	30,90
40-49 ans	30	12	42	10,90
50-59 ans	13	5	18	4,70
60-69 ans	6	4	10	2,60
70 et plus	7	4	11	2,90
Total	280	105	385	100

Sur les 385 patients, 280 était de sexe masculin et 105 de sexe féminin soit un sexe ratio de 2,7. La moyenne d'âge était de 31,06 ans. Le plus jeune patient avait 03 mois et le plus âgé 97 ans. Les patients ayant un âge compris entre 20 et 39 ans étaient les plus représentés dans notre série soit 34% de l'ensemble des cas.

III.1.4. Données démographiques régionales

Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

Région	Effectif (n=385)	Pourcentage
Centre	277	71,91
Centre Sud	11	2,85
Plateau central	7	1,81
Centre nord	7	1,81
Centre est	7	1,81
Nord	4	1,03
Est	4	1,03
Sahel	3	0,78
Centre ouest	3	0,78
Hauts-Bassins	2	0,52
Cascades	1	0,26
Boucle du Mouhoun	1	0,26
Non précisée	58	15,06

La région du centre était le lieu de résidence de la majorité des patients avec une fréquence de 71,91%. Les autres régions étaient faiblement représentées avec 2,85% pour la région du Centre Sud et 1,81% chacune pour les régions du Plateau Central, le Centre Nord et le Centre Est.

III.1.4. Le statut socio-professionnel

Pour l'ensemble des patients reçus, le statut socio-professionnel a été précisé chez 243 patients soit 63%

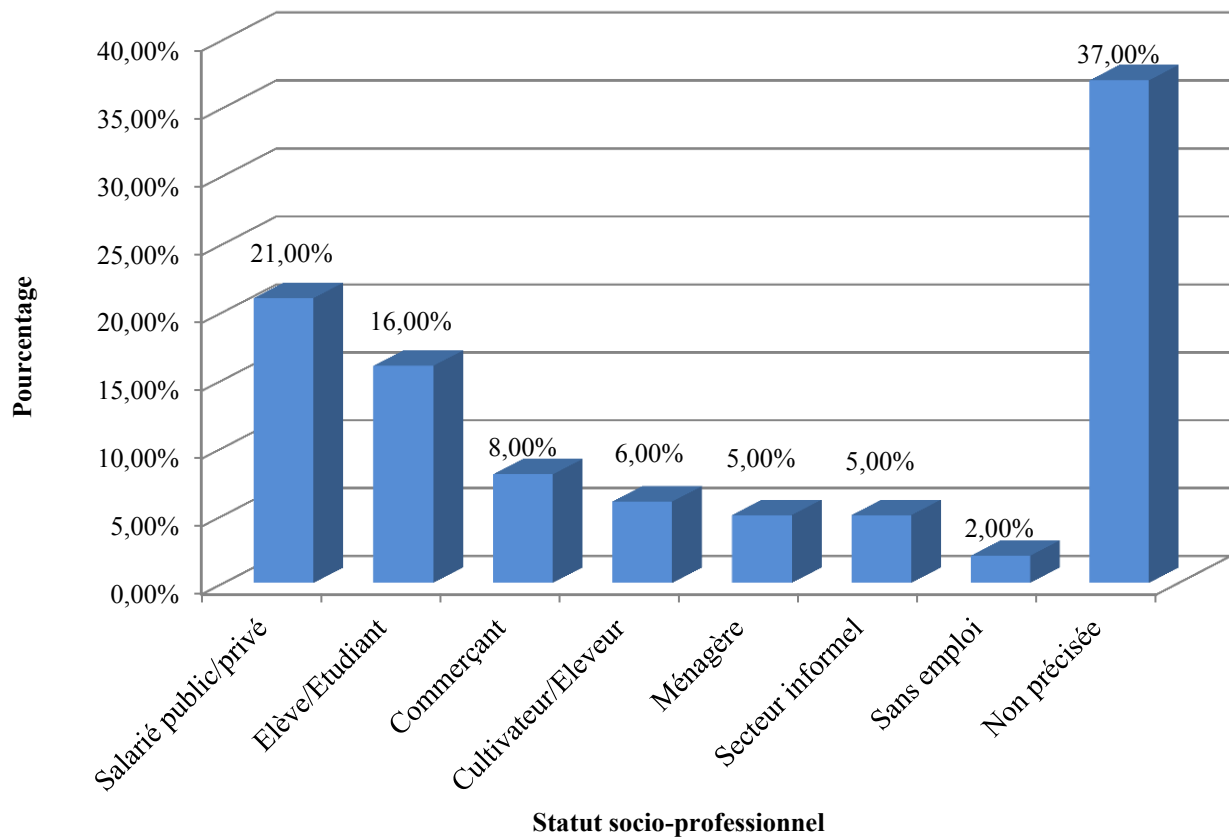


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur statut socio-professionnel.

Les plus représentés étaient les salariés du public et du privée avec 82 patients soit 21 % des cas, suivis des élèves et étudiants au nombre de 60 soit 16 % des cas.

III.1.5. Le niveau socio-économique des patients

Le niveau socio-économique a été précisé chez 63% des patients.

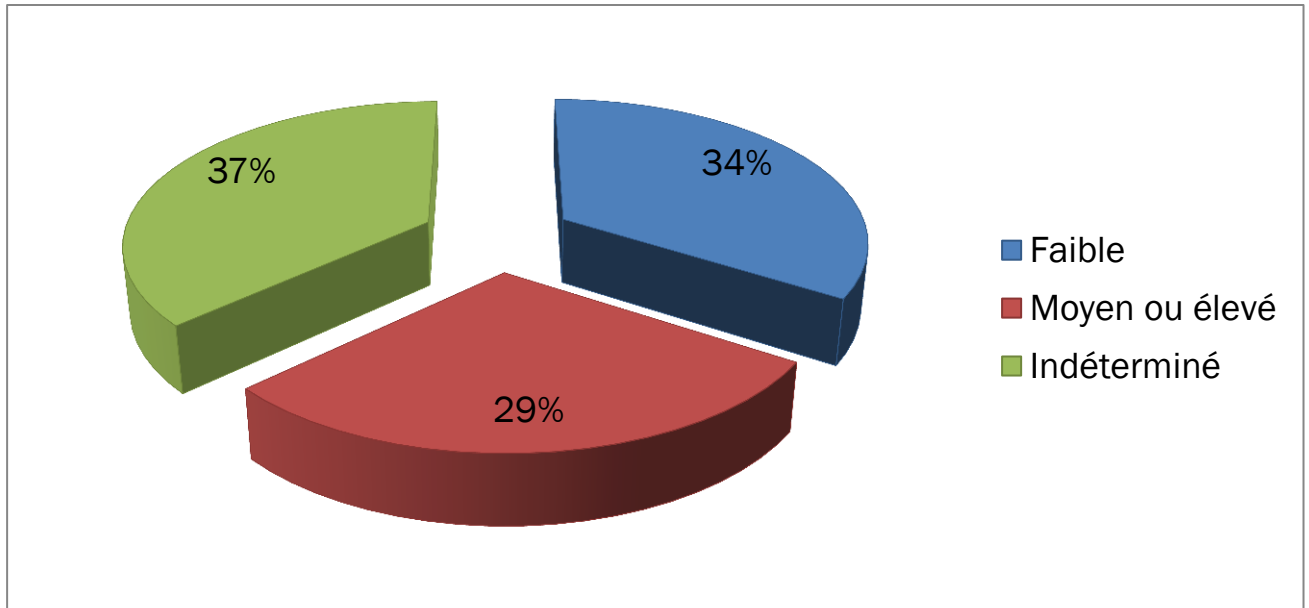


Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

Les patients ayant un faible niveau socio-économique représentaient 34 % de l'effectif total contre 29 % des patients ayant un niveau moyen ou élevé.

III.2. Données cliniques

III.2.1. Motifs de consultation

Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Nombre de cas (n=385)
Traumatisme maxillo-facial	238
Tuméfaction faciale	78
Douleur de l'ATM	18
Algies diverses	15
Odontalgie	12
Malformation faciale	5
Autre *	19

* Lésion cicatricielle : 7 ; Lésion inesthétique : 5 ; Halitose : 3 ; Trismus : 3 ; Hypersialorrhée : 1)

Les traumatismes maxillo-faciaux ont constitué le principal motif de consultation avec 238 cas. Ils étaient suivis des tuméfactions faciales avec 78 cas.

III.2.2. Le délai de consultation

La médiane du délai de consultation était de 11 jours avec des extrêmes d'un jour et de 10950 jours (soit 30 ans) pour l'ensemble des patients.

Pour les TMF, la médiane était de 5 jours avec des extrêmes de un jour et de 5 ans. Cette médiane était de 4 ans avec des extrêmes de 3 mois et 30 ans pour les tumeurs de la face.

III.2.3. Antécédents personnels médicaux

Sur l'ensemble des patients , 26 présentaient un antécédent médical soit 6,7 % des patients.

Tableau V : Antécédents personnels médicaux des patients.

Antécédents médicaux	Fréquence (n= 26)
Hypertension artérielle	7
Asthme	4
Diabète	2
Drépanocytose	2
Epilepsie	2
Allergie aux sulfamides	1
Atopie	1
Céphalées / Vertiges	1
Hépatite virale B	1
Oesophagite peptique	1
Rhinite	1
Stomatite candidosique	1
Ulcère gastrique	1
Parotidite aigue	1

Il s'agissait surtout de l'hypertension artérielle (HTA) avec 7 cas et de l'asthme avec 4 cas. Les autres affections étaient plus faiblement représentées.

III.2.4. Antécédents personnels chirurgicaux

Un total de 49 patients soit 12,7 % de l'ensemble des cas avait un antécédent chirurgical.

Tableau VI : Antécédents personnels chirurgicaux des patients.

Antécédents chirurgicaux	Fréquence (n=41)
Traumatisme ancien	18
Chirurgie maxillo-faciale	10
Extraction dentaire	9
Appendicectomie	2
Ostéïte de la hanche et de l'épaule	1
Tataouage du visage	1

Dans 18 cas il s'agissait de traumatisme, tout siège confondu, dans 15 cas il s'agissait de chirurgie maxillo-faciale et dans 9 cas d'extraction dentaire.

III.2.5. Examen stomatologique

L'examen stomatologique local et loco-régional a permis de noter plusieurs signes comme l'indique le tableau suivant.

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes de l'examen stomatologique

Examen stomatologique	Fréquence (n=437)
Signes directs et indirects de traumatisme	
Cedème facial localisé ou généralisé	108
Trouble de l'articulé dentaire	105
Hémorragie sous-conjonctivale	71
Limitation de l'ouverture buccale	30
Ecchymose périorbitaire	28
Mobilité osseuse anormale avec sensation de craquement	17
Coup de hache externe	16
Plaies des parties molles	15
Recul du massif facial	7
Enophtalmie	5
Epistaxis	5
Mobilité dentaire	4
Avulsion dentaire	4
Fracture coronaire	1
Rhinorrhée (LCR)	1
Tuméfactions	
Tuméfaction ferme (indolore : 37; douloureuse : 4)	41
Tuméfaction molle	14
Tuméfaction bourgeonnante	11
Tuméfaction dure	9
Tuméfaction fistulisée	3
Autres signes	
Cicatrice vicieuse	5
Fente faciale	5
Lésion inflammatoire de la muqueuse buccale	5
Douleur gingivale	4
Subluxation et ressaut	3
Malposition dentaire	3
Diplopie	3
Déchaussement dentaire	2

L'œdème facial et le trouble de l'articulé dentaire étaient les signes d'examen les plus rencontrés.

III.2.6. Lésions associées

Les lésions associées concernaient les patients ayant consulté pour TMF.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les affections associées

Pathologie associée	Fréquence (n=15)
Fracture de jambe	3
Fracture du fémur	3
Fracture des os du crane (brèche ostéoméningée : 1)	3
Fracture avant-bras	2
Fracture vertèbres cervicales	1
Luxation clavicule	1
Luxation épaule	1
Amputation d'un membre inférieur	1

Parmi les patients , 15 présentaient en plus d'un traumatisme maxillo-facial un autre traumatisme. Il s'agissait surtout de fracture de jambe, du fémur et des os du crâne. Un patient présentait une brèche ostéoméningée avec écoulement de LCR.

III .3. Données paracliniques

III.3.1. Les examens biologiques

Les examens ont été demandés chez 198 patients. Les examens biologiques réalisés entrainent dans le cadre du bilan pré-opératoire (BPO). Il s'agissait de la numération formule sanguine, du groupe sanguin rhésus, de la créatininémie, de l'urée, de la glycémie, du temps de coagulation et du temps de saignement.

III.3.2. L'imagerie médicale

Les radiographies ont été réalisées en vue d'étayer le diagnostic, guidées par l'examen clinique. La radiographie de la face selon l'incidence de Blondeau a été la plus réalisée (150 fois) suivie de l'orthopantomogramme ou Panoramique des maxillaires (112 fois) et de l'incidence Face basse (33 fois). Certaines lésions complexes ont nécessité plusieurs incidences.

III.3.3. Histologie des tumeurs

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomo-pathologique

Siège anatomique de la pièce examinée	Type histologique	Fréquence (n=24)
Mandibulaire	Ameloblastome (6); ostéome (1).	7
Langue	Carcinome épidermoïde	3
Lèvre	Kyste salivaire	3
Plancher buccale	Kyste salivaire	3
Maxillaire	Kyste folliculaire (3) Lymphome de Burkitt (1)	4
Parotide	Adénome pléomorphe	2
Palais osseux	Ostéome	1
Vestibule	Carcinome épidermoïde	1

L'examen anatomo-pathologique de 24 pièces opératoires a été effectué soit 32,4% des cas de tumeur. Les résultats histologiques sont présentés dans le tableau IX. L'ameloblastome et les kystes salivaires étaient les types histologiques les plus fréquents avec 6 cas chacun suivis du carcinome épidermoïde avec 4 cas.

III.4. Données diagnostiques

III.4.1. Mode de suivi des patients

Les patients ont été repartis en deux groupes, le premier constitué par les patients hospitalisés, le second constitué par les patients suivis en ambulatoire.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du mode de suivi

Type d'affection	Hospitalisés	Non Hospitalisés	Total	Pourcentage
Lésion traumatique	145	93	238	61,82
Tumeur et kyste	39	35	74	19,22
Pathologie de l'ATM	3	12	20	3,90
Pathologie dentaire	7	8	15	3,90
Infection	1	12	13	3,38
Malformation faciale	2	3	5	2,29
Autre	1	24	25	6,49
Total	199	186	385	
Pourcentage	51,70	49,30		100

Dans ces deux groupes les traumatismes maxillo-faciaux ont prédominés avec 238 patients soit 61,82% des patients . Ils sont suivis par les affections tumorales et kystiques avec 74 patients soit 19,22 % des cas.

III.4.2. Distribution des affections selon la tranche d'âge chez l'ensemble des patients .

Tableau XI : Répartition selon l'âge et selon l'affection chez l'ensemble des patients

Tranche d'âge (année)	Lésion traumatique	Tumeur/ Kyste	Malformation / Pathologies de l'ATM	Pathologies dentaires	Infection	Total
0-9	2	5	3	0	1	11
10-19	27	5	5	2	2	41
20-29	91	18	3	7	2	121
30-39	77	19	3	3	6	108
40-49	24	9	5	1	2	41
50-59	8	8	0	1	0	17
60-69	7	2	1	0	0	10
70 et plus	2	8	0	1	0	11
Total	238	74	20	15	13	360*
Pourcentage	61,82	19,22	5,19	3,90	3,38	

* Un total de 25 patients ont consulté pour d'autres affections non classées dans ces groupes.

Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 20 à 29 ans et 30 à 39 ans. Les cas de traumatisme et de tumeur sont observés à tous les âges.

III.4.3 . Distribution des affections selon le sexe

Tableau XII : Répartition selon le sexe et selon l'affection chez l'ensemble des patients.

Sexe	Lésion traumatique	Tumeur/ Kyste	Malformation /Pathologies des ATM	Pathologies dentaires	Infection	Total
Masculin	205	35	11	6	8	265
Féminin	33	39	9	9	5	95
Total	238	74	20	15	13	360

Dans notre série les TMF étaient l'apanage des patients de sexe masculin avec 205 cas soit un sexe ratio de 6,21.

III.4.4. Les traumatismes maxillo-faciaux

III.4.4.1. Fréquence des affections traumatiques selon l'année

Les traumatismes maxillo-faciaux ont concerné 238 patients soit 61,82% de l'ensemble des patients.

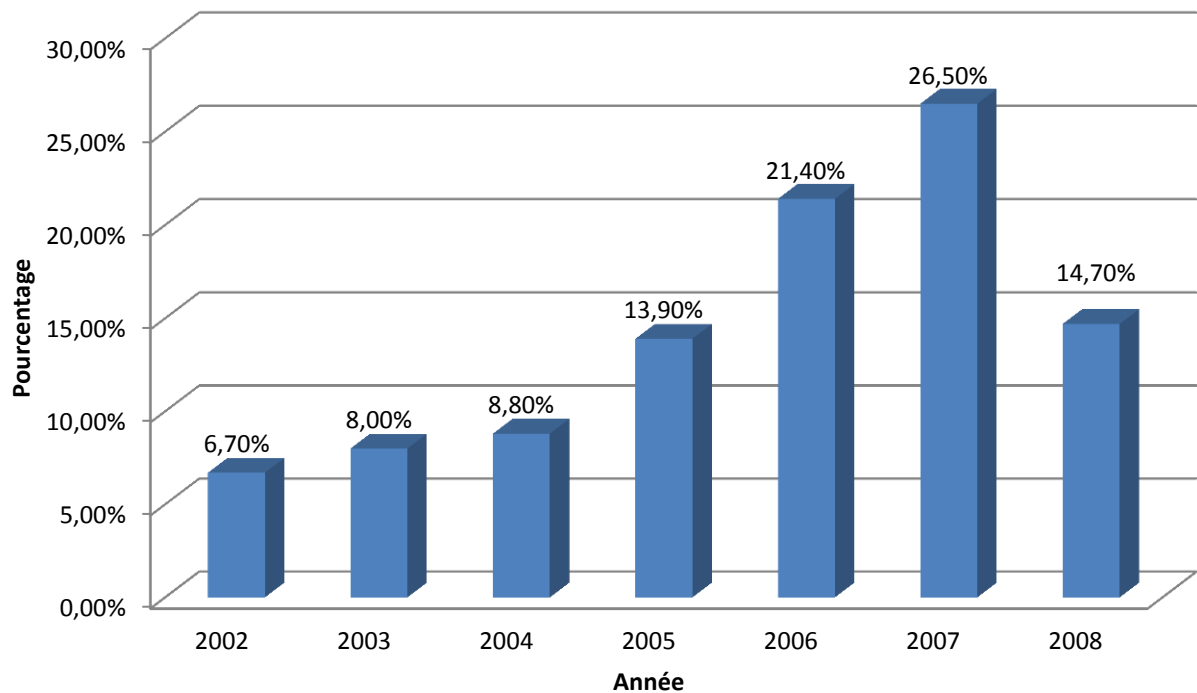


Figure 3: Distribution de la pathologie traumatique selon année

L'historgramme montre une augmentation des effectifs durant la période d'étude. L'année 2007 a enregistré le plus grand nombre de cas, soit 63 patients représentant 26,50 % des patients reçus pour traumatisme.

III.4.4.2. Fréquence des pathologies traumatiques selon l'âge et le sexe des patients.

Tableau XIII : Répartition de la pathologie traumatique selon l'âge et le sexe .

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage
Tranche d'age				
0-9 ans	1	1	2	0,85
10-19 ans	18	9	27	11,3
20-29 ans	78	13	91	38,3
30-39 ans	72	5	77	32,4
40-49 ans	22	2	24	10
50-59 ans	6	2	8	3,4
60-69 ans	6	1	7	2,9
70 et plus	2	0	2	0,85
Total	205	33	238	
Pourcentage	86	14		100

Les patients dont l'âge était compris entre 20 et 29 ans ont représenté la majeure partie des patients reçus pour traumatisme soit 38,3% des cas. Une prédominance masculine a été constatée dans toutes les tranches d'âge sauf dans celle de 0 à 9 ans où on retrouvait un cas dans chaque catégorie.

III.4.4.3. Les types de lésions traumatiques

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type de lésion observée et du mode de suivi .

Type de lésion	Non hospitalisé	Hospitalisé	Total	Pourcentage
Fracture maxillo-faciale	78	126	204	85,7
Fracture/Luxation alvéolo-dentaire	5	1	6	2,5
Plaie parties molles	3	2	5	2,1
Fracture maxillo-faciale + Plaie parties molles	4	9	13	5,5
Fracture maxillo-faciale + Fracture/Luxation alvéolo-dentaire	3	7	10	4,2
Total	93	145	238	
Pourcentage	39,1	60,9		100

Les fractures maxillo-faciales seules représentaient la majeure partie des TMF avec 204 cas soit 85,7% des traumatismes. Les traumatismes ont été responsables de 381 jours d'hospitalisation.

III.4.4.4. Le siège des fractures

Tableau XV: Répartition des fractures selon le siège anatomique.

Siège anatomique des fractures	Fréquence (n=244)	Pourcentage
Os zygomatique - maxillaire	102	41,8
Mandibule	77	31,5
Arcade zygomatique	20	8,2
Os propres du nez	10	4,1
Disjonction cranio-faciale	24	9,8
Disjonction inter-maxillaire	8	3,3
Fracas	3	1,3

Un total de 244 lésions ont été observées chez l'ensemble des patients en dehors des fractures/luxation alvéolo-dentaires. Les fractures de l'os zygomatique associées ou non aux fractures du maxillaire étaient les plus représentées avec 41,8% des traits de fracture.

III.4.4.5. L'étiologie des traumatismes

L'étiologie des traumatismes a pu être précisée chez 226 patients.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de l'étiologie du traumatisme et du sexe.

Cause	Nombre de femmes (%)	Nombre d'hommes (%)	Total (%)
AVP	25 (75,8)	167 (81,5)	192 (80,7)
Rixe	4 (12,1)	11 (5,3)	15 (6,3)
Sport	1 (3)	8 (4)	9 (3,7)
Chute d'arbre	0 (0)	4 (2)	4 (1,7)
Accident de travail	0 (0)	3 (1,4)	3 (1,3)
Accident domestique	0 (0)	3 (1,4)	3 (1,3)
Cause inconnue	3 (9,1)	9 (4,4)	12 (5)
Total	33 (100)	205 (100)	238 (100)

Les AVP représentaient l'étiologie de loin la plus fréquente, autant chez les femmes que chez les hommes, avec un total de 192 cas soit 80,7% des causes de traumatismes. Les agressions venaient en seconde position avec 15 cas soit 6,3%. Les cas d'AVP se superposent à la distribution des traumatismes maxillofaciaux.

III.4.5. Tumeurs et kystes

III.4.5.1. La fréquence des affections tumorales et kystiques selon l'année

Ces affections ont concernées 74 patients soit 19,22 % des cas.

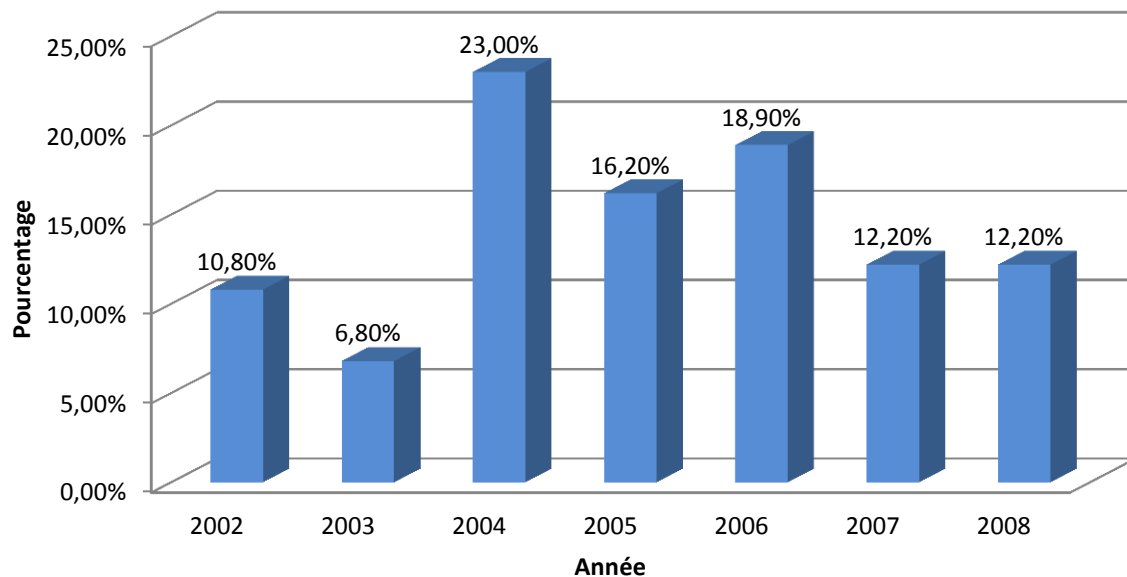


Figure 4 : Répartition des affections tumorales et kystique selon l'année.

La fréquence des affections tumorales était plus élevée en 2004 et en 2006.

III.4.5.2. La fréquence de la pathologie tumorale selon l'âge et le sexe

La pathologie tumorale a concerné les patients de tout âge.

Tableau XVII : Répartition de la pathologie tumorale selon l'âge et le sexe.

	Homme	Femme	Total
Tranche d'âge			
0-9 ans	3	2	5
10-19 ans	3	2	5
20-29 ans	7	11	18
30-39 ans	7	12	19
40-49 ans	5	4	9
50-59 ans	5	3	8
60-69 ans	0	2	2
70 et plus	5	3	8
Total	35	39	74

Ces affections étaient plus fréquentes chez les patients dont l'âge était compris entre 20 et 39 ans.

III.4.5.3. Le siège des affections tumorales et kystiques chez l'ensemble des patients

Tableau XVIII : Réparttion des tumeurs et kystes selon le siègeet le mode de suivi.

Siège anatomique	Hospitalisés	Non hospitalisé	Total	Proportion
Mandibulaire	15	8	23	29,10
Maxillaire	5	6	11	13,90
Gencive	4	4	8	10,10
Joue	3	3	6	7,60
Langue	1	4	5	6,40
Parotide	3	2	5	6,30
Lèvre	0	5	3	6,30
Palais	2	1	3	3,80
Front	3	0	3	3,80
Plancher buccale	1	1	2	2,50
Vestibule	2	1	2	2,50
Indéterminé	0	3	3	7,70
Total	39	35	74	100

La mandibule était le siège de prédilection des tumeurs avec 23 cas soit 29,10% suivie des tumeurs du maxillaire avec 11 cas soit 13,90 % et des gencives avec 8 cas soit 10,10 %.

III.4.6. Les Infections

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'infection

Type d'infection	Effectif (n=13)	Pourcentage
Cellulite aigue de la face	4	30,77
Abcès dentaires	3	23,07
Ostéite (maxillaire : 1, Mandibulaire :1)	2	15,38
Stomatite	2	15,38
Parotidite suppurée	1	7,70
Sinusite maxillaire	1	7,70

Au total, 13 cas d'infection ont été enregistrés. Les cellulites faciales étaient les plus représentées avec 4 cas, suivie des abcès dentaires avec 3 cas.

III.4.7. Les malformations et les pathologies de l'ATM

La dysfonction de l'appareil manducateur était la pathologie de l'ATM la plus fréquente (8 cas). Les cas de constriction permanente des mâchoires et de dysharmonie dento-maxillaire venaient en deuxième position avec 3 cas chacun. Nous avons noté un cas de luxation récidivante de l'ATM.

La pathologie malformative était représentée par les fentes faciales (5 cas). Il s'agissait de 3 cas de fente labio-alvéolo-palatine unilatérale et de 2 cas de fente palatine (Fente palatine unilatérale : 1 cas, fente palatine bilatérale :1 cas).

III.4.8. Les pathologies dentaires

Ces affections ont été diagnostiquées chez 15 patients soit 3,8% des cas. Les d'inclusions dentaires étaient les plus importants dans ce groupe (11 cas). Ils s'agissait de dents de sagesse incluses. Les malpositions dentaires suivaient avec 3 cas. Un cas de dent surnuméraire a été noté.

III.4.9. Les autres pathologies

Tableau XX: Autres affections.

Diagnostic retenu	Effectif (n= 25)
Cicatrice post traumatique de la face	
Chéloïde	7
Lésion inesthétique post-traumatique	5
Aphte buccale	5
Parodontopathie tartrique	4
Hernie hiatale	2
Chéilite allergique	1
Glossodynie	1

Ces affections étaient dominées par les lésions cicatricielles post-traumatiques de la face (12 cas), les aphtes buccaux (5 cas).

III.5. Données thérapeutiques

Un traitement a été réalisé chez l'ensemble des patients. Il a été chirurgical chez 254 patients soit 66,3% des cas, orthopédique chez 61 patients soit 15,9% des cas. Un traitement chirurgical associé à un traitement orthopédique a été réalisé chez 34 patients soit 8,8% des cas.

Un traitement uniquement médicamenteux a été administré à 23 patients soit 6 % des cas.

Des soins bucco-dentaires ont été réalisés chez 9 patients soit 2,3% des cas.

Tous les patients opérés ont bénéficié de soins post-opératoires comportant des soins locaux et un traitement médicamenteux.

III.5.1. Traitement médical

Le traitement médical a été administré par voie générale (parentérale, orale), parfois associé à des soins locaux.

Il a fait appel à plusieurs groupes de médicaments comme le montre, le tableau suivant.

Tableau XXI : Répartition des groupes thérapeutiques

Groupes thérapeutiques	Fréquence (n= 886)
Antibiotiques	
Pénicillines	267
Macrolides	6
Céphalosporines	6
Cyclines	2
Lincosamides	2
Métronidazole	8
Anti-inflammatoires	
Non stéroïdiens	180
Stéroïdiens	38
Enzymatique	15
Antalgique	
Paracétamol	198
Néfopam	42
Autre	
Solution pour bain de bouche	72
Collyre	40
Myorelaxant	2
Pâte dentifrice	4
Antimycosique	2
Anticancéreux*	2

* il s'agit du cas de Lymphome de Burkitt qui a bénéficié d'une chimiothérapie par Méthotrexate et Endoxan.

Les antibiotiques et les anti-inflammatoires ont été les médicaments les plus prescrits.

III.5.2 Traitement chirurgical et orthopédique

III.5.2.1. Les traumatismes

III.5.2.1.1. Traitements sous anesthésie générale

Au total, 173 patients soit 72,7% des patients ont été traités sous anesthésie générale.

Dans ce groupe, 84 patients soit 35,3% des cas des patients traumatisés ont bénéficié d'une ostéosynthèse, soit au fil d'acier (82 cas) soit par plaque vissée en titane (2 cas).

Une ostéosynthèse au fil d'acier couplée au traitement orthopédique a été réalisée chez 52 patients soit 21,8% des cas. Il s'agissait notamment d'un BBM sur arc de Duclos chez 38 patients, sur ligature d'Ivy chez 13 patients et sur ligature de Leblanc chez 1 patient.

Un traitement orthopédique seul a été réalisé chez 28 patients soit 11,8% des cas. Une réduction au crochet de Ginestet a été réalisée chez 16 patients, un blocage bimaxillaire sur arc vestibulaire de Duclos chez 10 patients et sur ligature de Leblanc chez 2 patients.

Une suture a été réalisée chez 5 patients soit 2,1% des cas. Quatre patients soit ont bénéficié d'une greffe osseuse.

III.5.2.1.2. Traitement sous anesthésie locale

Le traitement sous anesthésie locale a été réalisé chez 62 patients 26,1% des cas. Il s'agissait de traitement orthopédique chez 57 patients soit 23,9% des cas parmi lesquels un BBM par arc vestibulaire a été réalisé chez 50 patients, par ligature d'Ivy 3 patients, par ligature de Leblanc 2 patients et une réduction au crochet de Ginestet chez 2 patients.

Les sutures ont été réalisées sous anesthésie locale chez 5 patients.

Une abstention chirurgicale a été observée chez 3 patients soit 1,3% des cas. Il s'agissait de cas de fracture multiple des os de la face. Ceux-ci ont toutefois bénéficié d'un traitement médicamenteux.

III.5.2.2 Les tumeurs

Un traitement chirurgical a été réalisé sous anesthésie générale chez 40 patients soit 54,1% des cas de tumeur. Parmi ces patients, 8 avaient déjà été opéré dans une autre structure de santé.

Un traitement chirurgical sous anesthésie locale a été réalisé chez 24 patients. Une biopsie a été réalisée chez 4 patients.

Une abstention chirurgicale a été observée chez 6 patients dont 4 cas de carcinome qui ont été référés au CHU YO et 2 cas de tumeur volumineuse hypervascularisée dont la nature histologique n'a pu être déterminée. Ces deux patients ainsi que huit autres cas de tumeur, ont été perdu de vue. Toutefois, ces patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux (antalgique, anti-inflammatoire, antibiotique).

III.5.2.3. Les pathologies malformatives et de l'articulation temporo-mandibulaire

Tous les 5 patients reçus pour fente faciale ont bénéficié d'une plastie sous anesthésie générale. Dans 2 cas il s'agissait de fentes déjà opérées. Une urano-staphyloraphie a été réalisée dans 2 cas, une chéiloplastie selon la technique de LEMESURIER a été réalisé dans 3 cas.

Trois patients ont bénéficié de la pose d'une plaque d'interposition, il s'agissait de deux cas de DAM et d'un cas de dysharmonie dento-maxillaire. Un traitement symptomatique a été réalisé dans les autre cas.

III.6. Données évolutives

III.6.1. La durée d'hospitalisation

Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Affection	Durée de l'hospitalisation en jour (n=508)
Traumatisme maxillo-facial	381
Tumeur et kyste	101
Pathologie de la dent	13
Malformation et pathologie de l'ATM	8
Infection	4
Autre	1

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,31 jours. La durée d'hospitalisation la plus longue a été de 8 jours. Le nombre total de jours d'hospitalisation a été de 508 jours.

III.6.2. L'évolution sous traitement

Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'évolution sous traitement.

Evolution	Traumatisme	Tumeur et Kyste	Infection	Malf. et Path. des ATM	Path. dentaire	Autre	TOTAL
Favorable	213	56	10	16	11	21	327
Perdus de vue	9	10	3	4	4	4	34
Récidive	0	2	0	0	0	0	2
Séquelle	12	0	0	0	0	0	12
Surinfection	4	2	0	0	0	0	6
Référence	0	4	0	0	0	0	4

L'évolution a été favorable dans 84,9 % des cas, les patients perdus de vue ont représenté 9,8% % de l'ensemble des patients. Les 02 cas de récurrence ont concernés les tumeurs, il s'agissait d'améloblastome mandibulaire. Pour les cas de traumatisme, les surinfections sont survenues chez 04 patients présentant des fractures et des lésions des parties molles.

III.6.3. Les séquelles

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction du type de séquelle observé.

Type de séquelle	Effectif (n=12)	Pourcentage
Paralysie palpébrale	4	33,33
Diplopie	3	25
Céphalées	1	8,34
Déplacement secondaire	1	8,34
Otalgie	1	8,34
Parésie faciale	1	8,34
Xérostomie	1	8,34

Après traitement, 12 patients ont présenté des séquelles. Celles-ci étaient dominées par les cas de paralysie palpébrale (4cas) et de troubles visuels (3 cas). Aucun cas de décès a été enregistré.

IV.1. Limites et contraintes

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive qui avait pour but d'étudier les pathologies stomatologiques et maxillo-faciales rencontrées en pratique privée dans la ville de Ouagadougou de 2002 à 2008.

Les insuffisances ont été liées au type de l'étude qui est rétrospective. En effet, nous avons collecté nos données à partir des dossiers cliniques des patients et des registres des comptes rendus opératoires.

Des données manquantes dans les dossiers, ne nous ont pas permis d'étudier de manière exhaustive certaines variables telles que la profession, les aspects cliniques et paracliniques, le suivi thérapeutique et l'évolution. Ceci a eu pour conséquence l'exclusion de certains dossiers et une proportion relativement élevée de valeurs non précisées.

IV.2. Les aspects socio-démographiques

IV.2.1. Effectif

Les études sur l'ensemble des pathologies maxillo-faciales sont rares dans la littérature au regard de leur diversité. Toutefois, plusieurs études parcellaires existent.

Dans notre étude, nous avons colligé de janvier 2002 à décembre 2008 au total 385 patients. Parmi ces patients, 199 ont été hospitalisés et 186 patients ont été traités en ambulatoire.

Ces chiffres sont bas, lorsque l'on considère la demande réelle de soins. La méconnaissance de la stomatologie en tant que spécialité pourrait être une des causes. Ainsi, certains patients sont orientés et pris en charge en O.R.L ou dans d'autres services; beaucoup de patients passent inaperçus.

Par contre, les études réalisées au CHU YO montrent des effectifs plus importants, du fait qu'il s'agit du premier centre de référence au Burkina Faso. Les patients qui y sont admis viennent de Ouagadougou et de ses environs mais également d'autres provinces. C'est ainsi que **PACODE H. [40]** dans son étude notait un total de 218 patients soit 131 patients en hospitalisation et 81 patients en ambulatoire sur 1 an de 2003 à 2004.

De même, **YAMEOGO M. [52]** retrouvait 754 patients sur 1 an, dans une étude sur la morbidité dans l'unité d'hospitalisation de la chirurgie générale et viscérale à Ouagadougou.

L'étude de **RAZAFINDRABE J. et col. [45]** à Madagascar sur une période de trois ans (2000-2003) notait une incidence annuelle de 787 patients. Il s'agissait d'une étude réalisée au CHU d'Antananarivo qui dispose du seul service de chirurgie maxillo-faciale de tout le pays d'où ce nombre élevé.

IV.2.2. Délai de consultation

Dans notre série , pour l'ensemble des cas, la médiane du délai de consultation était de 11 jours avec des extrêmes de moins d'1 jour à 10.950 jours (soit 30 ans). Environ 40% des patients ont consulté après trois mois d'évolution.

Ce retard est le reflet de la négligence des malades eu égard au caractère progressif et indolore de certaines affections, notamment les tumeurs bénignes. L'influence des tradithérapeutes ne peut être occultée dans ce retard, car ils sont les premiers à être en contact avec les patients et leurs proposent des traitements parfois inappropriés.

Plusieurs auteurs posent le même problème de retard à la consultation. Ainsi, **YAMEOGO N. [52]** retrouvait un délai moyen de consultation de 5 jours avec des extrêmes d'un jour à 9650 jours (27 ans). De même, **N'DO O. [35]** au Burkina Faso, dans une étude sur les ostéites des maxillaires retrouvait des extrêmes de 7 jours à 5 ans avec une moyenne de 6 mois et demi. Selon l'étude réalisée par **AGBOKPONTO A. [2]** au Bénin, sur les tumeurs bénignes des maxillaires, 64% des patients ont consulté après une durée d'évolution de 12 mois.

Dans nos régions, les populations vivent les mêmes réalités socio-culturelles et économiques. Ceci fait observer les mêmes habitudes comportementales et les mêmes pratiques vis-à-vis de la maladie. Les consultations ne se font que quand la symptomatologie indispose le malade et le contraint à se rendre à l'hôpital, après l'échec de l'automédication ou de la tradithérapie.

IV.2.3. Fréquence et fluctuation des consultations.

De 2002 à 2007 l'incidence des affections stomatologiques et maxillo-faciales a été progressivement croissante avec une moyenne annuelle de 55 cas. La fréquence la plus élevée concernait l'année 2007 avec 83 patients.

Cette augmentation de l'effectif pourrait s'expliquer par l'accroissement de la population dans les villes, et particulièrement dans la ville de Ouagadougou qui est le centre administratif, politique et économique du Burkina Faso. Nous pouvons considérer le cas de la Région du Centre qui s'est accrue de 36 % en 2006 [30]. En 2008, le service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du CHU YO a été doté d'un bloc opératoire. Ceci explique la diminution des consultations dans les structures privées.

IV.2.4. Age et sexe des patients

Les patients de tout âge ont été concernés par les pathologies bucco-faciales. Ces patients étaient jeunes. Ceux dont l'âge était compris entre 20-29 ans et 30-39 ans étaient majoritaires avec respectivement 34 et 30,9 % des effectifs. Les extrêmes étaient de 03 mois et 97 ans avec un âge moyen de 31,06 ans.

Nous avons noté une nette prédominance masculine (sex-ratio de 2,7). La structure de la population du Burkina Faso expliquerait cette forte prédominance de jeunes, en effet, plus d'une personne sur deux a moins de 20 ans [30].

Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par **PACODE H.** [40] qui observait des extrêmes d'âge de 03 mois à 110 ans et un âge moyen de 29 ans, une prédominance masculine était également notée.

De même, l'étude réalisée dans le CHU de Grenoble en France sur les traumatismes faciaux par **LEBEAU J. et coll.** [23] retrouvait des extrêmes d'âge de 1 à 103 ans avec une prédominance de la tranche de 21 à 30 ans

(25,4% des cas) avec une prédominance masculine. Bien que les populations françaises et burkinabé s'opposent par la structure des âges, la traumatologie maxillo-faciale est l'apanage du sujet jeune de sexe masculin.

IV.2.5. Provenance des patients

La Région du Centre était le lieu de résidence de la majorité des patients (71,65%). Les autres patients (environ 15%) effectuaient au minimum 35 km pour avoir accès à ces soins spécialisés.

Les coûts engendrés par les déplacements et l'hébergement pourraient expliquer la réticence des patients qui résident loin de la capitale à venir dans ces structures privées.

IV.2.6 Statut socio-professionnel et niveau socio-économique des patients.

Les patients de faible niveau socio-économique étaient les plus représentés dans notre étude dans une proportion de 34% contre 29% de patients de niveau socio-économique élevé.

En effet , la majorité des patients qui constituait notre échantillon n'avait pas une activité rémunératrice formelle. Ceux-ci se récrutaient essentiellement par ordre décroissant, parmi les élèves et étudiants, les ménagères, le secteur informelle, les cultivateurs /éleveurs. La prise en charge est souvent assurée par la famille. Ce qui pourrait expliquer le fait que, nonobstant le faible niveau socio-économique des patients, ils arrivent à s'acquitter des frais médicaux. Les élèves et étudiants sont quant à eux pris en charge par leurs parents.

Ce constat a été fait par plusieurs autres auteurs [3,18 ,19, 20, 32, 35,48, 51,52] qui retrouvaient une prépondérance des cultivateurs/éleveurs. Ces derniers représentent plus de 80 % de la population générale. De même, dans les grandes villes, la personnes qui occupent le secteur informel ont une rémunération qui est souvent en deçà du SMIG.

IV.3. Les aspects cliniques

IV.3.1. Motif de consultation

Pour l'ensemble des patients, les traumatismes maxillofaciaux ont constitué le principal motif de consultation avec 238 cas. Les tuméfactions de la face venaient en deuxième position avec 78 cas.

Les autres motifs étaient faiblement représentés . Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire et les algies bucco-faciales étaient représentées respectivement par 18 et 15 cas.

Les TMF engagent très rarement le pronostic vital du patient, sauf dans les situations entrant dans le cadre d'un polytraumatisme avec atteinte des fonctions respiratoires et circulatoires. Toutefois, comme tout traumatisme, ils engendrent une douleur mais surtout un retentissement psychologique et fonctionnel (locution , mastication...) parfois important. Ceci à pour conséquence une plus grande promptitude à la demande de soins.

Dans son étude, **PACODE H. [40]** faisait le même constat avec cependant des pourcentages plus bas que les nôtres à cause du poids des autres affections notamment les tumeurs et les infections.

IV.3.2. Les antécédents

Dans notre série, les antécédents sont dominés par les traumatismes de la face, la chirurgie bucco-dentaire et les tumeurs.

La recherche d'antécédents demeure primordiale dans l'interrogatoire du patient car elle peut orienter le diagnostic, l'attitude thérapeutique et le suivi.

IV.3.3. Les signes cliniques

Les différents temps de l'examen stomatologique et locorégional ont permis de retrouver des signes dominés par l'œdème du visage, localisé et diffus (108 cas), les troubles de l'articulé dentaire (105 cas), les tuméfactions (78 cas), la limitation de l'ouverture buccale (30 cas), l'ecchymose périorbitaire (28 cas).

Ces signes cliniques constituent une symptomatologie impressionnante, imposant de ce fait la consultation. Ils permettent également, dans certains cas de poser le diagnostic certitude [24].

IV.3.4. Les lésions associées

Ces lésions ont été rencontrées dans les cas de traumatisme et concernaient 3,8% de l'ensemble des patients. Il s'agissait essentiellement de fracture de jambe (3 cas), de fracture du fémur (3cas), fracture des os du crâne (3cas), fracture de l'avant-bras (2cas), fracture des vertèbres cervicales (1 cas) luxation clavicule (1 cas), luxation de l'épaule (1 cas). Leurs prise en charge a nécessité le concours d'autres spécialités (traumatologie, neurochirurgie, kinésithérapie).

Les lésions associées témoignent de la violence des chocs lors des AVP. Elles impliquent la nécessité et l'importance de la collaboration entre les différentes disciplines médicales en vue de l'obtention de meilleurs résultats.

IV.4. Les aspects paracliniques

IV.4.1. Examens biologiques

Les examens les plus réalisés étaient dominés par la numération formule sanguine, le groupe sanguin rhésus, l'azotémie, la créatininémie, la glycémie, le temps de coagulation et le temps de saignement (188 cas chacun).

Ces examens ont été demandés de manière systématique dans le cadre du bilan préopératoire dans la plupart des cas et pris en charge par la structure d'accueil.

Les autres examens de laboratoires étaient rares. C'est le cas des examens bactériologiques des liquides corporels (2 cas), de l'ionogramme sanguin (2 cas) et de la goutte épaisse. D'autres sont inexistantes tels que la sérologie VIH.

Ces examens ne sont pas pris en charge, par conséquent, ils ne sont pas toujours réalisés lorsqu'ils sont demandés. De même, l'incapacité des laboratoires à réaliser tous les examens du fait du manque de réactifs ou de la désuétude des appareils, pourrait en être une des raisons.

IV.4.2. Imagerie médicale

Dans notre étude, 339 examens radiographiques ont été réalisés et sont pris en charge par les patients. Ils ont été dominés par la radiographie de la face selon l'incidence de Blondeau (150 cas), l'orthopantomogramme ou panoramique (112 cas). Ces deux incidences relativement accessibles, permettent d'analyser l'étage moyen et inférieur de la face, de poser le diagnostic lésionnel et d'orienter la décision thérapeutique dans la majorité des cas.

La tomodensitométrie par contre n'a été réalisée que chez 11 patients. Elle est plus performante dans la détection de certaines lésions ainsi que leur extension, non visibles sur les images classiques. Toutefois, elle présente comme inconvénients majeurs son coût élevé mais aussi sa disponibilité.

IV.5. Les aspects diagnostiques

IV.5.1. Les traumatismes

IV.5.1.1. Caractéristiques des patients

Les lésions traumatiques maxillofaciales ont représenté la première cause de morbidité avec 238 cas soit 61,82% des patients.

La distribution des traumatismes maxillofaciaux est influencée par les caractéristiques démographiques, les habitudes culturelles, l'environnement industriel, les moyens de transport, le climat politique, la législation du pays en matière de sécurité routière et le recrutement des hôpitaux concernés [8,50].

C'est ainsi que dans notre série, les hommes sont les sujets les plus concernés par cette pathologie avec une fréquence de plus de 86 % . Il s'agissait pour la plupart d'hommes jeunes d'âge compris entre 20 et 40 ans et actifs.

Ce constat corrobore les données de la littérature [5,15]. En effet, la traumatologie de manière générale et plus particulièrement la traumatologie faciale concerne dans une large proportion les sujets jeunes de sexe masculin du fait d'une plus grande exposition aux facteurs de risque que sont les AVP, les rixes, les agressions, les sports violents.

IV.5.1.2. Etiologie des traumatismes

Les accidents de la voie publique ont été la cause dominante des TMF avec 80,7 % des cas de traumatisme suivis de loin par la rixe avec 6,3 % des cas. Il s'agit de la principale étiologie des traumatismes dans les pays en développement, où les moyens de locomotions sont rudimentaires [36].

L'incidence croissante de ces accidents pourrait être liée à la nette préférence des engins à deux roues à forte vitesse par la population jeune, qui constitue la majeure partie de nos patients, au profit du transport en commun.

Le parc roulant de ces engins s'est accru de 162,07% entre 2003 et 2007 dans la ville de Ouagadougou [30].

Le non respect du code de la route, notamment le port des casques pour les engins à deux roues, la limitation de vitesse et la conduite en état d'ébriété favorise cette situation.

De même, l'état vétuste des routes souvent associé à l'insuffisance d'éclairage, les travaux de voiries non balisés accompagnant l'urbanisation et l'étroitesse des voies sont également à l'origine d'AVP.

Cette situation n'est pas exclusive au Burkina faso, comme en témoigne le tableau XXV qui donne un aperçu dans certaines régions de l'implication des AVP comme 1^{ère} cause dans la survenue des TMF.

Tableau XXV : Implication des AVP dans la survenue des TMF selon les séries

Auteurs	Période	Proportion (%)
Notre étude	2002-2008	80,7
VOVOR M. (Burkina Faso) [51]	2003-2006	65
OGUNLEWE et coll. (Nigeria) [33]	1997-2004	64,9
VAN AS A. (AFRIQUE DU SUD) [49]	1989-2004	64
ANSARI O. (Iran) [5]	1987-2001	60
ADEBAYO E. et coll. (Nigeria) [1]	1991-2000	56

Par contre , dans les pays developpés les étiologies sont différentes. C'est ainsi que pour **LASKI R. et col. [22]** aux Etats-Unis d'Amérique, dans une étude prospective sur une période d'un an, 73% des cas de traumatisme étaient consécutifs aux rixes.

De même, pour **ROCTON S. et col. [46]** en France et **ALEXANDER J.S. et col. [4]** au Canada, les violences interpersonnelles représentaient la première cause de TMF devant les AVP avec des fréquences respectives de 57 % et de 53%. Les AVP représentaient respectivement 12% et 6% des étiologies des traumatismes.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans les pays developpés, la législation concernant la sécurité routière est fortement respectée, diminuant de ce fait le nombre d'AVP. L'utilisation du transport en commun (bus, metro, tram-way) et le port systématique de casque pour les engins à deux roues limitent les AVP et leurs conséquences. Toutefois, la consommation d'alcool et la toxicomanie augmentent l'agressivité et partant de là, les rixes, qui sont pourvoyeuses de TMF.

IV.5.1.3. Les types de lésions

Les fractures maxillo-faciales ont été le type de lésion de loin le plus fréquent avec 204 cas, soit environ 86% des cas de lésions traumatiques. Nous avons noté 244 traits de fracture surtout zygomatique et maxillaire (102 cas) et mandibulaire (77 cas).

Le type de lésions est corrélé au mécanisme du traumatisme [17]. La forte incidence des fractures maxillo-faciales s'explique par le nombre important de cas d'AVP. Ces derniers occasionnent des lésions importantes du fait de la violence du choc dont ils sont à l'origine et du manque de protection des os de la face, les cas de disjonctions cranio-faciales (24 cas) et intermaxillaire (10 cas) en témoignent.

Nos résultats sont comparables à ceux de **PACODE H. [40]** et **LEBEAU J. et col. [23]** qui retrouvaient une prédominance des fractures avec une fréquence de 81% chacun.

Le pronostic fonctionnel de ces lésions est parfois réservé du fait des risques de lésions nerveuses responsables de séquelles souvent définitive mais aussi du fait du préjudice esthétique lorsque les cas sont vu tard après consolidation (après 3 semaines).

IV.5.2. Les tumeurs et les kystes

IV.5.2.1. Fréquence des tumeurs et délai de consultation

Les tumeurs et les kystes ont représenté la deuxième cause de morbidité avec 20,5% des cas. La répartition annuelle variait d'une année à une autre.

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que de plus en plus de cas parviennent en consultation. Cependant, cette fréquence pourrait être revue à la hausse si tous les cas parvenaient en consultation dans un délai plus court car dans notre étude, ce délai était compris entre 90 jours et 10.950 jours, soit 30 ans. Ce qui expliquerait le fait que tous nos patients ont été vu au stade de tuméfaction de taille variable, donc à un stade tardif.

Dans son étude **PACODE H. [40]** notait une fréquence plus élevée des tumeurs et kystes, soit 34,84% des cas. L'incidence des lymphomes de Burkitt dans son étude expliquerait cette situation.

Pour **DAO M. et col. [12]** au Burkina Faso, les tumeurs représentaient la deuxième cause de morbidité avec 31,48 % des cas après les infections dans le service d'ORL du CHU YO. La situation anatomique de la sphère O.R.L lui confère une protection contre les traumatismes toutefois, elle est autant exposée aux infections et aux tumeurs .

IV.5.2.2. Le siège de lésions

Les tumeurs de la mandibule étaient les plus fréquentes avec 23 cas (29, 10 %) suivies des tumeurs du maxillaire avec 11 cas (13,90%).

Ces deux localisations pourraient s'expliquer par la fréquence élevée des tumeurs et kystes odontogéniques, particulières à ces deux régions. **JANAHA A. et Col.[16]** au Maroc, dans une étude à propos de 50 cas de kystes et des tumeurs bénignes des maxillaires, faisaient le même constat avec 21 cas de kystes contre 5 cas d'améloblastomes. La localisation mandibulaire était la plus fréquente (31 cas).

Pour **KONSEM T. [19]** en O.R.L au Burkina Faso, les tumeurs mandibulaires venaient en 3^e position avec 32 cas, après les tumeurs de la cavité buccale et du pharynx. Cependant pris isolément, la mandibule représentait la première localisation.

De même, **PACODE H. [40]** notait une prédominance des tumeurs maxillaires, liés au cas de Lymphomes de Burkitt, tumeurs fréquentes de l'enfant et dont la localisation habituelle est maxillaire. Cette localisation est également rapportée par **OUEDRAOGO D. et col. [39]**

IV.5.2.3. Les aspects histologiques

Seulement 32,4 % (24 cas) des patients ayant consulté pour tumeur ont réalisé un examen anatomo-pathologique. Bien que les questions du coût et de la disponibilité de cet examen se posent également avec acuité, certains patients ne jugent pas nécessaire de réaliser cet examen après l'intervention.

Sur les 24 pièces opératoires 19 étaient des tumeurs bénignes et 5 des tumeurs malignes, l'améloblastome et les kystes salivaires étaient les tumeurs bénignes les plus fréquentes.

D'autres auteurs retrouvent une prédominance des tumeurs bénignes. C'est le cas de l'étude de **OUEDRAOGO D. et Col. [47]** au Burkina Faso, qui retrouvait 49 cas de tumeurs bénignes et kystes contre 24 cas de tumeurs malignes sur une période de 10 ans au CHU SS chez l'enfant, localisées le plus souvent au niveau du maxillaire et de la mandibule. Le lymphome de Burkitt était la tumeur maligne la plus fréquente. Sa rareté dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une tumeur de l'enfant, appartenant à la frange défavorisée de la population et soumise à de mauvaises conditions d'hygiène et de nutrition. Ces patients n'ont pas accès aux structures de santé privées.

Dans son étude sur les tumeurs mandibulaires **KPEMISSI E. et Col. [20]** au Togo, retrouvaient 73 % de tumeurs bénignes contre 27 % de tumeurs malignes. L'améloblastome était le type histologique le plus fréquent.

Cependant, dans la série de **KUYAMA et col. [21]** en Chine portant sur 4.052 cas de tumeurs oro-maxillo-faciales, les tumeurs malignes représentaient environ 51% de l'ensemble des tumeurs contre 39% de tumeurs bénignes. Il s'agissait surtout de tumeurs épithéliales notamment le carcinome épidermoïde (1347 cas). Les auteurs expliquaient cette forte prévalence de tumeurs malignes par une importante consommation de bétel dans cette région du monde. Ce dernier, tout comme le tabac et l'alcool, induit l'apparition de lésions précancéreuses aboutissant aux cancers buccaux.

IV.5.3. Les infections

En 7 ans, nous avons colligé seulement 13 cas d'infection soit moins 1,8 cas par an. Ces infections étaient dominées par les cas de cellulite aigue de la face (4 cas) suivie par les abcès parodontaux.

Ces chiffres sont très en deçà de la réalité. En effet, bien que la mise en œuvre des politiques en matière de santé publique a permis une nette régression des grandes épidémies par la disponibilité des vaccins et des antibiotiques, les infections demeurent une préoccupation en pathologie bucco-faciale. La mauvaise hygiène bucco-dentaire, la promiscuité et le retard à la consultation en sont les principaux facteurs favorisants.

Ce faible taux dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les infections concernent surtout la frange défavorisée de la population n'ayant pas accès à ces structures privées.

Ainsi, dans l'étude de **ZIDWEMBA N. [53]** au Burkina Faso, qui prenait en compte seulement les cellulites cervico-faciales dans leur forme diffuse au CHU YO et au CHU SS, 78 cas ont été colligés sur 5 ans, soit une fréquence annuelle de 13 cas. L'origine dentaire était prépondérante.

Une étude similaire réalisée sur les cellulites cervico-faciales au CHU de Rabat au Maroc par **BENBOUZID M.A. [7]** notait un effectif de 4 cas de cellulites diffuses par an.

De même, **MBWENTCHOU W. [25]** dans son étude sur la morbidité hospitalière pédiatrique en O.R.L au CHU YO, retrouvait sur une période de 5 ans une prédominance des infections avec 133 cas (54 %) liées à la maladie d'adaptation aggravée par la promiscuité et à la faiblesse du niveau socio-économique.

IV.5.4. Les malformations et les pathologies de l'ATM

Ce groupe d'affection a été dominé par les DAM suivi des malformations notamment les fentes faciales congénitales.

Les patients souffrant des affections de l'ATM ne consultent que lorsque celles-ci entraînent une gêne ou un handicap important d'où la rareté de ces cas dans notre série.

En ce qui concerne les fentes faciales, leur prise en charge est assurée par des organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine de la santé et lors des missions chirurgicales, diminuant de facto le nombre de patients qui parviennent en consultation.

IV.6. Les aspects thérapeutiques

La prise en charge a été médicale, chirurgicale et orthopédique.

IV.6.1. Traitement médical

La grande majorité de nos patients a bénéficié d'un traitement médical par voie générale ou parentérale, associé ou non à des soins locaux. Les médicaments étaient de nature variée et le plus souvent associés.

L'utilisation des antibiotiques a été quasi systématique comme en témoigne leur fréquence élevée (267 cas) avec une prédominance des pénicillines, suivi des antalgiques surtout le paracétamol (198 cas), anti-inflammatoires stéroïdiens (180 cas). La voie orale est requise lorsque le malade peut avaler, ou le plus souvent en ambulatoire. La voie parentérale est privilégiée en cours d'hospitalisation.

Des mesures hygiéno-diététiques, telles que l'hygiène buccodentaire par brossage régulier des dents, les bains de bouche aux antiseptiques après les repas et une alimentation adaptée, liquide ou hachée ont été conseillées.

L'antibiothérapie était prophylactique dans la plupart des cas et de courte durée en ce qui concerne les traumatismes et les tumeurs (8 à 10 jours) permettant ainsi d'éviter les phénomènes de résistance et la sélection des germes.

Le patient reçu pour le Lymphome de Burkitt a bénéficié d'une chimiothérapie. Les cas de carcinome épidermoïde ont été transférés au CHU YO.

IV.6.2. Traitement chirurgical et orthopédique

L'ostéosynthèse au fil d'acier a été le traitement chirurgical le plus réalisé avec 35,3% des cas. L'ostéosynthèse par plaque métallique n'a représenté que 0,4% des cas.

Un traitement orthopédique parfois couplé au traitement chirurgical a été réalisé chez 29,9 % des patients. Il s'agissait surtout de blocage bimaxillaire par arc vestibulaire (24,8% des cas), de blocage par ligature d'Ivy (4,3% des cas) et de blocage par ligature de Leblanc dans une moindre proportion (0,7% des cas).

L'exérèse tumorale a concerné 15,4% des patients, une biopsie tumorale a été réalisée dans 0,7% des cas. L'examen anatomo-pathologique a été demandé systématiquement en vue de déterminer le type histologique. Cependant les résultats ne sont pas ramenés dans la plupart des cas.

IV.7. Aspects évolutifs

IV.7.1. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,31 jours contre une moyenne nationale de 2,1 jour.

Cette courte durée d'hospitalisation pourrait être la conséquence d'une plus grande rapidité dans la prise en charge en rapport avec un plateau technique performant. Un traumatisé opéré est hospitalisé en moyenne pendant 48 heures à l'hôpital. Dans le contexte des cliniques privées, les patients sont préparés en ambulatoire ou à l'hôpital et ils sont admis quelques heures avant l'intervention. Ils ressortent généralement après 24 heures en l'absence de complications post-opératoires. Les cas chroniques sont transférés au CHU YO en raison du coût élevé des frais d'hospitalisation.

Toutefois **BENBOUZID M.A [7]** et **N'DO O. [32]** par contre notaient des durées moyennes d'hospitalisation respectivement de 12 et de 11 jours.

Dans ces deux cas, il s'agissait de patients traités pour des pathologies infectieuses graves nécessitant souvent un traitement lourd.

IV.7.2. Résultats thérapeutiques

L'évolution a été favorable pour la majeure partie des patients (84,9%) . Les patients perdus de vue ont représenté 9,8 % de l'effectif total. Aucun cas de décès n'a été enregistré. Ces résultats témoignent de la qualité de la prise en charge mais surtout de la qualité du plateau technique comme sus-cité. Ces structures disposent de matériel d'ostéosynthèse indispensable à la prise en charge de certaines fractures maxillo-faciales. Ce matériel a été disponible dans le service de Stomatologie du CHU YO en 2011.

L'absence de décès pourrait être liée au fait que les patients présentant des affections pouvant engager le pronostic vital sont orientés vers le CHU YO.

Cependant **PACODE H. [49]** notait 7 décès soit un taux de mortalité de 5,34 %. Ces décès étaient surtout liés au cas de lymphome de Burkitt et aux autres cancers. De même **KAGONE M. [17]** au Burkina Faso, retrouvait une mortalité de 5,7 % soit 78 décès sur une période de 12 mois aux urgences viscérales du CHU YO. Cette mortalité concernait surtout les patients de moins de 40 ans.

IV.7.3. Les séquelles

Sur l'ensemble des patients traités, 12 ont présenté des séquelles. Il s'agissait surtout de paralysie palpébrale (4 cas) et de diplopie (3cas). Ces séquelles sont surtout liées aux fractures maxillo-faciales (10 cas), qui malgré une prise en charge adéquate, laisse persister des lésions.

La prise en charge des séquelles se fait à distance du traitement initial et mobilise selon les cas les ressources de la chirurgie et de la prothèse maxillofaciale [15]. Le cas de déplacement secondaire a bénéficié d'une deuxième intervention. Les cas de paresie sont transférés en kinésithérapie pour une rééducation fonctionnelle.

CONCLUSION

Dans les structures privées, les affections stomatologiques sont dominées par les traumatismes maxillofaciaux (61,90%) dont la principale étiologie demeure les accidents de la voie publique. Le non-respect du code de la route et l'étroitesse des voies en sont quelques facteurs favorisant. Ces accidents occasionnent des lésions squelettiques parfois multiples et qui nécessitent une collaboration interdisciplinaire pour leur prise en charge.

Les tumeurs viennent en deuxième position (19,20%) et posent le problème du retard à la consultation. L'examen anatomopathologique de ces tumeurs n'est pas réalisé par les patients le plus souvent, posant ainsi un problème de diagnostic histologique.

La prise en charge médico-chirurgicale permet d'obtenir des résultats satisfaisants dans 84,90% des cas.

La réduction de la morbidité de ces affections passe donc par la prévention des accidents de la voie publique et le dépistage précoce des tumeurs.

SUGGESTIONS

Aux autorités politiques et administratives

- Sensibiliser la population au port du casque
- Promouvoir le transport en commun
- Former davantage de médecin en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale et organiser des formations continues
- Renforcer la collaboration entre le secteur privé et le secteur publique
- Organiser des campagnes de dépistage des tumeurs de la face

Aux responsables des cliniques privées

Informatiser les fiches de consultations, les dossiers médicaux et les registres de compte rendu opératoire.

A la population

- Respecter le code de la route
- Consulter précocement dans un centre de santé devant toute lésion maxillo-faciale qui ne régresse pas spontanément.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **ADEBAYO E.T., AJIKE O.S., ADEKEYE O.E.** Analysis of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna , Nigeria. Journal Of Oral and Maxillofacial Surgery. Ed. Elsevier. 2003. Vol. 41. pp. 396-400.
- 2- **AGBOKPONTO A.R.** Tumeurs bénignes des maxillaires: Aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 64 cas recensé dans le service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale du CNHU/HKN de cotonou. Thèse de Doctorat en Médecine. Cotonou : 2010. N° 1540. p. 131.
- 3- **AKA ADOUKO J.A., SOUAGA K., KOUAME A.P., ADOU A., ANGOH Y.J.** Approches épidémiologique et thérapeutique de cancers buccaux en cote d'ivoire au CHU d' Abidjan Rev. Col. Odonto-Stomatologie. Afr. Chir. Maxillo-Fac; 2008. 2 : Vol. 15. pp. 9-13.
- 4- **ALEXANDER J.S., MEISAMI T., SANDOR G.K.B., CLOKIE C.M.** L'Epidémiologie des fractures de la mandibule traitées à l'hôpital général de Toronto. Revue de 246 cas. Journal de l'Association dentaire canadienne . - 2001. 11 : Vol. 67. pp. 640-644.
- 5- **ANSARI M.H.** Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: a retrospective study (1987-2001). Journal of cranio-maxillofacial surgery. - 2004. Vol. 32. pp. 28-34.
- 6- **BARTHELEMY I., SANNAJUST J., REVOL P., MONDIE J.M.** Cancers de la cavité buccale. Préambule,épidémiologie, étude clinique. EMC. - Paris : 2005. Elsevier SAS. - 22-063-A-10.
- 7- **BENBOUZID M.A., BENAMMOU A., MASSAOUDI A., JAZOULI N., KZADRI M.** les cellulites cervico-faciales / A propos de 8 cas. Espérance médicale. 2004. Vol. 102. pp. 86-90.

- 8- **BOUGUILA J., ZAÏRI I., KHONSARI R.H., JABLAOUI Y., HELLALI M., ADOUANI A.** Epidémiologie de la traumatologie maxillofaciale à Tunis. *Révue de Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale*. 2008. Vol. 109. pp. 353-357.
- 9- **CHASSAGNE J.F., CHASSAGNE S., DEBLOCK L., KAHN J.P., BUSSIENNE JE., PIERUCCI F., FYAD J.P., SIMON E.** Pathologie non traumatique de l'articulation temporo-mandibulaire. *Encycl. Med. Chir. Stomatologie*. Elsevier. Paris. 2002. - 22-056-R-10. p. 46.
- 10- **CHRISTIAENS I., REICHLER H.** Complications après extraction de dents de sagesse: Etude retrospective de 1213 cas. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillo.fac.* Paris : Masson, 2002. : Vol. 103. pp. 269-274.
- 11- **DAÏEFF C.Y.** Le Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale française [<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm>]. Paris. 13 juillet 2011
- 12- **DAO/O.M., OUOBA K., KABRE M., SANOU A.** Morbidité et mortalité dans un service ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Ouagadougou. *Bénin médical*. 1998. N° 10. pp. 48-52.
- 13- **DECHAUME M., GRELET M., LAUDENBACH P., PAYER J.** Kystes et tumeurs bénignes des maxillaires. Paris : Masson, 1980. - pp. 232-252.
- 14- **DIOMBANA M.L., KUSSNER H., SOUMARE S., DOUMBO O., PENNEAU M.** Fentes labiales et labio-palatines au service de stomatologie de Kati R39 cas. *Médecine d'Afrique Noire*. 1997. Vol. 44. pp. 661-662.
- 15- **GIRAUD O., DUHAMEL P., SEIGNEURIC J.B., CANTALOUBE D.** Traumatologie maxillofaciale : modalités thérapeutiques. *Encycl. Méd. Chir. Stomatologie* (Editions Scientifiques et Médicales). Paris : Elsevier, 2002. 22-068-A-10. - p. 142.

- 16- **JANAH A., SAIDI A., BOURJILAT M., BENHADDOU A., CHEKKOURI I.A., BENCHAKROUN Y.** Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires corrélations anatomo-radiologiques à propos de 50 cas: Maghreb médical, 2001. Vol. 21. pp. 346-348.
- 17- **KAGONE M.** Mortalité aux urgences chirurgicales du CHU YO à propos de 78 cas. Thèse de Doctorat en Médecine. CHU YO Ouagadougou : 2007. p. 98.
- 18- **KAMAGATE A., COULYBALY N.T., KONE D., BROU E., BAKAYOKO LY.R.** Prévalence des parodontites en Afrique Noir: Influence des facteurs socio-économiques et habitudes culturelles odonto-Stomatologie tropicale. Abidjan : 2001. p. 94.
- 19- **KONSEM T.** Les tumeurs de la sphère O.R.L et cervico-Faciales au Burkina Faso. Thèse de Doctorat en médecine.1993 n°: 3. p. 85.
- 20- **KPEMISSI E., AMANA B., TCHANDANA K.** Tumeurs mandibulaires : Aspects épidémiologiques,diagnostiques et thérapeutiques à propos de 91 cas. MALI MEDICAL. 2009. N° 3 : Vol. 24. pp. 47-52.
- 21- **KUYAMA K., YAMAMOTO H., MORIMOTO M., MENG N., LIANG Z., KOBAYASHI S.** Comparison of occurrence of oro-maxillo-facial tumor types in différent regions of the People's Republic of China Journal of Oral Science. Nanning : Mars 2000. 2 : Vol. 42. pp. 57-62.
- 22- **LASKI R., ZICCARDI V.B., BRODER H., JANAL M.** Facial trauma: A recurrent Disease? The Potential Role Of Disease Prevention. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. New Jersey : 2004. Vol. 62. pp. 685-688.

- 23- **LEBEAU J., KANVU V., DUROURE F.** Traumatismes faciaux au CHU de Grenoble: Etude épidémiologique de 961 dossiers sur une période de 365 jours . Revue de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale : Masson, 2006. N° 1 : Vol. 107. pp. 23-29.
- 24- **MALADIERE E., BADO F. , MENINGAUD J.P.** Examen clinique en stomatologie Encyclopédie Médico-chirurgical Stomatologie/Odontologie Paris : Elsevier, 1999. 22-010-A-10. - p. 6 .
- 25- **MBWENTCHOU M.W.** Morbidité hospitalière chez les enfants de 0 à 15 ans hospitalisés dans le service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale du CHU YO de 2004 à 2008 / Thèse de Doctorat en médecine, U.F.R/S.D.S. - 2010. p. 109 .
- 26- **MENDOMO E. E.** Le Syndrome Algo Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur au CHU de Yaoundé Cameroun / Odonto-Stomatologie Tropicale. 2001. 94. p. 10.
- 27- **MILLOGO M.** Les disjonctions crânio-faciales au centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : Aspects épidémiologiques anatomo-cliniques et thérapeutiques / Thèse de Doctorat en Médecine U.F.R/S.D.S. - 2005. p.71
- 28- **MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT.** Rapport final du recensement général de la population et de l'Habitation . 2006.
- 29- **MINISTERE DE LA SANTE BURKINA FASO.** Annuaire statistique / santé. 2010.
- 30- **MINISTERE DES TRANSPORTS/SG/DGTTM/ DISD/ SS** Burkina Faso

- 31- **MOULIS E., FAVRE D., THIERRENS C., GOLDSMITH M.C ET TORRES J.** Anomalies de l'éruption. Encycl. Méd. Chir.Stomatologie/Odontologie. - Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS , 2002. - 22-032-A-10. - p. 12.
- 32- **N'DO O.** les ostéites des maxillaires: Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU Yalgado Ouedraogo et Sourô Sanou / Thèse de Doctorat en Médecine, U.F.R S.D.S. 2007. p. 97.
- 33- **OGUNLEWE M.O., JAMES O., LADEINDE A.L., ADEYEMO W.** Pattern of paediatric maxillofacial fractures in Lagos, Nigeria / International Journal of Paediatric Dentistry: IDEAL, 2006. Vol. 16. pp. 358-362.
- 34- **OMS:** Burkina Faso : health profil. 18 Juin 2011. <http://www.who.int/countries/bfa/en/>.
- 35- **OMS:** Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS. Annexe 3/ Rapport sur la santé dans le monde. 2004.
- 36- **OMS:** Données fondamentales / Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. pp. 3-7.
- 37- **OMS:** Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. p. 40. WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.
- 38- **OMS: TARINO E., CREESE A.** La santé pour tous d'ici l'an 2000/ A mi-chemin, le point de la situation dans divers pays. Genève : 1991. p. 277.
- 39- **OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., OUOBA K., SOUDRE B.R.** Aspects Histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'enfant au CHU-SS. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac. Vol 13 n° 2, 2006. pp. 52-56.

- 40- **PACODE H.** Morbidité et mortalité dans l'unité de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale au CHU YO de Ouagadougou, bilan d'un an. Thèse de Doctorat en Médecine, UFR-SDS. -2006. N° 75. p. 85.
- 41- **PAULUS C.** La prise en charge des fentes labio-maxillo-palatines de 0 à 20 ans. Rééducation orthophonique. 2003. Vol. 216. pp. 35-41.
- 42- **PAVY B., VACHER C., VENDROUX J., SMARRITO S.** Fentes labiales et palatines: Techniques chirurgicales R Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Encycl. Méd. Chir. Paris : Elsevier, 1998. - 45-580. p. 21.
- 43- **PERON J. M.** Accidents d'évolution des dents de sagesse. Encyclopédie Médico-chirurgicale Odonto-Stomatologie. 2003. - 22-032-E-10. p. 8.
- 44- **Peron J.M, Mangez JF.** Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.
- 45- **RAZAFINDRABE J.A.B, RAKOTOARISOA A.H.N, RAKOTO F.A, RANDRIAMANANTENASOA V.H, RAKOTOZAFY L.F, RAKOTOVAO J.D.** Epidémiologie des fractures de la mandibule traités au CHU d'Antananarivo-Madagascar . Revue Tropicale de Chirurgie. 2007. pp. 33-35.
- 46- **ROCTON S, CHAINE A, ERNENWEIN D, BERTOLUS C, RIGOLET A, BERTRAND J.C, RUHIN B .** Fracture de la mandibule : épidémiologie, prise en charge thérapeutique et complications d'une série de 563 cas Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007. Vol. 108. pp. .3-12.
- 47- **Szpirglas H, Guedj A, Auriol M, Le Charpentier Y.** Pathologie des glandes salivaires. Encycl Méd Chir . Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Stomatologie, 22-057-A-10, 2001, 13 p.

- 48- **TONDE L.** Les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au Burkina Faso de 1996 à 2005 : Profil épidémiologique, Aspects cliniques, Histopathologiques et thérapeutiques. Thèse de Doctorat en médecine U.F.R-S.D.S. 2008. p. 89.
- 49- **VAN AS A.B, VAN LOGHEM A.J, BIERMANS B.F.J, DOUGLAS T.S, WIESELTHALER N, NAIDOO S.** Causes and distribution of facial fractures in a group of South African children and the value of computed tomography in their assessment. International Journal Of Oral and Maxillofacial Surgery. Cap Town : 2006. Vol. 35: pp. 903-906.
- 50- **VAN BEEK.** Changes in the pattern of fractures of the maxillofacial skeleton . International journal of oral and maxillofacial surgery. 1999. N° 6 : Vol. 28. pp. 424-428.
- 51- **VOVOR M.K.** Les fractures maxillo-faciales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : Aspect épidémiologiques anatomo-cliniques et thérapeutiques Thèse de doctorat en médecine, U.F.R-S.D.S. 2008. n° 28. 112p
- 52- **YAMEOGO N.M Y.** Morbidité et mortalité dans l'unité d'hospitalisation de la chirurgie générale et digestive du CHU Y.O. Thèse de Doctorat en Médecine, UFR-SDS. 2007. N° 69. 94p.
- 53- **ZIDWEMBA N.** Les cellulites diffuses cervico-faciales : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques aux CHU-YO et CHU-SS. Thèse de Doctorat en Médecine, UFR/SDS. 2008. 102 p.

ICONOGRAPHIE

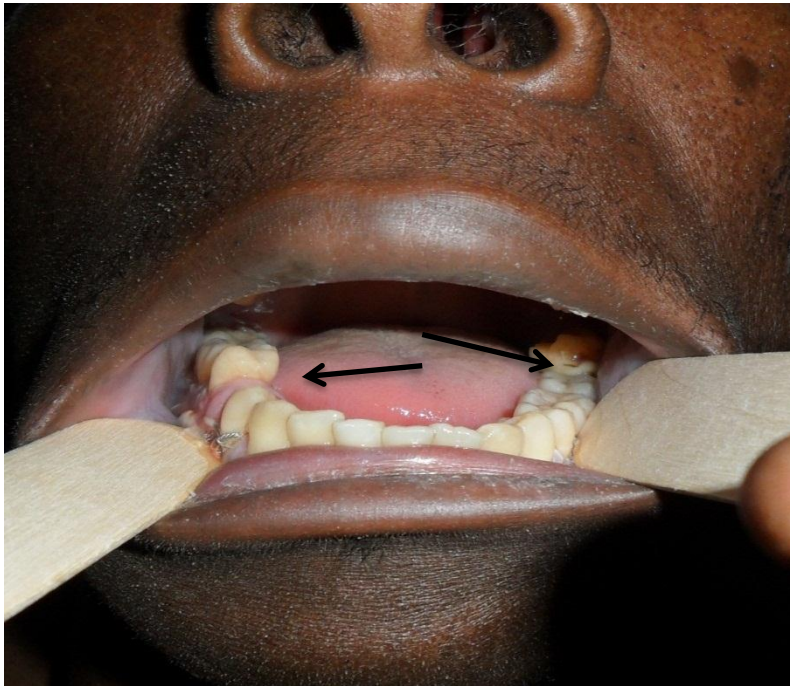


Image 1 : Examen endobuccal montrant un trouble de l'articulé avec décalage entre la 36 et la 37 et entre la 45 et la 46.



Image 2 : Radiographie panoramique des maxillaires montrant une fracture mandibulaire trifocale deux traits angulaires un trait parasymphysaire droit.



Image 3 : Traitement orthopédique par blocage bimaxillaire en bon articulé

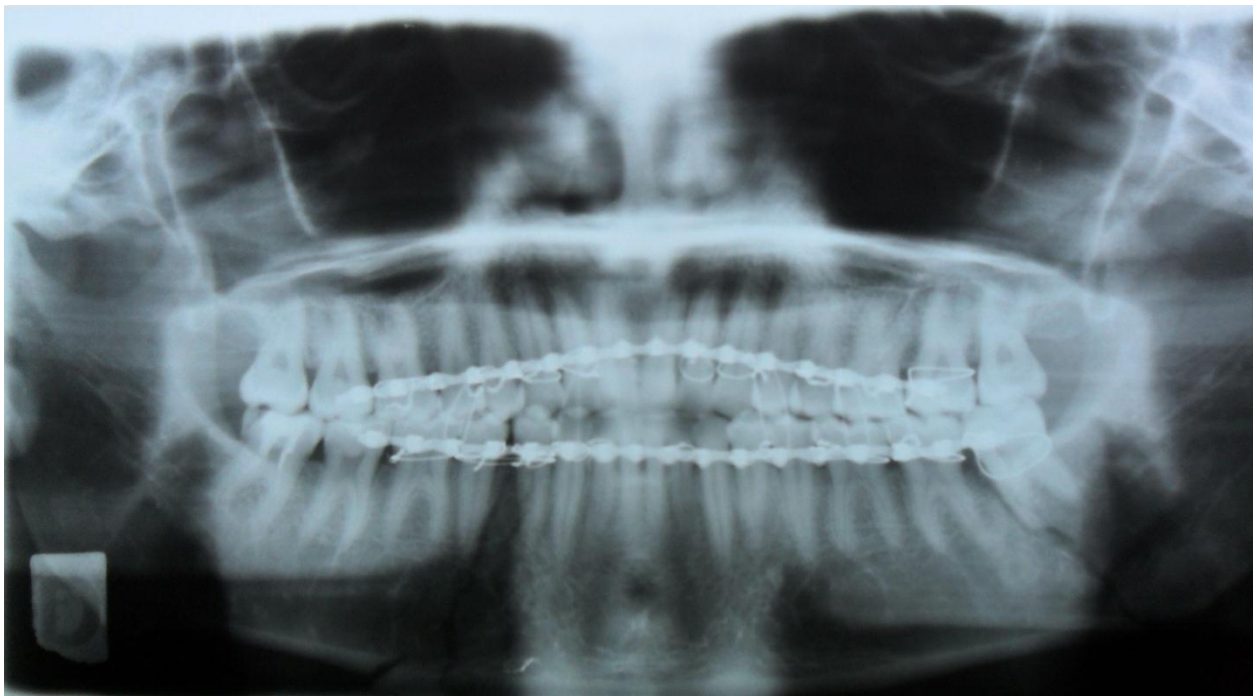


Image 4 : Radiographie panoramique de contrôle montrant un alignement satisfaisant des fragments osseux.



Image 5 : Tumeur du maxillaire droit vue de face (Améloblastome)



Image 6 : Même patiente vue de profil



Image 7 : Patiente revue 30 jours après l'exérèse tumorale sous anesthésie générale.



Image 8 : Fente labio-alvéolaire unilatérale droite



Image 9 : Patiente revue à 10 jours post-opératoire

Fiche de collecte de données

Morbidité et Mortalité en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale en pratique privée dans la ville de Ouagadougou.

Fiche N° :.....

1. Profil épidémiologique des patients :

N° dossier :

Age :..... Ans / Mois

Sexe : M / F

Profession :

Ville : Ouagadougou /.....

Secteur :.....

Année :

Mois :

2. Données cliniques :

Motif de consultation :

.....

Motif d'hospitalisation :

.....

Antécédents :

Médicaux :

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

Etiologie des affections :

Durée d'évolution :.....

Diagnostic : / _____ /

Type de pathologie : Infectieuse / Traumatique /Tumorale et Kystique/
Malformative et pathologie de l'ATM/Autre

Lésion associée :

.....

3. Données paraclinique :

Examen biologique :

Examen radiologique :

Examen anatomo-pathologique :

.....

Autre examen :

4. Traitement reçu :

Médical :

-
-
-

Chirurgical :

-
-

5. Données évolutives :

Durée d'hospitalisation : Jours

Evolution :

- Favorable : / ___ /
- Récidive : / ___ /
- Surinfection : / ___ /
- Perdu de vue : / ___ /

- Séquelle : Oui / Non

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maitres de cette école, et de mes chers condisciples, je jure 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 pas de salaire au-dessus de mon travail.

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 les crimes.

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

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

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

Résumé

Notre étude a eu pour but d'étudier de manière rétrospective les pathologies stomatologiques et maxillo-faciales dans trois cliniques privées de la ville Ouagadougou sur une période de sept ans (2002-2008).

La population d'étude (385 patients) était composée de patients de toute catégorie d'âge (extrêmes 03 mois et 97 ans). Il s'agissait d'une population jeune (48% avaient moins de 29 ans avec un âge moyen de 31,06 ans), à prédominance masculine (sex-ratio de 2,7), et de condition socio-économique faible (le secteur informel, les cultivateurs, les éleveurs, les étudiants, les ménagères et les sans-emploi représentaient 34%). Le lieu de résidence de la majorité des patients était la région du centre (71,91% des cas). La pathologie traumatologique était la plus fréquente (61,82% des cas) avec comme principale étiologie les accidents de la voie publique (80,7% des causes). Les fractures maxillo-faciales étaient les lésions les plus fréquentes (85,7% des lésions). Les tumeurs et kystes occupaient le deuxième rang avec une fréquence de 19,22 %. Les infections venaient en troisième position (3,38 %) avec 30,77% de cellulite aiguës de la face. La mortalité était nulle.

Au regard de ces résultats, il est nécessaire que des mesures soient prise en vue de réduire la fréquence des pathologies bucco-faciales dans la ville de Ouagadougou. Ces mesures doivent être orientées vers la prévention des accidents de la voie publique et le dépistage précoce des tumeurs.

Mots clés : Stomatologie - Maxillofaciale - Clinique privée

Summary

Our study aimed to investigate retrospectively stomatological and maxillofacial diseases in three private clinics in the city of Ouagadougou over a period of seven years (2002-2008).

The study population (385 patients) consisted of patients of any age group (range 03 months to 97 years). It was a young population (48% were under 29 years with a mean age of 31.06 years), male (sex ratio 2.7), and low socioeconomic status (the informal sector, farmers, ranchers, students, housewives and the unemployed accounted for 34%). The residence of the majority of patients was the central region (71.91% of cases). Trauma pathology was the most frequent (61.82% of cases). The road accidents were the first etiology (80.7% of cases). Maxillofacial fractures were the most frequent injuries (85.7% of lesions). Tumors and cysts were second with a frequency of 19.22%. Infections were in third place (3.38%) with 30.77% of acute cellulitis of the face. No deaths were recorded.

Given these results, it is necessary that measures be taken to reduce the morbidity of orofacial diseases in the city of Ouagadougou. These measures should be directed to the prevention of road accidents and early detection of tumors.

Keywords: Stomatological - Maxillofacial - Private Practice