

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
UNITE DE FORMATION ET
DE RECHERCHE EN SCIENCE
DE LA SANTE (UFR/SDS)
SECTION MEDECINE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



Année Universitaire : 2011-2012

Thèse n° : 43_

LES TUMEURS BENIGNES ET KYSTES DES MAXILLO- MANDIBULAIRES AU CHU-YO AU BURKINA FASO ET AU CNHU-HKM AU BENIN :

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS

Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 mars 2012 par :

JOHNSON AMESWUÉ KPOGBÉ ERMEL

Né le 02 Mars 1984 à Kandi (BENIN)

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Directrice de thèse :

Pr Olga LOMPO

Co-directeurs :

Dr. Tarcissus KONSEM

Dr. Imrane BIO-TCHANE

Jury :

-Président : Pr. Kampadilemba OUOBA

-Membres : Pr. Ag. Théodore OUEDRAOGO

Dr. Assita LAMIEN ép. SANOU

Dr. Tarcissus KONSEM

Dr. Imrane BIO-TCHANE

**Unité de Formation et de Recherche
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)**

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordinateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordinateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordinateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Ag Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Ag Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Ag. Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Gildas BADO
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Hervé Ollo TIOYE
Chef de Service Chef de Service Scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata



ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
4. Blaise K. SONDO	Santé publique
5. Joseph Y. DRABO	Médecine interne / endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie-obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie-vénérologie
9. Kampadilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
10. Mamadou SAWADOGO	Biochimie
11. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
12. Patrice ZABSONRE	Cardiologie
13. Jean B. KABORE	Neurologie
14. Ludovic KAM	Pédiatrie
15. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-virologie
17. Si Simon TRAORE	Chirurgie viscérale



18. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
19. Adama LENGANI	Néphrologie
20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
21. Martial OUEORAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Alain BOUGOUMA	Hépatologie gastro-entérologie
25. Athanase MILLOGO	Neurologie
26. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
29. Blandine THIEBA BONANE	Gynécologie-obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
2. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
3. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
4. Daman SANO	Chirurgie viscérale
5. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
6. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
7. Laurent T. OUEDRAOGO	Santé publique
8. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
9. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie



10. Issa T. SOME	Chimie analytique
11. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
12. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
13. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
14. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
15. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
16. Abdel Karim SERME	Hépatogastrologie-entérologie
17. Jean SAKANDE	Biochimie
18. Kapouné KARFO	Psychiatrie
19. Timothée KAMBOU	Urologie
20. André K. SAMADOULOUGOU	Cardiologie
21. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
22. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie. gastro-entérologie
23. Françoise MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
24. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
25. Elie KABRE	Biochimie
26. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

3. MAITRES – ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie



5. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
6. Arsène M. O. DABOUE	Ophtalmologie
7. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
8. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
9. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
10. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
11. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
12. Barnabé ZANGO	Urologie
13. Théodore S. OUEDRAOGO	Médecine du travail
14. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
16. Nicolas MEDA	Santé publique
17. Ahgbatouhabeba ZABSONRE/AHNOUX	Ophtalmologie
18. Roger Arsène SOMBIE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
19. Ousséini DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
20. Fla KOUETA	Pédiatrie
21. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Assita LAMIEN/SANOU	Anatomie pathologique
23. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
24. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
25. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
23. Christian NAPON	Neurologie
27. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
28. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale



29. Adama SANOU	Chirurgie générale
30. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
31. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
32. Hervé TIENO	Médecine interne
33. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation

4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-Phtysiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12. Oumar GUIRA	Médecine interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina A. NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive



16. Isso OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino-laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto-rhino-laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie - traumatologie
22. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
23. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
24. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie
25. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie
26. Jérôme KOULIDIATI	Hématologie
27. F. Aristide KABORE	Urologie
28. Boureima KINDA	Anesthésie-Réanimation
29. Privat Patrice GOUMBRI	Psychiatrie
30. Boubacar OUATTARA	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
31. W.L. Patrice GUIGUIMDE	Chirurgie buccale



DEDICACE

A l'Éternel

Long et périlleux a été le chemin mais, Seigneur, Tu fais toute chose belle en son temps. Gloire à Ton nom éternellement, pour toutes ces Grâces !

A mon père Damase D. JOHNSON

Tu as tant attendu l'aboutissement de ce travail, le voici. Les sacrifices et les privations consentis pour que je sois médecin sont inestimables et aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour t'exprimer ma gratitude. Puisse ce travail t'honorer et t'exprimer mon profond amour et mon immense reconnaissance. Sois béni papa !

A ma grand-mère

Quand j'étais petit, tu m'encourageais à prendre bien au sérieux mes études. Et voilà ce sérieux qui porte ses fruits. Merci pour tout !

A ma mère Ida E. GODJO

Trouve en ce travail, le fruit de tes sacrifices. Merci pour tout !

A maman Huguette JOHNSON née d'ALMEÏDA

Tel un souffleur dans une forge, tu as soufflé par ton amour maternel, tes encouragements, ta personne et ton soutien indéfectible pour que soit forgé le médecin que je suis. Ce travail est aussi le tien.

A mon fils, Emrys Clemens Junior

Dédicace spéciale.

A mes frères et sœurs

Didier, Gaston, Olivia, Hugues, Lawrence, Imelda, Doris, Lionel, merci pour l'ambiance fraternelle et chaleureuse.

A ma bien aimée Akofa GADIGBE

Ce travail est aussi le tien, pour ton soutien constant, ta disponibilité. Puisse notre amour grandir sous la bienveillance du Seigneur.

A ma cousine Vinciana GNELE

Pour avoir été toujours là pour moi, trouve à travers ce travail l'expression de ma reconnaissance

A tous mes oncles et tantes

Pour vos encouragements et soutiens, soyez en remercié

A tous mes cousins et cousines

Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance pour votre amour fraternel.

Aux familles

JOHNSON, GODJO, d'ALMEIDA, PEREIRA, GNELE, AUBENAS, GADIGBE

Aux aînés

Dr. Aristide YAMEOGO, Dr. Fayima TRAORE, Dr Vincent ILI, Dr. Patrice HIEN

A Mme Augustine DIARRA/ILBOUDO et sa famille

Vous m'avez dès mes premiers jours adopté et épaulé durant toute ma formation, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude ; et à travers vous, mes remerciements au personnel de la DAOI.

Au Docteur Blaise A. BASSOLETH

Vous m'aviez initié à la pratique médicale et guidé nos pas tout au long de notre formation. Puissiez-vous trouver à travers ce travail le fruit de votre effort et le Médecin que vous aviez voulu faire de nous !

A

Christella, Pamela, Alzavine, Christelle, Urbain, Max-Aurel, Philibert, Romaric, Boris, Bellariques, Romualdo, Christian, Aurel, Judicaël, Rodrigue, Edna, Emmanuel. Nous avons entamé les premiers pas de la médecine ensemble. Brillante carrière médicale !

A tous mes compagnons d'internat

A toute la promotion Pr Joachim SANOU, spécialement Patrick, Sylviane, Alfred, Judith, Christiane, Zalissa, Jérémie, Karim, Rémi, Félix, Gaston, Aimé, Abdoul Kader, Monelle, Mouftaou, Berth, Tatiana, Martin, Ali I, Ali II, Apollinaire, Salifou, Kadidia; merci pour ces bons moments d'internat passés ensemble.

A Miralda KIKI épouse AFANUH

Il ne faut souvent pas une éternité pour avoir une place prépondérante dans la vie de quelqu'un. T'as été la sœur qu'il me fallait en ces moments. Merci pour tout.

A tous les étudiants de l'A.E.B.S.S

Plus qu'une amicale, nous constituons une famille veillant les uns sur les autres, et un creuset d'entraide dans la formation. Que cette unité perdure dans le temps. Merci pour vos soutiens multiformes.

A

Eric TOGBE, Sabin, Charles, Frida, Hermine, Aurore, Claudia, Claudie,
Martin, Aïda, Safiatou

A tous les Médecins des différents DES à l'UFR-SDS

Merci pour vos encadrements et conseils d'aînés.

A tous les étudiants de l'UFR-SDS

Je vous souhaite du courage !

REMERCIEMENTS

Au-delà de son côté personnel, ce travail est la traduction de l'appui de nombreuses personnes de ressources à travers leurs conseils, avis et soutiens. Aussi voulons-nous saisir ici l'occasion pour leur exprimer toute notre reconnaissance. À ce titre nos remerciements vont :

À tous les enseignants de l'UFR/SDS et à tous nos maîtres de stage.

Au Pr Sogbadji Joseph VODOUHE, *pour votre accueil, vos conseils ; pour avoir accepté et facilité la collecte dans votre service.*

Au Dr Dieudonné OUEDRAOGO, *vous avez permis la réalisation de ce travail dans votre service, nous avons bénéficié de vos soutiens et de votre encadrement.*

Au Dr. Mathieu MILLOGO, *Chirurgien Maxillo-Faciale au CHU-SS.*

Au Dr. Sonia LAWSON AFODA, Pr Assistant en ORL-CMF au CNHU-HKM

Au Dr Arcadius AGBOKPONTON, DES d'ORL-CCMF au CNHU-HKM

À Sandrine YOVO, *étudiante à la FSS - Cotonou ; pour ta promptitude et ton aide combien inestimable*

Au personnel du service d'Odonto-Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU-YO, *vous nous avez adoptés dès le premier jour de notre stage. Merci pour l'ambiance conviviale.*

Aux Médecins en spécialisations en ORL-CCMF et au personnel de la Clinique Universitaire d'ORL-CCMF du CNHU-HKM, *pour votre accueil*

Au Dr Evariste DABIRE, *pour votre confiance, vos conseils et l'encadrement*

A M. Rock AHISSOU, *pour votre aide inestimable. Merci du fond du cœur.*

A M. Boyo PARE, *pour votre altruisme et la formation reçue de vous. Merci !*

A NOS MAÎTRES ET JUGES

À notre Maître et Président du jury

Professeur Kampadilemba OUOBA

Vous êtes :

- Professeur titulaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale à l'UFR-SDS de l'UO
- Ancien Interne des hôpitaux de Dakar
- Président de la Société Burkinabé d'ORL et de Chirurgie Cervico Faciale
- Coordonnateur de la section Médecine à l'UFR-SDS de l'U.O
- Coordonnateur du DES d'ORL-CCF à l'UFR-SDS
- Chef du service d'ORL-CCF du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
- Colonel des forces armées nationales du Burkina
- Chevalier de l'Ordre National

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théorique et pratique au cours de notre formation. Votre simplicité, votre contact facile, vos grandes qualités scientifiques et humaines nous ont beaucoup marqué. Vous forcez de ce fait notre admiration.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements qui ne sauraient suffisamment compenser la qualité de l'encadrement dont nous avons bénéficié de votre part.

Que Dieu vous accorde longévité, prospérité et paix à vous et à votre famille!

À notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Olga Mélanie LOMPO

Vous êtes :

- Professeur titulaire d'anatomie et de cytologie pathologiques à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé de l'Université de Ouagadougou,
- Chef de service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques- Unité de Médecine Légale du CHU-YO,
- Anatomopathologiste au CHU-YO,
- Chevalier de l'ordre national.

Cher Maître,

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction. Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques en troisième année de médecine. Vos connaissances scientifiques, votre constante disponibilité, vos qualités humaines et votre humilité forcent l'admiration. Nous vous sommes profondément reconnaissant de nous compter parmi vos étudiants. Vous nous avez faits confiance en acceptant de diriger ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression sincère de notre gratitude.

Que la main protectrice du Seigneur soit et demeure sur vous et sur tous ceux qui vous sont chers.

Ainsi soit-il !

À notre Maître et juge

Professeur Agrégé Théodore OUEDRAOGO

Vous êtes :

- Maître de conférences agrégé d'Anatomie Humaine et organogenèse à l'UFR-SDS à l'Université de Ouagadougou
- Ancien interne des hôpitaux de Dakar
- Président de la société burkinabé de chirurgie (SOBUCHIR)
- Chirurgien en chef de la clinique Notre Dame de la Paix
- Chevalier de l'ordre national

Cher Maître,

Déjà dans l'amphithéâtre, nous avons été séduit par l'étendue de vos connaissances. Nous avons été émerveillé par votre simplicité et vos grandes qualités humaines. Nous sommes sensible à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de juger notre travail malgré vos multiples occupations.

Que Dieu vous bénisse !

À notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur Imrane BIO-TCHANE,

Vous êtes :

- Maître Assistant en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie à la Faculté des Sciences de la Santé, Unité de Formation et de Recherche en Médecine à Cotonou, Bénin
- Chef de l'Unité de Stomatologie au CNHU-HKM Cotonou, Bénin
- Chirurgien maxillo-faciale Stomatologiste au CNHU-HKM de Cotonou, Bénin
- Membre du Conseil Economique et Social (C.E.S) de la République du Bénin
- Commandeur de l'Ordre National du Bénin

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de codiriger ce travail dans lequel vous vous êtes personnellement impliqué avec ardeur.

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de votre encadrement durant notre formation. Mais lors de la réalisation de ce travail vous avez fait preuve d'une promptitude et d'une grande disponibilité où nous avons encore beaucoup appris à vos côtés.

Votre simplicité, votre discrétion, votre accessibilité ainsi que votre rigueur scientifique légendaire à la FSS force notre respect et notre admiration. Aussi, nous sommes-nous rendu compte durant le temps passé à vos côtés pendant la réalisation de ce travail, de vos grandes qualités humaines et professionnelles. Cher Maître, les mots nous manquent pour vous traduire notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Seul le Créateur saura vous le rendre au centuple.

À notre Maître et juge,

Docteur Assita LAMIEN ép. SANOU

Vous êtes :

- Maître assistant en anatomie et cytologie pathologiques à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé de l'Université de Ouagadougou,
- Chef de service adjointe d'Anatomie et de Cytologie Pathologique- Unité de Médecine Légale du CHUYO,
- Anatomopathologiste au CHU-YO.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques en troisième année de médecine. Votre sens élevé de la pédagogie, vos immenses qualités humaines, votre rigueur dans le travail bien fait et votre disponibilité font de vous un encadreur remarquable et admiré. Trouvez, ici cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu, vous donner longue vie et vous combler vous et votre famille au-delà de vos attentes !

À notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur Tarcissus KONSEM,

Vous êtes :

- Maître Assistant en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- Stomatologiste, Chirurgien maxillo-faciale au CHU-YO

Cher Maître,

Durant notre stage pour la préparation de ce travail, nous avons découvert une discipline passionnante et un maître pétri de talent et d'expérience en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, riche d'une culture médicale et générale immense qu'il partage avec ses étudiants dans une ambiance propice à l'apprentissage. Nous avons découvert le service grâce à vous. Votre simplicité, votre disponibilité, votre générosité et votre humanisme font de vous un Maître très accessible et un modèle pour nous.

Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et que l'Éternel vous bénisse et vous garde !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Ar : arrière

Av : avant

CEDEAO : Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire - Yalgado Ouédraogo

CMF: Chirurgie Maxillo-Faciale

CNHU-HKM: Centre National Hospitalier Universitaire – Hubert Koutoukou
Maga

CHU-SS: Centre Hospitalier Universitaire – Sourou Sanon

GFAOP : Groupe Franco- Africain d'Oncologie Pédiatrique

Ht : haut

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL-CCMF: Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

OTP: orthopantomogramme

U.O: Université de Ouagadougou

WHO: World Health Organization

AVERTISSEMENTS

« Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.»

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les étages de la face	4
Figure 2 : Vue antéro latérale du maxillaire selon P. KAMINA	8
Figure 3 : Vue médiale du maxillaire selon P. KAMINA	8
Figure 4 : Vue antérolatérale de la mandibule selon P. KAMINA	11
Figure 5 : Vue médiale d'une hémi-mandibule selon P. KAMINA	12
Figure 6 : Embryologie de la dent selon OHSHIMA H.	14
Figure 7: Evolution du nombre de cas de 2001 à 2010.....	47
Figure 8: Répartition des patients par tranche d'âge et selon le centre d'étude.....	49
Figure 9: Répartition des patients selon le lieu de résidence et le centre d'étude.....	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients par sexe selon le centre d'étude.....	48
Tableau II : Répartition des patients selon la profession et selon le centre d'étude	50
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'une douleur, du type et du centre d'étude.....	51
Tableau IV : Répartition des patients selon le délai de consultaion et le centre d'étude	52
Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents et le centre d'étude.....	53
Tableau VI: Répartition des patients selon le siège des tumeurs bénignes et des kystes et selon le centre d'étude.....	54
Tableau VII : Répartition des patients selon la taille de la tumeur et le centre d'étude	55
Tableau VIII : Répartition de la fréquence du type d'imagerie selon le centre d'étude	56
Tableau IX : Répartition des types histologiques des tumeurs bénignes selon le centre d'étude.....	57
Tableau X: Répartition des types histologiques des kystes selon le centre .	58
Tableau XI: Répartition des patients selon le traitement chirurgical reçu en fonction de la pathologie et le centre d'étude	60
Tableau XII: Répartition des patients selon la durée du suivi et le centre d'étude	61
Tableau XIII: Répartition des patients selon le type de complications et le centre d'étude	62

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: GENERALITES	
I. RAPPELS.....	4
II. CLASSIFICATION	31
III. TRAITEMENT	35
IV. EVOLUTION - PRONOSTIC	39
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	
I. CADRE D'ETUDE.....	41
II. OBJECTIFS.....	43
III. METHODOLOGIE	44
IV. RESULTATS	47
V. DISCUSSION.....	63
CONCLUSION	78
SUGGESTIONS	79
ICONOGRAPHIE	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXES	I

INTRODUCTION

La face a depuis toujours inspiré de nombreux auteurs littéraires dont André MALRAUX qui dans son essai à l'art "les voix du silence" écrivait : *«Tout ce qui vient de la sensation peut être exprimé par les formes du corps ou par ses mouvements — la volupté par la courbe des seins, la joie par le dessin de la danse — quelle que soit l'abstraction des visages; mais la face est le moyen d'expression du sentiment »*. Par les muscles peauciers, la face donne, à la physionomie, son expression. Ainsi, toute affection de la face inquiète le patient, affecte son amour-propre.

Selon le rapport 2004 sur la santé du monde de l'organisation mondiale de la santé (OMS), les tumeurs constituent la première cause de morbidité et de mortalité due aux affections non transmissibles **(1; 2)**, faisant d'elles un réel problème de santé publique. Les tumeurs maxillo-faciales quant à elles, occupent la deuxième place en pathologie stomatologique et maxillo-faciale, après les traumatismes **(3)**. Les affections tumorales sur le plan didactique sont distinguées en tumeurs malignes, tumeurs bénignes et kystes **(4)**.

Les tumeurs bénignes et les kystes des maxillaires sont d'origines variées, suscitant ainsi plusieurs classifications dont celle de l'OMS **(5)**. Cette classification ne permet cependant pas de trancher sur le caractère tumoral ou kystique de certaines tumeurs comme le kératokyste rapporté par BORNSTEIN M. M et coll. **(6)** en Suisse. Il en est de même pour le fibrome cémento-ossifiant ayant fait l'objet d'études en France en 2004 par COURTOIS B. et coll. **(7)** et 2010 par HACHICHA I. et coll. **(8)** Ces derniers ont soulevé l'un, les difficultés pour le diagnostic différentiel et la classification du fibrome cémento-ossifiant du maxillaire, et l'autre des controverses dans la littérature concernant la nomenclature et l'étiopathogénie du fibrome cémento-ossifiant.

En Afrique les tumeurs bénignes et kystes des maxillaires présentent quelques particularités qui résident en l'observation de séries de grande taille, le retard à la consultation, le volume important de la tuméfaction entraînant des séquelles fonctionnelles et esthétique. En Afrique du Sud, en 2005, VIBHA J. **(9)** a réalisé une étude sur une série de 51 cas de tumeurs odontogéniques adénomatoïdes sur 50 ans.

Toute tumeur des maxillaires fait appel à une attitude thérapeutique spécifique. En effet, cette attitude thérapeutique dépend de plusieurs paramètres dont le type lésionnel. Ces questions sont importantes parce que les maxillaires participent à la fonction manducatrice et à la vie de relation dont la perturbation handicape sérieusement cette fonction.

La CEDEAO à travers l'OOAS œuvre pour une intégration et une harmonisation des curricula des formations en cours dans notre sous-région. Il serait alors nécessaire que les praticiens d'évoluer vers une pratique harmoniser dans la prise en charge des patients. Car ces derniers, du fait de la libre circulation dans l'espace CEDEAO traversent les frontières à la recherche de soins adéquat. Il serait alors judicieux d'harmoniser et de codifier la prise en charge des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires afin de renforcer l'efficacité de leur prise en charge. Dans ce même cadre, SAWADOGO S. **(10)** en 2007 avait réalisé une étude comparative portant sur 117 cas de tumeurs malignes des maxillaires entre le Bénin et le Burkina Faso. Au terme de cette étude, il est ressorti que l'incidence des cancers des maxillaires est plus élevée au Burkina Faso, bien que la présentation clinique soit quasi semblable. Par contre, l'histologie et le traitement étaient dissemblables. De plus, notre sous-région présente des caractéristiques socio-économiques relativement homogènes permettant d'envisager des synergies d'action dans la prise en charge de nos patients.

Ainsi nous avons réalisé cette étude comparative entre Burkina Faso et le Bénin, pour faire l'état des lieux sur les tumeurs bénignes des maxillaires.

Première Partie : GENERALITES

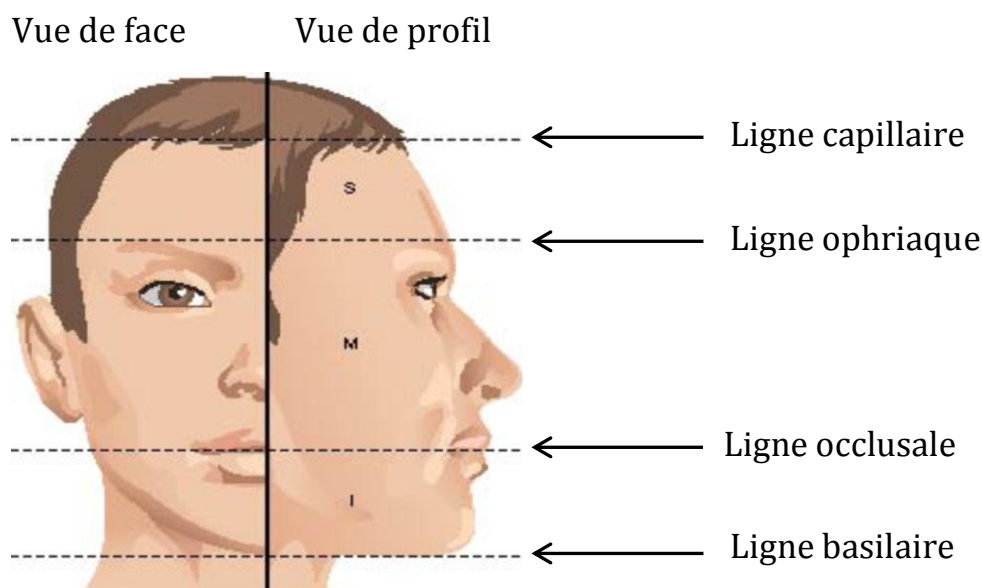
I. RAPPELS

Dans le but de mieux comprendre l'espace anatomique, site des tumeurs et kystes que nous étudierons, il est nécessaire de procéder à des rappels.

I.1. Rappels anatomiques

I.1.1. La face (11; 12; 13; 14)

La face est anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton. Elle se divise en trois étages : l'étage inférieur constitué par la mandibule, l'étage moyen correspondant au massif facial, enfin l'étage supérieur avec le bandeau frontal, constitue la zone frontière entre la voûte du crâne en haut et l'étage antérieur de la base du crâne en arrière (fig. 1).



S : étage supérieur **M** : étage moyen **I** : étage inférieur

Figure 1: Les étages de la face (15)

Le massif facial ou étage moyen de la face est compris entre le rebord orbitaire supérieur en haut et la ligne occlusale en bas. Il est constitué de

treize os dont un impair et médian, le vomer et douze pièces osseuses paires et symétriques (maxillaire, palatin, os zygomatique, os nasal, inguis, cornet nasal inférieur). Ces os sont unis entre eux et intimement soudés à la partie antérieure de la base du crâne. Ils forment le squelette du massif facial.

Les os de la face dérivent du mésenchyme et se développent à partir du viscérocrâne. La croissance de la face est longue et l'aspect définitif n'est atteint que vers l'âge de 25 ans.

I.1.2. Le maxillaire (13; 15; 16)

I.1.2.1. Anatomie descriptive

Le maxillaire est un os pair, et s'unit à celui du côté opposé pour former avec lui, la plus grande partie de la mâchoire supérieure.

Il est situé au-dessous de l'orbite, en dehors des fosses nasales, au-dessus de la cavité buccale.

En bas, il comporte le bord qui porte les dents.

En dedans, il comporte la face qui présente un large orifice.

En avant, le bord qui présente une large échancrure. Il a grossièrement l'aspect d'une pyramide triangulaire ayant trois faces (supérieure, antéro-latérale, postéro-latérale), une base médiale qui porte l'apophyse palatine, et un sommet latéral

A l'union des faces antéro-latérale, postéro-latérale et supérieure, s'implante la branche montante.

I.1.2.1.1. La face antéro-latérale ou face jugale

Elle présente le long de son bord inférieur, des bourrelets verticaux qui répondent à la racine des dents. Au centre, elle présente le foramen incisif étendu et profond qui répond aux deux prémolaires. Il donne insertion à sa partie supérieure au muscle canin, à sa partie inférieure au

muscle buccinateur. Au-dessus du foramen incisif, on a le foramen infra orbitaire (fig. 2).

I.1.2.1.2. La face postéro-latérale ou ptérygo-maxillaire

Elle présente à sa partie supérieure une gouttière oblique en haut, en dehors et en avant répondant au passage du nerf maxillaire. La face postéro latérale donne insertion au muscle ptérygoïdien latéral, au muscle ptérygoïdien médial, au-dessus et en dehors du précédent; au muscle buccinateur le long du bord alvéolaire.

I.1.2.1.3. La face supérieure ou orbitaire

Elle est triangulaire à sommet latéral. Elle est inclinée en bas, en dehors et en avant. Elle forme la plus grande partie du plancher de l'orbite. Elle est parcourue par la gouttière infra orbitaire. Cette gouttière donne passage au nerf infra orbitaire et aux vaisseaux du même nom.

Les faces supérieure, postéro-latérale et antérolatérale sont séparées par trois bords : antérieur, inférieur, postérieur et le sommet.

I.1.2.1.4. La face médiale ou face nasale

Elle est divisée en deux segments par l'apophyse palatine (fig. 3).

L'apophyse palatine : c'est une lame osseuse triangulaire, aplatie de haut en bas; implantée sur la face médiale, elle se porte horizontalement en dedans pour s'unir à celle du côté opposé. Elle présente une face supérieure lisse et une face inférieure rugueuse formant les 2/3 antérieurs de la voûte palatine

Le segment nasal : il entre dans la constitution de la paroi latérale des fosses nasales. Il est grossièrement quadrilatère. Il présente à sa partie moyenne, le hiatus maxillaire qui est un large orifice d'entrée du sinus maxillaire.

En avant du hiatus, on a la gouttière lacrymale qui occupe la moitié supérieure de ce segment.

Le segment buccal : c'est une surface étroite, rugueuse, comprise entre l'apophyse palatine et le bord alvéolaire. Il est courbe à concavité postéro-latérale.

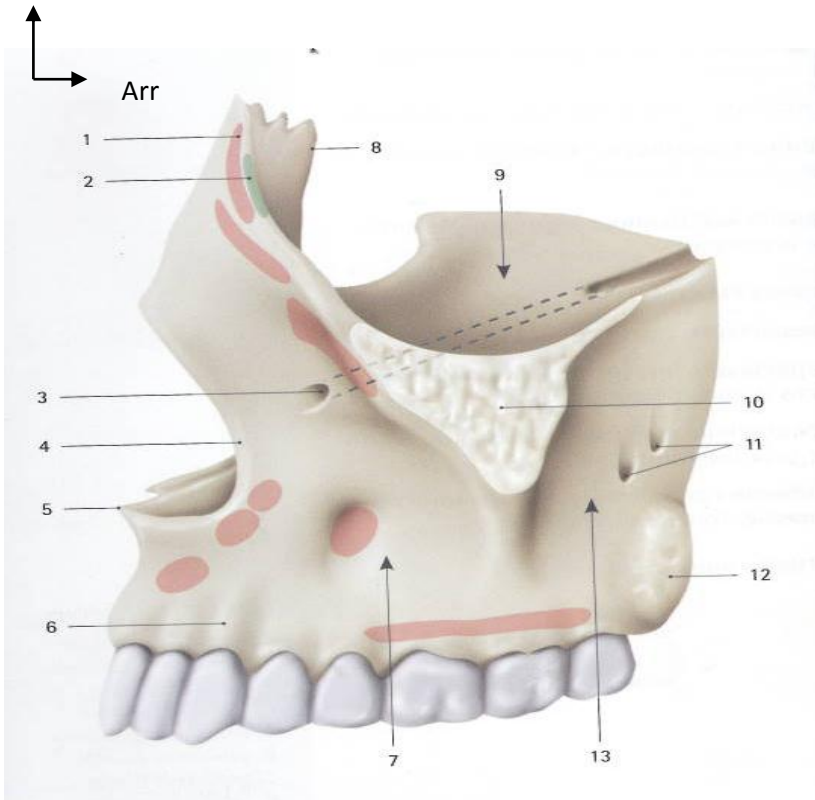
I.1.2.1.5. L'apophyse montante

C'est une lame osseuse quadrilatère, aplatie transversalement presque verticale. Elle se porte en haut, en arrière et en dedans. Sa face médiale fait partie de la paroi latérale des fosses nasales.

I.1.2.1.6. Le sinus maxillaire

Il occupe la paroi centrale du maxillaire. Il a la forme d'une pyramide triangulaire. Son sommet se prolonge souvent dans le malaire. Sa base s'ouvre dans les fosses nasales par le hiatus maxillaire qui est rétréci par l'apophyse unciforme de l'ethmoïde, le cornet inférieur, le palatin et l'unguis. Ses dimensions sont très variables suivant les sujets. La muqueuse du sinus maxillaire est peu épaisse à l'état normal. Elle est formée par un épithélium cilié, et par une couche conjonctive riche en glande à mucus, point de départ possible de kystes glandulaires ou de mucocèles du sinus. Le canal maxillaire fait communiquer la cavité sinusale avec la fosse nasale

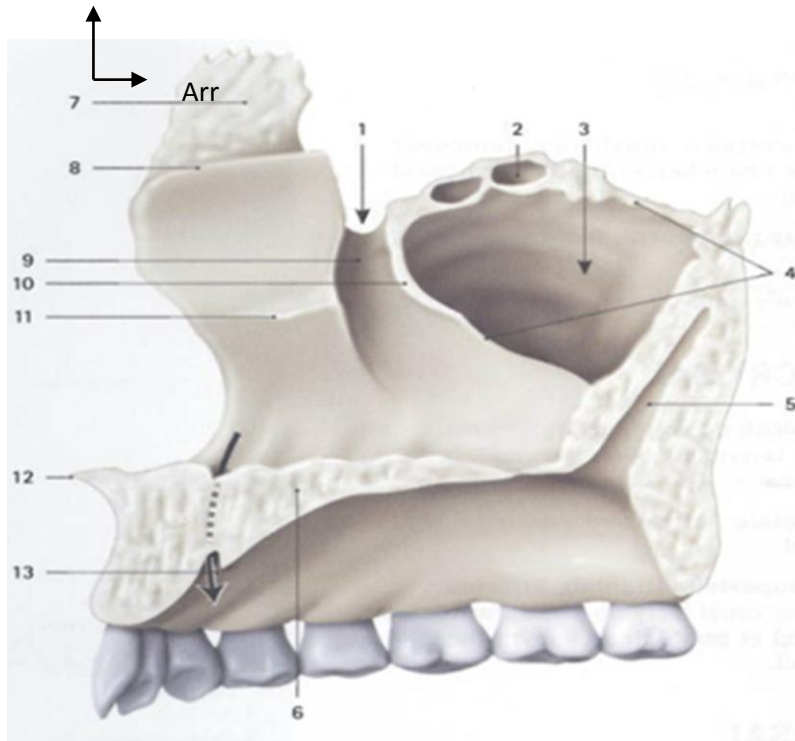
Ht



- 1- Processus frontal
- 2- Crête lacrymale antérieure
- 3- Foramen infra-orbitaire
- 4- Incisure nasale
- 5- Epine nasale antérieure
- 6- Jugum de la canine
- 7- Face jugale
- 8- Bord lacrymal
- 9- Face orbitaire
- 10- Processus zygomatique
- 11- Foramen alvéolaire
- 12- Tubérosité du maxillaire
- 13- Face infra temporale

Figure 2 : Vue antéro latérale du maxillaire selon P. KAMINA (15)

Ht



- 1- Incisure lacrymale
- 2- Cellule maxillaire
- 3- Sinus maxillaire
- 4- Hiatus maxillaire
- 5- Sillon grand palatin
- 6- Processus palatin
- 7- Processus frontal
- 8- Crête etmoïdale
- 9- Sillon lacrymal
- 10- Cornet lacrymal
- 11- Crête
- 12- Epine nasale antérieure
- 13- Foramen incisif

Figure 3 : Vue médiale du maxillaire selon P. KAMINA (15)

I.1.2.2. Vascularisation et innervation (17)

La vascularisation artérielle du maxillaire est assurée par les artères alvéolaires supéro-postérieure et infra-orbitaire; branches collatérales de l'artère maxillaire.

La vascularisation veineuse est tributaire des veines maxillaires, elles naissent du plexus ptérygoïdien, accompagnent l'artère maxillaire et acheminent le sang vers la jugulaire externe.

Le maxillaire est innervé par trois branches collatérales du nerf maxillaire :

- Le nerf alvéolaire supéro-postérieur, naît dans la fosse ptérygoïdien et pénètre dans la fosse infra-postérieure. Il chemine sous la muqueuse du sinus maxillaire où il se divise en plusieurs rameaux alvéolaires supéro-postérieurs
- Le nerf alvéolaire supéro-moyen prend naissance dans le sillon infra-orbitaire et se dirige dans la paroi latérale du sinus maxillaire. Il se termine en un rameau supéro-moyen.
- Le nerf alvéolaire supéro-antérieur naît dans le canal infra-orbitaire et se dirige dans la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis se divise en rameaux alvéolaires supéro-antérieurs

Les rameaux alvéolaires supéro-postérieur, supéro-moyen et supéro-antérieur participent à la constitution du plexus dentaire supérieur.

I.1.3. La mandibule (12; 13; 15; 16)

I.1.3.1. Anatomie descriptive

La mandibule, est un os impair médian, symétrique constituant à lui seul la charpente osseuse de l'étage inférieur de la face. Unique os mobile de la face, elle présente à décrire un corps ou corpus, le ramus portant le processus coronoïde et le condyle mandibulaire qui est une apophyse articulaire. Les deux zones sont réunies par l'angle mandibulaire. La mandibule s'articule en haut avec l'os temporal formant l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).

I.1.3.1.1. Le corps de la mandibule :

Incurvé en forme de fer à cheval ouvert en arrière, il présente une face externe, une face interne, un bord supérieur et un bord inférieur (fig. 4-A).

Chez l'adulte, le bord alvéolaire possède sur son bord supérieur huit alvéoles de largeur croissante d'avant en arrière de chaque côté. Elles portent les racines dentaires (fig.4).

Le bord inférieur ou basilaire, épais et arrondi, présente à sa partie postérieure le sillon de l'artère faciale.

La face externe présente : la symphyse mentonnière. De part et d'autre de la symphyse mentonnière, sous la deuxième prémolaire, s'ouvre l'orifice antérieur du canal dentaire : le foramen mentonnier (fig. 4-8). Il livre passage aux vaisseaux et nerfs mentonniers.

La face interne, un peu inclinée en bas et concave en arrière, elle présente un relief irrégulier : les apophyses géni supérieur et inférieur, la ligne mylo-hyoïdienne, le sillon mylo-hyoïdien. Ils sont respectivement la zone d'insertions musculaires que sont les génioglosses et génio-hyoïdien et le mylo-hyoïdien (fig. 5).

I.1.3.1.2. Les branches montantes de la mandibule

Elles se détachent de chaque côté de l'extrémité postérieure du corps. Ce sont des lames quadrilatères, aplaties de dehors en dedans, obliques en haut, et en arrière. Elles présentent deux faces et quatre bords.

Le bord inférieur est mince, concave en bas. Il se réunit avec le bord postérieur en formant un angle arrondi, l'angle de la mâchoire ou gonion.

Le bord supérieur présente l'apophyse coronoïde en avant, le condyle en arrière, séparés par l'échancrure sigmoïde. L'apophyse coronoïde est située à l'angle antéro-supérieur de la branche montante et donne insertion au muscle temporal. Le condyle est une éminence oblongue, horizontale à grand axe oblique en arrière et en dedans. Le col du condyle unit le condyle à la branche montante. L'échancrure sigmoïde : elle est concave en haut.

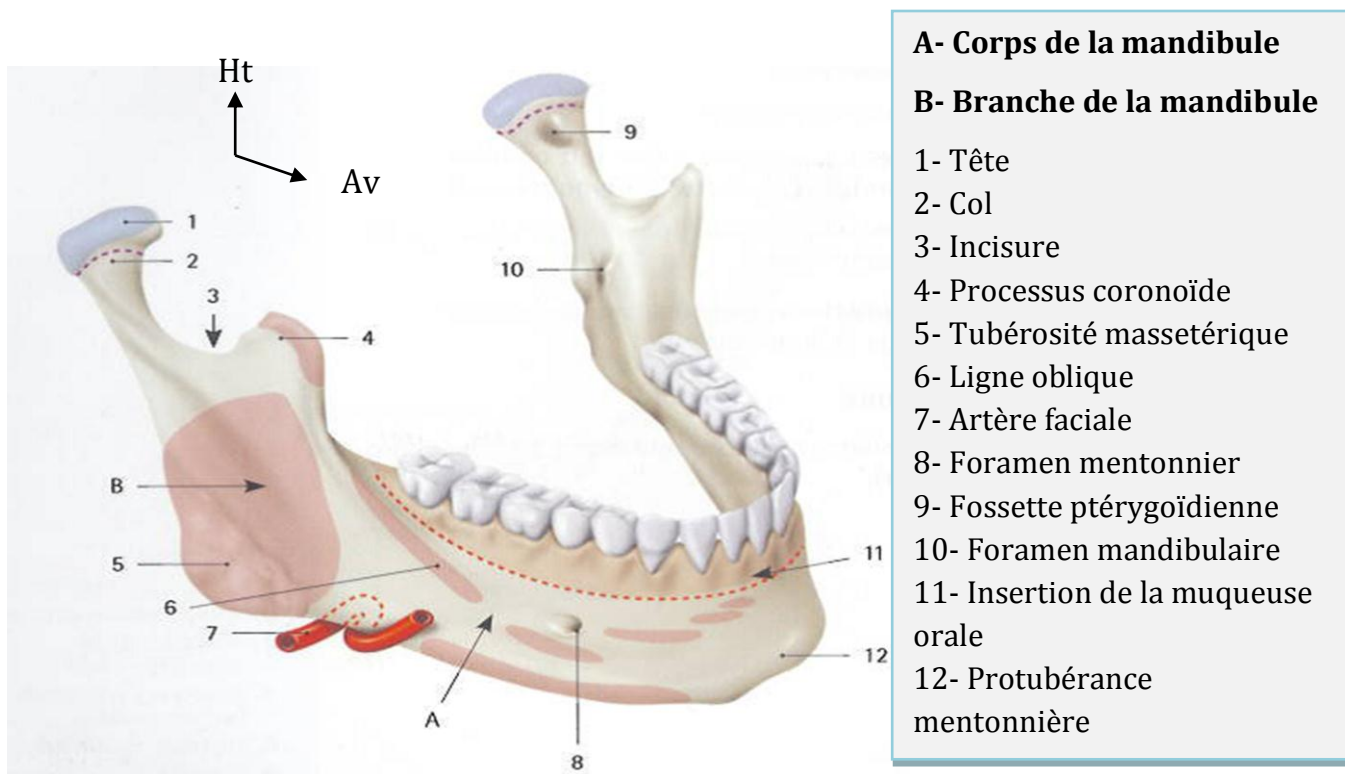
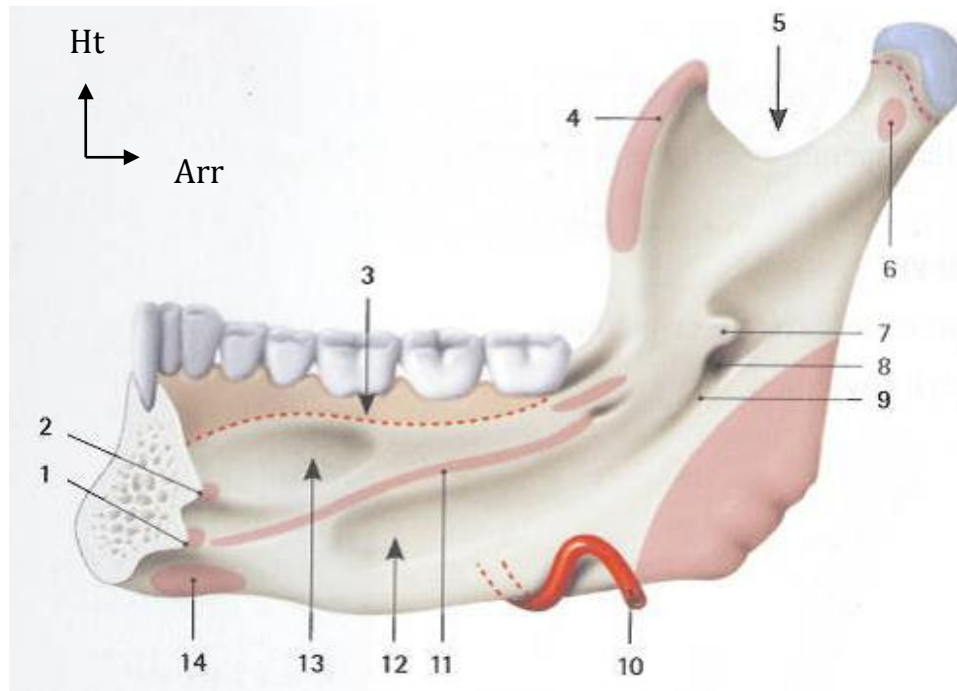


Figure 4 : Vue antérolatérale de la mandibule selon P. KAMINA (15)



- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1.Epine mentonnière inférieure | 8.Foramen mandibulaire |
| 2.Epine mentonnière supérieure | 9.sillon mylo-hyoïdien |
| 3.Insertion de la muqueuse orale | 10.a. faciale |
| 4.Processus coronoïde(m. temporal) | 11.Ligne mylo-hyoïdien |
| 5.Incisure mandibulaire | 12.Fosse submandibulaire |
| 6.Fossette ptérygoïdienne | 13.Fosse sublinguale |
| 7.Lingula mandibulaire | 14.Fossette digastrique |

Figure 5 : Vue médiale d'une héli-mandibule selon P. KAMINA (15)

I.1.3.2. Vascularisation et innervation (17)

La vascularisation artérielle de la mandibule est assurée par l'artère alvéolaire inférieur, une branche collatérale de l'artère maxillaire, elle-même branche terminale de l'artère carotide externe. C'est une vascularisation du type termino-terminal.

Le sang veineux de la mandibule est recueilli et drainé par les veines maxillaires vers la veine jugulaire externe et la veine faciale.

La mandibule est innervée par le nerf alvéolaire inférieur. Branche terminale du nerf mandibulaire, il naît dans la fosse infra-temporale et

chemine entre les muscles ptérygoïdiens médial et latéral. Il pénètre par le foramen mandibulaire dans le canal mandibulaire qu'il parcourt jusqu'au foramen mentonnier et devient nerf mentonnier et innerve les téguments du menton, la muqueuse et la peau de la lèvre inférieure. Il donne des branches collatérales : le nerf mylo-hyoïdien qui donne des rameaux dentaires pour les prémolaires et les molaires qui rejoignent le plexus dentaire inférieur constitué par les rameaux alvéolaires inférieurs.

I.1.4. La dent (16)

I.1.4.1. Embryologie de la dent

Le développement embryologique de chaque bourgeon dentaire résulte d'interactions entre la lame dentaire, invagination de l'épithélium buccal primitif, et l'ectomésenchyme, tissu conjonctif colonisé par des cellules nées des crêtes du nerf trijumeau, et ayant migré dans les ébauches maxillaires et mandibulaires **(18; 19)**.

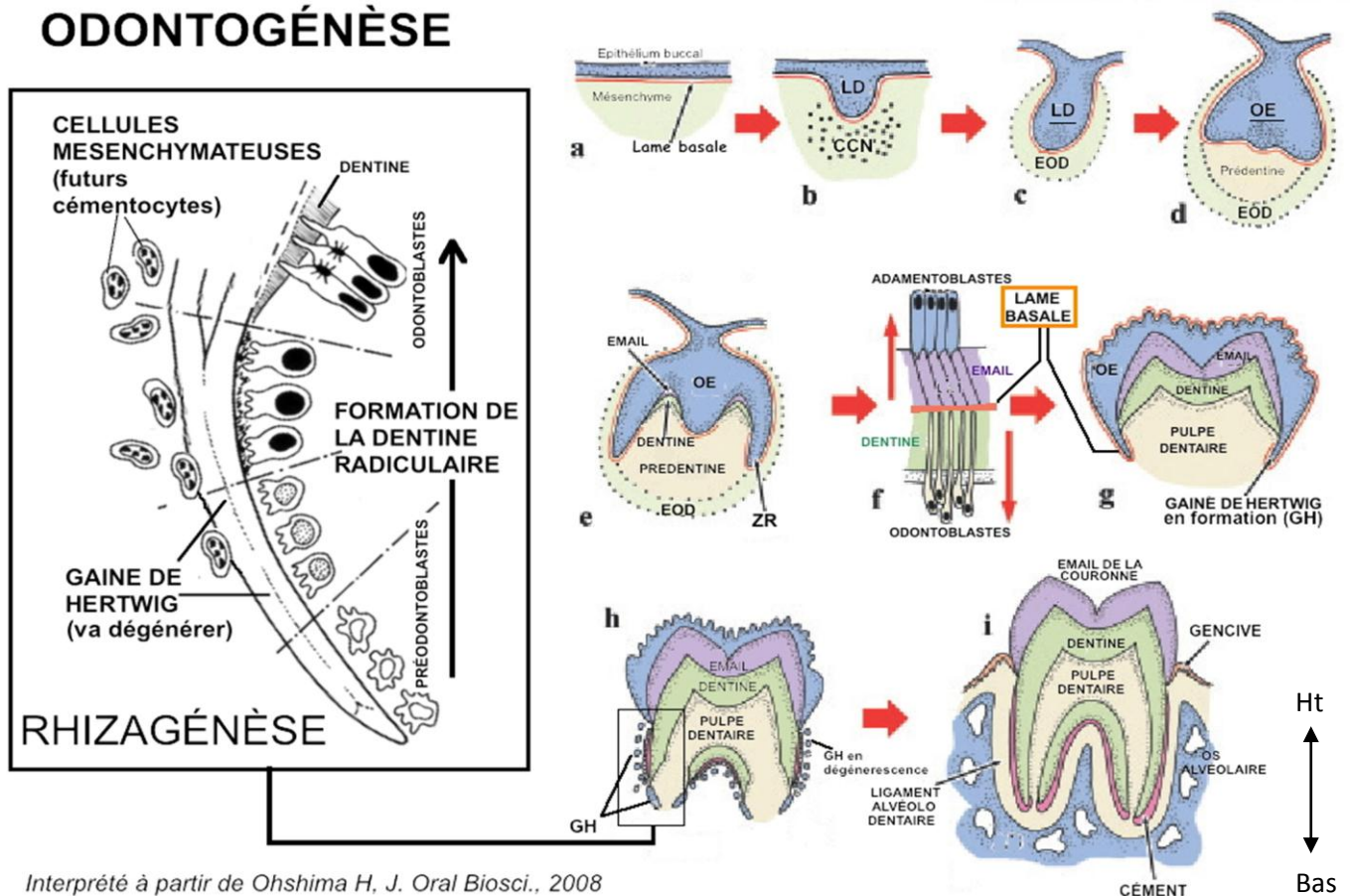
Sous l'induction de l'ectomésenchyme, l'organe de l'émail naît de la lame dentaire chez l'embryon de 60 mm et est responsable de la formation de l'émail. Il comporte 4 assises cellulaires dont les zones de réflexion périphériques sont à l'origine de la future gaine d'Hertwig (fig. 6).

Les préaméloblastes induisent en retour, dans la papille dentaire mésenchymateuse, la différenciation des fibroblastes de surface en odontoblastes, responsables de la formation de dentine. Par ailleurs, les crêtes d'Hertwig influencent l'édification de la dentine au niveau radiculaire. La sécrétion de la dentine provoque le stimulus nécessaire à la maturation des préaméloblastes en améloblastes, lesquels sécrètent de l'émail à la surface de la dentine dans l'aire coronaire. Les cémentoblastes apparaissent en périphérie de la racine et sécrètent le ciment après désagrégation des crêtes d'Hertwig en *débris épithéliaux de Malassez* ; ces derniers persisteront dans le ligament périodontal. La papille

mésenchymateuse devient la pulpe dentaire bordée en périphérie d'odontoblastes fonctionnels.

Les interactions entre les différentes parties du germe dentaire normal et leur morphologie sont reproduites à plus ou moins grande échelle dans la plupart des tumeurs odontogéniques.

ODONTOGÉNÈSE



Interprété à partir de Ohshima H, J. Oral Biosci., 2008

- A : vers la 6^{ème} semaine de la vie intra-utérine : formation de la LD
- B : 8^{ème} semaine de la vie intra-utérine : formation de l'OE
- C : 10^{ème} semaine de vie intra utérine : début différenciation des adamantoblastes
- D : 16^{ème} semaine de la vie intra utérine : sécrétion de la prédentine et formation de l'os alvéolaire du maxillaire
- E : semaines qui entourent la naissance : fin différenciation des adamantoblastes et sécrétion de l'émail
- F : à partir du 6^{ème} mois après la naissance : rhizagénèse puis 1^{ère} dentition
- G : de l'enfance à la fin de l'adolescence : 2^{ème} dentition I : dent normale
- LD : lame dentaire EOD : épithélium odontoblastique unistratifié OE : organe de l'émail
- CCN : cellules issues de la crête neurale ZR : zone de réflexion GH : gaine de Hertwig

Figure 6 : Embryologie de la dent selon OHSHIMA H. (20)

I.1.4.2. Caractères généraux

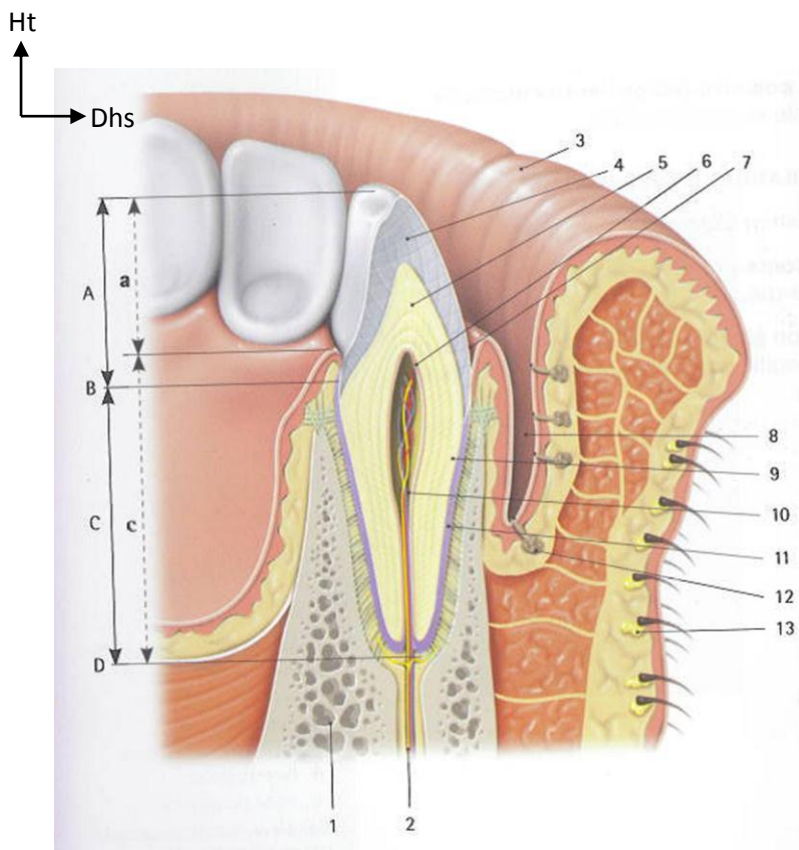
Les dents sont des organes de consistance dure, de coloration blanche, implantées sur les bords alvéolaires des maxillaires.

Deux séries de dents se succèdent au cours de la vie : les dents temporaires ou dents de lait, et les dents définitives ou dents permanentes. La transition dents de lait dents permanentes est appelée dentition mixte.

La dentition temporaire ou dents de lait apparaît entre 6 mois et 30 mois. A 3 ans en général, la dentition lactéale est complète et comprend 20 dents (fig. 6). La dentition mixte correspond à la cohabitation entre dents de lait et dents permanentes. Elle correspond à la période de 6 ans à 12 ans. La dentition permanente ou dentition définitive est formée de 32 dents.

Chaque dent est composée de trois parties. La racine incluse dans l'alvéole, la couronne qui fait saillie hors du bord alvéolaire, le collet par lequel la racine s'unit à la couronne. La dent est creusée d'une cavité centrale, appelée cavité pulpaire. La cavité pulpaire contient la pulpe de la dent, composée d'un tissu conjonctif rougeâtre et d'une ramification de vaisseaux et de nerfs. La cavité pulpaire est entourée par une substance dure, de couleur jaune appelée dentine ou ivoire. L'ivoire est lui-même recouvert sur la couronne par un tissu transparent, plus dur encore appelé l'émail. Sur la racine, l'ivoire est recouvert par un tissu résistant, jaune opaque appelé le cément (fig. 7).

L'odonte constitue la structure propre de la dent (émail, ivoire, pulpe). Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent (gencive, desmodonte, ciment).



A-Couronne de la dent

a-Couronne clinique

B-Collet de la dent

C-Racine de la dent

c-Racine clinique

D-Apex de la dent

1-Os alvéolaire

2-a. v. n. dentaires

3-Lèvre inférieure

4-Email

5-Dentine

6-Prédentine

7-Sillon gingival

8-Vestibule

9-Couche granulaire

10-Cavité pulpaire

11-Cément

12-Glande labiale

13-Glande sébacée

Figure 7: coupe sagittale d'une dent selon P. KAMINA (15)

I.1.4.3. Vascularisation et innervation

Les artères proviennent de l'alvéolaire et du rameau dentaire de l'infra orbitaire pour le maxillaire, de la dentaire inférieure pour la mandibule.

Les dents du maxillaire sont innervées par les nerfs dentaires postérieur, moyen et antérieur, branches du nerf maxillaire. Celles de la mandibule, par le nerf dentaire inférieur, branche du nerf mandibulaire.

I.2. Rappels histologiques

I.2.1. Les maxillaires (10)

Le maxillaire se forme à partir d'une lame de tissu conjonctif (ossification inter membraneuse). Sa structure est variable selon l'âge. Ainsi, chez le nouveau-né, il est globuleux et contient des dents de lait et des ébauches de dents définitives. Chez l'adolescent, on retrouve peu de tissu spongieux, sauf au niveau des tubérosités. Chez l'adulte, on retrouve une région antérieure à mailles osseuses peu serrées et une région postérieure à mailles serrées, qui entourent le sinus maxillaire.

La mandibule par contre se forme à partir d'une ébauche cartilagineuse : le cartilage de MECKEL (ossification endochondrale). Il s'agit d'un os plat, formé d'une couche d'os spongieux ou diploé, de part et d'autre de laquelle on retrouve une couche d'os compact : les tables interne et externe. L'os spongieux est à mailles larges et est le siège de structures nerveuses et lymphatiques.

Le tissu osseux des maxillaires est constitué, comme les autres tissus osseux : de cellules, de fibres et d'une matrice extracellulaire.

I.2.1.1. Les cellules

I.2.1.1.1. Les ostéoblastes

Ce sont des cellules cubiques situées au niveau des surfaces externe et interne du tissu mature ou immature. Ils se distinguent donc des ostéocytes qui sont toujours localisés au cœur du tissu osseux.

Les ostéoblastes envoient des expansions cytoplasmiques s'enfonçant dans la matrice osseuse et qui établissent des contacts de type jonction gap avec des ostéocytes et d'autres ostéoblastes. L'activité ostéoformatrice des ostéoblastes s'achève par leur différenciation en ostéocytes, lorsque la cellule est totalement entourée de matrice calcifiée. Alternativement, on

peut observer la mort par apoptose des ostéoblastes ou leur mise au repos sous forme de cellules quiescentes nommées cellules bordantes.

I.2.1.1.2. Les ostéocytes

Pendant que l'os se développe, des ostéoblastes sont piégés et restent isolés dans des lacunes. A ce stade, les ostéoblastes arrêtent de former de l'os nouveau et prennent le nom d'ostéocytes. Ceux-ci sont nourris par le liquide interstitiel des canalicules osseux (présent dans l'os compact).

I.2.1.2. Matrice osseuse

Elle comprend une phase minérale et une phase organique.

I.2.1.2.1. Phase minérale

Elle est constituée de cristaux dont la composition chimique comprend l'hydroxylapatite (phosphate de calcium cristallisé) et le carbonate de calcium. Des ions calcium et phosphates sont situés en surface de ces cristaux et participent à des échanges rapides avec le liquide interstitiel et avec le courant sanguin. Ainsi, l'os contient 98% du calcium de l'organisme et représente un réservoir essentiel de calcium.

I.2.1.2.2. Phase organique

Elle est composée de micro-fibrilles de collagène I, de protéoglycanes, ainsi que de trois molécules impliquées dans la minéralisation de la matrice : l'ostéocalcine, l'ostéopontine et l'ostéonectine. La phase organique contient également de la thrombospondine, molécule qui joue un rôle dans l'attachement de l'ostéoclaste à la matrice lors de la phase de résorption.

On retrouve différents types histologiques de tissu osseux au niveau des maxillaires :

L'os immature : il est retrouvé au niveau de la mandibule. Encore appelé os réticulaire, os non lamellaire, il est caractérisé par son faible niveau de

calcification et par l'absence d'orientation organisée des fibres de collagène qui s'entrecroisent.

L'os mature : il est appelé os lamellaire car il est formé de lamelles osseuses superposées. Ces lamelles sont séparées les unes des autres par des rangées d'ostéocytes contenues dans leurs ostéoplastes. A la différence du tissu réticulaire, les fibres de collagène du tissu osseux mature sont orientées parallèlement les unes par rapport aux autres et forment ainsi des lamelles. On distingue :

Le tissu osseux compact : les lamelles osseuses forment ici des ensembles circulaires nommés ostéons ou système de HAVERS. Chaque ostéon est centré par un canal, le canal central de l'ostéon (canal de HAVERS), au sein duquel circulent des capillaires sanguins et des fibres nerveuses amyéliniques. Les ostéons sont séparés par des ostéons incomplets, qui dérivent de la résorption partielle d'ostéons. Les lamelles osseuses formant ces ostéons incomplets sont nommées lamelles osseuses interstitielles. Par ailleurs, les ostéons sont reliés les uns aux autres ainsi qu'à la surface de l'os par des canaux transversaux, les canaux de WOLKMAN. Ceux-ci confèrent une résistance maximale au tissu osseux, en répartissant les forces de pression.

Le tissu spongieux : il est formé par un réseau de trabécules osseuses consistant en quelques lamelles et en ostéocytes, connectés entre elles par des canalicules. Les espaces entre les trabécules contiennent de la moelle osseuse rouge.

I.2.2. L'os alvéolaire (10)

Il est, en continuité avec l'os basal du maxillaire et de la mandibule, de même composition (matrice organique et cristal d'hydroxyapatite). Il constitue un élément de soutien des dents et possède des capacités d'adaptation.

I.2.3. Le tissu gingival (10)

Le tissu gingival ou gencive est la partie de la muqueuse buccale qui recouvre le bord alvéolaire des maxillaires. Il est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié de type épidermoïde, qui repose sur un chorion dense riche en fibres de collagène dites gingivales et non infiltré par des glandes salivaires.

I.3. Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires

I.3.1. Définition

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

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

I.3.2. Epidémiologie

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont de loin les plus fréquentes de la pathologie tumorale des maxillaires. On distingue plusieurs types de tumeurs bénignes, regroupées en tumeurs odontogènes et en tumeurs non odontogènes **(21; 22)**.

Les tumeurs odontogènes sont des tumeurs où le tissu dentaire et la dent jouent un rôle direct, dans leur développement. Le chef de file des tumeurs odontogènes est l'améloblastome qui représente environ 30%, des tumeurs bénignes de la mandibule **(23)**. Les tumeurs non odontogènes sont des tumeurs qui se développent indépendamment du tissu dentaire, où le rôle des dents dans leur genèse est indirect.

I.3.3. Clinique

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont caractérisées par une évolution lente, avec augmentation progressive de volume, déformant le visage ou une partie de la cavité buccale.

Les signes fonctionnels sont essentiellement constitués par la douleur qui d'ailleurs n'est pas constante, en dehors d'une note inflammatoire.

Les signes physiques : l'examen exo buccal et endobuccal permettent de mettre en évidence la tuméfaction qui déforme la cavité buccale et ou le

visage. La consistance de la tuméfaction est variable et dépend du type de tumeur. Les mobilités dentaires expriment une lyse alvéolaire.

On distingue ainsi plusieurs types de tumeurs bénignes des maxillaires (24; 22).

I.3.4. Types histologiques des tumeurs bénignes des maxillaires

I.3.4.1. Les tumeurs odontogènes

I.3.4.1.1. L'améloblastome (25; 23; 26)

C'est la classique adamantinome. Elle dérive des cellules épithéliales de l'organe de l'émail ou de la lame dentaire, des débris épithéliaux de Malassez, et très rarement de l'épithélium des kystes péri coronaires. C'est la plus fréquente des tumeurs odontogènes. Elle atteint le plus souvent la mandibule, avec comme siège de prédilection l'angle mandibulaire. L'âge moyen de sa survenue est de 30 à 50 ans.

Cliniquement, l'améloblastome se présente comme un gonflement fusiforme ou cylindrique qui souffle l'os. Plus de 90% des améloblastomes siègent dans la mandibule, au voisinage d'une dent de sagesse. C'est une tuméfaction d'évolution lente. Elle peut être découverte fortuitement, lors d'un examen radiologique. Le sillon vestibulaire est comblé, mais le plancher buccal est normal. Les téguments ne sont pas atteints. L'état général est conservé. A la palpation, la tuméfaction est dure par endroits, rénitente en d'autres endroits donnant l'aspect en «balle de ping-pong».

Les images radiologiques réalisent le plus souvent un aspect multiloculaire ou uniloculaire. La tomодensitométrie précise l'usure de la corticale.

L'histologie permet de distinguer plusieurs types d'améloblastomes.

- L'améloblastome folliculaire : est caractérisée par des cellules cylindriques, ressemblant aux améloblastes, avec en périphérie un

stroma plus ou moins abondant. Le centre est occupé par des cellules étoilées, rappelant les cellules de la gelée de l'émail.

- L'améloblastome plexiforme : on a des cellules prismatiques disposées en travées plus ou moins anastomotiques. Elles renferment en leur centre des cellules du réticulum étoilé.
- L'améloblastome à cellules granuleuses : présente des cellules prismatiques en périphérie, et des cellules centrales globuleuses chargées de granulations. Leur grande abondance entraîne parfois la disparition des cellules prismatiques du type améloblaste.

I.3.4.1.2. Le myxome odontogène (25; 26)

C'est une tumeur conjonctive rare, dérivant du tissu mésenchymateux embryonnaire du follicule ou du tissu parodontal du sac dentaire. Il s'agit d'une tumeur du sujet jeune, développée dans les régions molaires, souvent associée à une inclusion de la première ou de la troisième molaire. Elle peut être assez volumineuse, et déformer les deux tables mandibulaires, ou envahir les sinus.

A la radiographie, on a une image avec des contours nets polycycliques à aspect aréolaire, avec de nombreuses logettes, séparées par des cloisons réalisant un quadrillage entrecroisé. Les corticales peuvent être effacées, mais non éclatées.

A la tomodynamométrie, l'aspect quadrillé fait place à des géodes de formes arrondies.

A l'histologie, on note des cellules anarchiques étoilées, dissociées dans un stroma mucoïde avec parfois quelques travées grêles de substance hyaline.

I.3.4.1.3. Les odontomes (25; 26)

Ce sont des tumeurs épithélio conjonctives, formées de tissu dentaire. On distingue, suivant la différenciation et la maturation du tissu dentaire, l'odontome complexe et l'odontome composé.

A la clinique, on note une inclusion et des déplacements dentaires. Les odontomes composés sont les formes les plus fréquentes, et se voient surtout au maxillaire. Les odontomes complexes sont assez volumineux, et se rencontrent dans la région molaire inférieure. Ils entraînent peu de déformation, mais se marquent par la rétention des deuxième et troisième molaires.

La radiographie met en évidence une opacité comparable à l'opacité dentaire séparée de l'os environnant par un espace clair.

A l'histologie, l'odontome complexe présente des tissus dentaires disposés d'une manière anarchique. L'odontome composé se caractérise par une disposition des tissus dentaires, se rapprochant de celle d'une dent avec parfois des images de juxtaposition dentaire réunies par du ciment.

I.3.4.1.4. Les fibromes odontogènes (25; 26)

Au niveau de la mandibule, ils siègent à la partie moyenne de la branche horizontale de la mandibule. On distingue le fibrome ossifiant et le fibrome non ossifiant. Le fibrome ossifiant est une tumeur à évolution lente. On la rencontre dans la région malaire, où elle peut entraîner une opacité diffuse, et dans la région molaire de la mandibule où elle se traduit par une image claire bien limitée contenant des quantités variables de substances opaques.

Au début, la radiographie peut se traduire par une image claire appendue à l'apex d'une dent en évolution.

A l'histologie, on a une prolifération fibroblastique qui renferme des fragments d'épithélium odontogène.

I.3.4.1.5. Les cémentomes (25; 26)

Il s'agit d'un ensemble de lésions constituées principalement de pseudo ciment, mais d'autant plus mal définies que le ciment peut s'accroître en réponse à divers stimuli. On distingue la dysplasie apicale cémentaire, et le fibrome cémentifiant.

La dysplasie apicale cémentaire se voit chez les femmes ménopausées et affecte plusieurs dents de la région incisive inférieure. Radiologiquement, on décrit trois phases. Une première phase avec des zones apicales plus ou moins limitées. Une deuxième phase avec apparition de petites opacités irrégulières. Une troisième phase, après plusieurs années d'évolution, avec apparition de petites taches arrondies très denses entourées d'un liséré clair.

Le fibrome cémentifiant atteint les deux sexes, et siège dans la région prémolaire et molaire inférieure. A la radiographie, il existe une opacité transparente bien limitée contenant une quantité variable de matériel opaque.

I.3.4.2. Les tumeurs non odontogènes

I.3.4.2.1. L'ostéome (24; 26)

C'est une tumeur qui se voit surtout chez les sujets jeunes. Elle est dure à la palpation. A la mandibule, elle peut déformer la branche horizontale dans les régions sous maxillaires ou alvéolaires. Au niveau du maxillaire, la localisation peut être palatine centrale, latérale ou sinusienne. L'ostéome se présente sous forme d'exostose ou sous forme d'énostose.

A la radiographie, les exostoses se caractérisent par une opacité homogène s'estompant sur les bords. Pour les énostoses, la radiographie rétro-alvéolaire montre une image arrondie opaque.

I.3.4.2.2. Le torus (25)

On distingue deux types de torus :

Le torus palatin : C'est une exostose de la voûte palatine développée à partir de la suture inter maxillaire des apophyses palatines. Il est toujours médian. Il se transmettrait par hérédité autosomale dominante.

Le torus mandibulaire : C'est une exostose siégeant à la face interne de la mandibule en regard des prémolaires. Il est toujours bilatéral. Il se transmettrait par hérédité autosomale dominante.

La radiographie montre une opacité homogène s'estompant sur les bords.

I.3.4.2.3. Le granulome réparateur (27)

C'est une tumeur bénigne des maxillaires qui atteint la femme plus que l'homme. On distingue le granulome réparateur central et le granulome réparateur périphérique ou épulis. La forme centrale représente 7% des tumeurs bénignes des maxillaires.

Cliniquement, l'affection se manifeste par une tuméfaction, le plus souvent indolore responsable, selon sa localisation, d'asymétrie faciale ou d'obstruction. La croissance tumorale est, en général, lente.

La radiographie montre une lacune à contours irréguliers avec des cloisons de réfant.

I.3.4.2.4. Le chondrome (26)

C'est une tumeur conjonctive. Elle se voit surtout chez les sujets jeunes. A la mandibule, le chondrome siège à la symphyse, au niveau de l'angle, dans la région condylienne ou coronoïdienne. Au niveau des maxillaires, il siège dans les régions incisives et para sinusiennes.

A la radiographie, on a classiquement une image radio claire uniforme. Rarement, la clarté est parsemée de foyers opaques pommelés séparés par de fines cloisons.

I.4. Rappels sur les kystes des maxillaires

I.4.1. Définition (28)

Les kystes des maxillaires sont des lésions intraosseuses, odontogéniques et non odontogéniques, possédant une structure histologique particulière caractérisée par la présence d'une enveloppe épithéliale, kératinisée ou non, et un contenu liquide, semi-liquide ou solide.

I.4.2. Epidémiologie (29; 26)

Ce sont des affections fréquentes. Elles occupent une place importante dans la pathologie tumorale des maxillaires. Les kystes d'origine dentaire dominant la pathologie kystique des maxillaires.

I.4.3. Clinique (29; 26)

La symptomatologie des kystes comporte trois phases :

La phase de latence : elle est souvent de découverte fortuite. L'examen clinique ne montre rien de particulier. La radiographie, bien centrée, révèle une image radio claire à contours arrondis bien limités.

La phase de déformation : la déformation faciale n'est possible que si le kyste est volumineux et vestibulaire. La déformation intra buccale est plus rapide. Au palper, l'os dur au début semble épais au niveau de l'une de ses tables. Ensuite, la corticale osseuse soufflée, se raréfie et entoure une tumeur liquidienne et rénitente sous la muqueuse.

La phase d'extériorisation : l'ouverture survient le plus souvent, après incision ou avulsion de la dent causale dans les kystes d'origine dentaire. Mais, elle peut être spontanée suite à une suppuration. La fistule donne un liquide séreux ou séro-purulent.

I.4.4. Types histologiques des kystes des maxillaires

I.4.4.1. Les kystes odontogènes

I.4.4.1.1. Les kystes dentaires (26; 30)

Ils se rencontrent au niveau des dents qui présentent des difficultés. On les appelle kystes folliculaires ou kystes péri coronaires selon que la dent est en formation et non évoluée, ou que la dent est évoluée et incluse. Ils se rencontrent chez l'enfant et l'adolescent. Ce sont des kystes uniloculaires. Ils se développent à partir de l'émail d'une dent n'ayant pas fait éruption. Ils s'insèrent au collet de la dent en englobant la couronne parfaitement saine.

L'évolution est le plus souvent indolore.

La radiographie montre à la phase de latence, un espace clair autour de la couronne. A la phase de formation, la radiographie montre une zone transparente bien limitée, associée à la couronne d'une dent incluse.

L'histologie montre un épithélium malpighien qui revêt la cavité, et se prolonge avec l'épithélium de l'émail qui couvre la couronne d'une dent. Il contient parfois de place en place, des cellules à mucus ou de petits îlots de cellules odontogènes.

I.4.4.1.2. le kyste odontogène calcifié (31)

Encore appelé kyste odontogène épithélial calcifiant, il loge presque toujours dans la région prémolaire de la mandibule.

Son image radiologique est celle d'une lésion transparente qui se combine, avec une dent incluse et de petits points de calcification.

A l'histologie, on a un épithélium complexe qui comprend de dehors en dedans, une assise basale de cellules cylindriques, une zone de cellules anastomosées, et des groupes de cellules qui forment des amas momifiés et calcifiés.

I.4.4.2. Les kystes non odontogènes

I.4.4.2.1. Le kyste nasolabial (31; 30)

Il est localisé dans les parties molles du pli nasolabial et de la narine. A l'histologie, on a un revêtement d'épithélium cylindrique simple pseudo stratifié, et d'un épithélium malpighien.

I.4.4.2.2. Le kyste nasopalatin

Il se développe aux dépens des vestiges épithéliaux du canal nasopalatin qui fait normalement communiquer, les cavités buccale et nasale chez l'embryon humain, et qui disparaît avant la naissance. Il est situé soit dans la région de la papille palatine, soit plus haut dans le maxillaire.

La radiographie montre une image typique en forme de cœur de carte à jouer.

A l'histologie, il est tapissé d'un épithélium cylindrique cilié, de type respiratoire, avec de nombreux filets dans sa paroi.

I.4.4.2.3. Le kyste médian palatin ou mandibulaire

Ces kystes sont situés sur la ligne médiane alvéolaire palatine ou mandibulaire. Leurs étiologies ne sont pas établies ; pour certains, ce sont des kystes odontogéniques. Le signe clinique majeur est une tuméfaction indolore. L'image radiologique est celle d'un kyste bien délimité **(28)**.

I.4.4.3. Les kystes inflammatoires

I.4.4.3.1. Les kystes radiculaires ou kystes apicaux (26; 31)

Ce sont les plus fréquentes. Ils sont consécutifs à une infection chronique, des cellules épithéliales d'un granulome d'une dent permanente nécrosée par traumatisme ou par une carie pénétrante, avec gangrène pulpaire chronique. L'évolution s'échelonne sur des années. Parfois une surinfection permet de les détecter plus précocement.

La radiographie montre une image radio claire, plus ou moins vaste appendue à un apex. Cette image est cernée par une ligne simple ou double contournant parfois les apex voisins.

L'histologie montre un revêtement malpighien, infiltré par de multiples éléments lymphocytaires et histiocytaires qui se répandent en nappe dense dans toute la paroi. Ce revêtement contient des cristaux de cholestérol, des corpuscules hyalins dits corps de Rushton.

I.4.4.4. Les kystes non épithéliaux

I.4.4.4.1. Le kyste anévrisimal (28)

Cette lésion affecte des individus jeunes, de moins de 30 ans, plus souvent des femmes que des hommes. Elle siège plus fréquemment à la mandibule qu'au maxillaire, dans la région postérieure de la branche horizontale, à l'angle et dans la partie ascendante du ramus.

Cliniquement, cette lésion produit une tuméfaction ferme et une malocclusion qui s'aggrave, et la vitesse de son développement est souvent décrite comme rapide, jusqu'à perforer les corticales. A la radiologie, ce kyste se présente sous la forme d'une image radioclaire, avec des expansions ovoïdes ou fusiformes qui soufflent les corticales. Il peut être uniloculaire, multiloculaire ou en nid d'abeille. Les dents sont projetées et des résorptions radiculaire sont décrites.

Histologiquement, cette lésion comporte de nombreux capillaires et des cavités d'aspect caverneux, remplies de sang. Ces cavités sont dépourvues d'endothélium ou de revêtement épithélial et sont séparées entre elles par des cloisons conjonctives. Fréquemment, elles contiennent des cellules multinucléées et des foyers épars d'ostéogénèse.

II. CLASSIFICATION

De nombreuses classifications des tumeurs bénignes et kystes de maxillaires ont été proposées ; les plus marquantes remontent aux années 1950 (Pindborg, Schear, Kramer). L'on a proposé des classifications cliniques en différenciant les lésions kystiques (creuses), des lésions tumorales (pleines). Par ailleurs, des classifications radiologiques ont été proposées en différenciant les lésions claires des lésions opaques, ostéolytiques et ostéocondensantes.

Actuellement, la classification basée sur les données de l'histopathogénèse et de produits de différenciation cellulaire prédomine, mais en général, elles s'associent à d'autres critères.

Cette grande diversité a montré la nécessité d'une nomenclature internationale, mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification dont la première édition a été rédigée en 1971 a été mise à jour avec l'aide de KRAMER et coll. en 1992 et publiée la même année dans la revue **CANCER (5)**. C'est la récente classification que nous avons adoptée pour le présent travail.

Classification OMS des tumeurs bénignes des maxillaires

1. Tumeurs bénignes odontogènes :

1.1. Tumeurs épithéliales sans induction du mésenchyme :

- 1.1.1. Améloblastome.
- 1.1.2. Tumeur odontogène adénomatoïde.
- 1.1.3. Tumeur épithéliale odontogène calcifiée (tumeur de pindborg).
- 1.1.4. Tumeur odontogène épidermoïde (melanotic prognoma).
- 1.1.5. Tumeur odontogénique à cellules claires

1.2. Tumeurs épithéliales avec induction du mésenchyme :

- 1.2.1. Fibrome améloblastique.
- 1.2.2. Fibro-dentinome améloblastique (dentinome).
- 1.2.3. Fibro-odontome améloblastique.
- 1.2.4. Odontoaméloblastome.
- 1.2.5. Odontomes complexe et composée.
- 1.2.6. Kyste odontogénique calcifiée.

1.3. Tumeurs ectomésenchymateuses :

- 1.3.1. Fibrome odontogénique.
- 1.3.2. Myxome (myxome odontogénique, fibromyxome).
- 1.3.3. Cémentoblastome bénin (cémentoblastome, cémentome vrai).

1.4. Kystes odontogènes :

- 1.4.1. Kyste radiculo-dentaire (kyste radiculaire, kyste latéral, kyste résiduel)
- 1.4.2. Kyste folliculaire (kyste dentigère ou péricoronaire).
- 1.4.3. Kératokyste odontogénique (kyste épidermoïde).
- 1.4.4. Kyste périodontal latéral.
- 1.4.5. Kyste glandulaire odontogénique, kyste sialo-odontogénique.

2. Tumeurs bénignes non odontogènes :

2.1. Tumeurs ostéoformatrices :

- 2.1.1. Ostéome vrai.
- 2.1.2. Torus palatin.
- 2.1.3. Ostéome ostéoïde.
- 2.1.4. Ostéoblastome.

2.2. Tumeurs fibroblastiques :

- 2.2.1. Fibrome cémento-ossifiant.
- 2.2.2. Fibrome desmoïde.
- 2.2.3. Dysplasie fibreuse.

2.3. Tumeurs ostéolytiques :

- 2.3.1. Granulome réparateur central à cellules géantes.
- 2.3.2. Tumeurs à cellules géantes.
- 2.3.3. Tumeurs brunes de l'hyperthyroïdie.
- 2.3.4. Chérubisme.

2.4. Tumeurs cartilagineuses :

- 2.4.1. Chondrome.
- 2.4.2. Ostéochondrome (exostose).
- 2.4.3. Chondroblastome bénin.
- 2.4.4. Fibrome chondromyxoïde.

2.5. Autres :

- 2.5.1. Kyste anévrysmal.
- 2.5.2. Kyste osseux solitaire.
- 2.5.3. Hémangiome.
- 2.5.4. Tumeurs nerveuses.
- 2.5.5. Granulome éosinophile.

Classification générale des kystes des maxillaires et pseudokystes

Dénomination actuelle (OMS)	Autre dénomination
<p>Kystes épithéliaux odontogéniques liés au développement</p> <p>Kyste gingival du nouveau-né Kyste gingival de l'adulte Kératokyste odontogénique Kyste dentigère Kyste d'éruption Kyste périodontal latéral Kyste odontogène calcifiant Kyste glandulaire odontogénique</p> <p>Kystes épithéliaux non odontogéniques</p> <p>Kyste nasopalatin</p> <p>Kyste nasolabial</p> <p>Kyste globulomaxillaire</p> <p>Kystes inflammatoires</p> <p>Kyste apical Kyste latéroradiculaire Kyste résiduel Kyste paradentaire</p> <p>Kystes non épithéliaux</p> <p>Kyste osseux simple Kyste anévrismal Lacune de Stafne</p>	<p>Kystes liés à une anomalie du développement</p> <p>Perle d'Epstein</p> <p>Kyste primordial - kyste épidermoïde Kyste folliculaire - kyste corono-dentaire</p> <p>Améloblastome odontogène calcifié Kyste sialo-odontogénique</p> <p>Kyste du canal nasopalatin - kyste du canal incisif Kyste palatin médian – kyste alvéolaire médian Kyste nasoalvéolaire – kyste du seuil narinaire Kyste mucoïde du nez - kyste du plancher vestibulaire nasal Kyste fissuraire - Kyste pré-maxillaire</p> <p>Kystes radiculaires</p> <p>Kyste collatéral inflammatoire Kyste marginal postérieur Kyste vestibulaire mandibulaire infecté Kyste mandibulaire de la bifurcation</p> <p>Pseudokystes</p> <p>Kyste osseux solitaire – kyste traumatique Kyste hémorragique Lacune de la corticale linguale mandibulaire</p>

III. TRAITEMENT

III.1. Traitements préventifs

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

III.2. Traitement curatif

III.2.1. Buts du traitement

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

III.2.2. Moyens thérapeutiques (32)

III.2.2.1. Moyens chirurgicaux

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

On distingue deux méthodes d'exérèse :

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

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

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

III.2.2.2. Reconstruction

Au niveau mandibulaire, la reconstruction osseuse peut être réalisée, de manière concomitante, par le biais d'un greffon (le plus fréquemment d'origine iliaque). Ce greffon est fixé par une attelle métallique ou des miniplaques vissées.

Au maxillaire, le site de la résection peut être comblé d'emblée sans compromettre ultérieurement la surveillance directe de la cavité opératoire: soit par une prothèse adjointe à base molle, soit par une plaque obturatrice faisant alors barrage à la communication buccosinusienne. Une fois la rémission acquise, le défaut osseux maxillaire peut être reconstruit plus tard par greffes de Calvaria (corticale externe crânienne), greffon iliaque ou lambeaux composés pédiculés (musculo-osseux temporaux) ou libres micro-anastomosés (cutané-osseux iliaque ou péronier).

III.2.2.3. Traitement adjuvant

Il est constitué d'antalgiques, d'anti inflammatoires et d'antibiotiques en pré et post opératoire.

III.2.3. Indications thérapeutiques

III.2.3.1. Tumeurs bénignes

- L'énucléation : elle est indiquée dans beaucoup de tumeurs; en cas de volume modéré, lorsque les corticales ne sont pas rompues **(26)**.
- La résection interruptrice : elle est indiquée dans les tumeurs qui récidivent après exérèse par énucléation, dans les tumeurs volumineuses, si les corticales sont rompues.

La résection interruptrice est ensuite associée à une auto greffe permettant de réduire les séquelles.

La résection interruptrice est le traitement de première intention de certaines tumeurs bénignes des maxillaires comme le myxome odontogène. Dans le torus palatin et le torus mandibulaire, l'exérèse chirurgicale n'est indiquée que si la tumeur est très gênante.

III.2.3.2. Kystes

- Les kystes d'origine dentaire : après anesthésie locale ou générale, la poche kystique est enlevée par énucléation. Il faut associer à cela, on associe un traitement de la dent causale. Dans les kystes primordiaux, la fréquence des récurrences fait discuter la résection greffe. Dans les kystes gingivaux, la guérison est spontanée **(31; 26)**.
- Les kystes d'origine non dentaire **(31)** : il s'agit d'anesthésie locale ou générale, de traitement par énucléation.

III.2.4. Surveillance

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

IV. EVOLUTION - PRONOSTIC

VII.1. Evolution

L'évolution après traitement des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires est en général bonne, avec peu de complications qui mettent en jeu le pronostic vital. Certains néanmoins ont un caractère récidivant local malgré un bon traitement tel que : l'améloblastome, le myxome, le kyste épidermoïde.

VII.2. Pronostic

Le pronostic concerne le plus souvent le caractère récidivant de certaines tumeurs bénignes et kystes et la transformation maligne (dysplasie fibreuse, tumeur de Pindborg). A l'avenir, le développement des immunomarqueurs permettra d'établir un pronostic **(9)**.

Deuxième Partie : NOTRE TRAVAIL

I. CADRE D'ETUDE

I.1. Présentation du service d'Odonto-stomatologie et de CMF du CHU-YO de Ouagadougou

Le service d'Odontostomatologie et de CMF a été créé en 2003. Il a été ouvert par le Dr Dieudonné OUEDRAOGO, chef du service. Le service se trouve au sein du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ; hôpital de référence créé en 1961. Le service comporte des bureaux, des salles de consultations, deux salles d'hospitalisation de huit lits, un bloc opératoire, une salle de garde, une salle des internes et une salle de staff.

Les malades sont reçus au triage puis adressés soit en unité de chirurgie dentaire soit en unité de stomatologie et CMF. L'unité de chirurgie dentaire est tenue par quatre chirurgiens-dentistes et une prothésiste aidés par les attachés en chirurgie dentaire et soutenus par les garçons et filles de salle. L'unité de stomatologie et CMF est tenue par deux chirurgiens maxillo-faciaux qui assurent les consultations, le suivi des malades hospitalisés et les interventions. Ils sont aidés par les étudiants en année de thèse, les anesthésistes, les attachés en chirurgie dentaire et les stagiaires externes en médecine.

I.2. Présentation du service de la clinique d'ORL-CCMF du CNHU-HKM de Cotonou

La clinique d'ORL-CCMF a été créée en 1978 et est située dans l'enceinte du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga. Ce dernier lui-même créé en 1962 et constitue l'hôpital de référence du Bénin. Notre service d'étude comprend :

- Un pavillon de consultation : une salle d'attente, une cabine d'accueil et d'enregistrement des consultations et une salle de consultation ;
- Un pavillon d'hospitalisation avec cinquante lits d'hospitalisation, un bloc opératoire de quatre salles, des bureaux, une salle d'audiométrie, une salle de soins, une salle de de garde et une salle de cours.

Les consultations, interventions et suivi des malades, ainsi que la formation des médecins en spécialisation en ORL-CCF, des étudiants en année de thèse et des étudiants en cinquième année de médecine sont assuré par deux professeurs titulaires d'ORL-CCF, deux professeurs agrégés d'ORL-CCF, un maître-assistant de Chirurgie Maxillo-faciale, et deux assistants. Le personnel de soins est composé d'infirmiers, d'anesthésistes, et des agents du service d'hygiène.

II. OBJECTIFS

II.1. Objectif général

Etudier les tumeurs bénignes et kystes des maxillaires au CHU-YO de Ouagadougou au Burkina Faso et au CNHU-HKM de Cotonou au Bénin de 2001 à 2010.

II.2. Objectifs spécifiques

- II.2.1. Déterminer le profil épidémiologique des tumeurs bénignes et des kystes au CHU-YO et au CNHU-HKM ;
- II.2.2. Décrire les aspects cliniques et paracliniques des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires au CHU-YO et au CNHU-HKM ;
- II.2.3. Décrire les modalités thérapeutiques et évolutifs des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires au CHU-YO et au CNHU-HKM ;
- II.2.4. Comparer les principaux résultats du CHU-YO à celles du CNHU-HKM ;

III. METHODOLOGIE

II.1. Nature et période de l'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive sur une période de dix ans allant du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2010 et portant sur les cas de tumeurs bénignes et des cas de kystes des maxillaires au CHU-YO et au CNHU-HKM.

II.2. Base d'échantillonnage

Nos données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés pour tumeurs bénignes et/ou kystes des maxillaires, des archives de notre cadre d'étude, les registres du bloc, les fiches de consultation, les registres d'hospitalisation.

II.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les dossiers des patients des deux sexes, de tout âge, et ayant une observation clinique complète qui comporte : l'identité du malade, le motif de consultation, l'histoire de la maladie, l'examen physique complet, au moins un bilan morphologique, un compte rendu opératoire d'une biopsie ou de chirurgie, le traitement reçu et l'évolution ainsi que le résultat d'un examen anatomopathologique qui confirme le caractère bénin de la tumeur et le type histologique.

II.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude les dossiers incomplets, inexploitable les localisations autres que maxillaires de tumeurs, les tumeurs malignes des maxillaires, les pathologies infectieuses. Nous avons exclu toutes les tumeurs non confirmées histologiquement et les cas de récidives.

II.5. Type d'échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage systématique de tous les dossiers qui répondent à nos critères de 2001 à 2010. Par conséquent, notre échantillon n'est pas exhaustif.

II.6. Variables

Nous avons étudié les variables que sont : les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, profession, lieu de résidence), les aspects cliniques (motifs de consultation, délai de la première consultation, les antécédents, les signes cliniques, l'examen radiologique réalisé), les formes histopathologiques, les aspects thérapeutiques (voie d'abord, technique chirurgicale), l'évolution (la durée du suivi, les complications, les séquelles, la récurrence).

II.7. Outils et technique de collecte

La collecte des données a été faite sur des fiches individuelles

II.8. Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été saisies et analysées avec les logiciels d'analyse statistique Epi Info dans sa version 3.5.1 et PASW Statistic 18

Différents tests statistiques ont permis la comparaison des données avec pour tous un seuil de significativité retenu pour $p < 0,05$. Ainsi nous avons utilisé :

- le test de Khi-2 de Pearson pour comparer les variables qualitatives ; quand les conditions de réalisation du test de Khi-2 ne sont pas réunies (effectif attendu < 5), nous utilisons le test exact de Fischer ;
- Le Test F ANOVA pour comparer les variables quantitatives continues et quand les conditions de réalisations ne sont pas

réunis (Test d'homogénéité de Bartlett $<0,05$), nous utilisons le Test H de Kruskal-Wallis.

II.9. Considération éthique

Nous avons effectué notre étude dans le respect strict de l'anonymat des patients et du caractère confidentiel des renseignements collectés avec l'autorisation des différents chefs de service de notre cadre d'étude.

II.10. Contraintes et limites

Les limites de notre étude sont liées à son caractère transversal. En effet, la mauvaise tenue des dossiers ne nous a pas permis d'étudier de manière exhaustive certains paramètres. Aussi, l'absence du résultat de l'examen anatomopathologique a-t-il conduit à l'exclusion de beaucoup de cas.

IV. RESULTATS

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Fréquence

Au cours de notre période d'étude, nous avons répertorié :

- Au CHU-YO, 108 dossiers de patients ayant un examen anatomopathologique. On dénombre 93 tumeurs bénignes et 15 kystes des maxillaires, soit une incidence annuelle de 10,8 cas.
- Au CNHU-HKM, 71 cas ont été repertorié. Il en ressort 60 tumeurs bénignes et 11 kystes des maxillaires, soit une incidence annuelle de 7,1 cas.

La figure n°7 représente l'évolution du nombre de cas pendant la durée de notre étude.

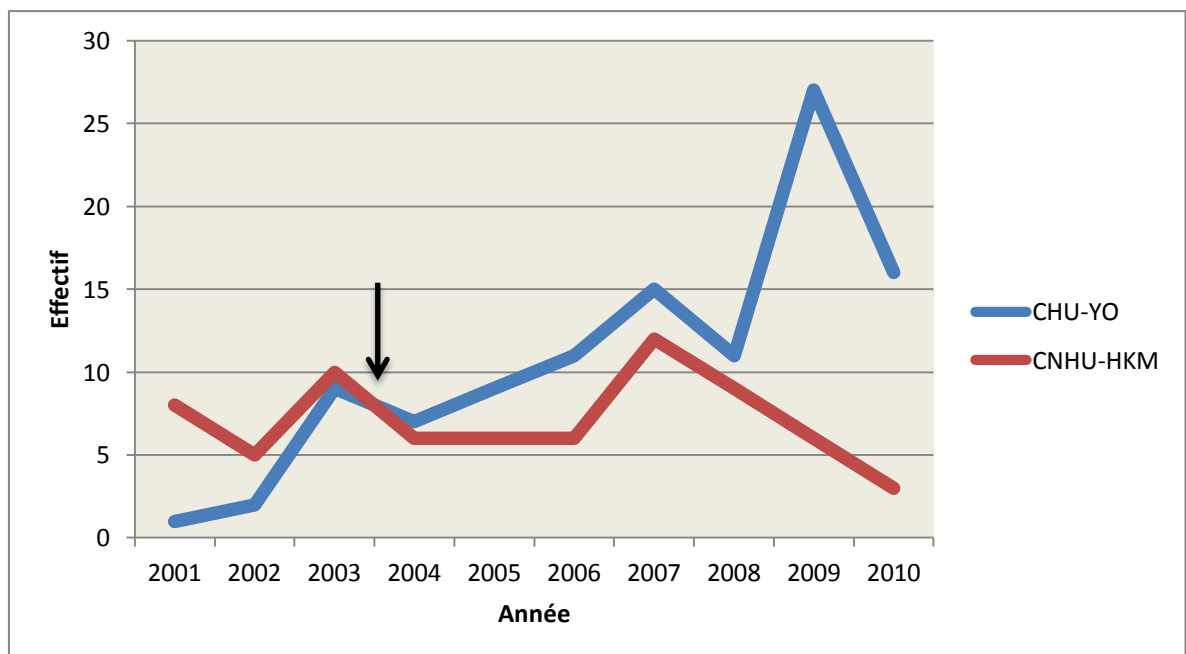


Figure 7: Evolution du nombre de cas de 2001 à 2010

III.1.2. Sexe

Dans notre série, les tumeurs bénignes et kystes de maxillaires ont été observés dans les deux sexes :

- Au CHU-YO, 63 sur les 108 patients, soit 58,3% étaient de sexe féminin et 45 de sexe masculin, soit 41,7%. Le sex-ratio était de 0,71.
- Au CNHU-HKM, 42 des 71 patients, soit 59,3% étaient de sexe féminin et 29 de sexe masculin, soit 40,8%. Le sex-ratio était également de 0,71.

Le tableau I ci-dessous rapporte la répartition des patients selon le sexe par centre d'étude.

Tableau I : Répartition des patients par sexe selon le centre d'étude.

	n=179	
Sexe	CHU-YO	CNHU-HKM
Féminin	63 (58,3%)	42 (59,2%)
Masculin	45 (41,7%)	29 (40,8%)
Total	108 (100%)	71 (100%)

(Test de Khi-deux de Pearson: $p=0,913$)

III.1.3. Âge

Au CHU-YO, l'âge moyen était de $30,4 \pm 15,6$ ans avec les extrêmes de 04 et 75 ans. La tranche d'âge de 16 à 25 ans était la plus représentée avec une fréquence de 37,04% ;(médiane = 27 ans et mode= 19 ans).

Au CNHU-HKM, l'âge moyen a été de $31,4 \pm 16,3$ ans avec les extrêmes de 05 et 75 ans. La tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 30,98% ;(médiane= 30 ans et mode= 15 ans).
Test F ANOVA : $p= 0,684$

La figure n° 8 représente la répartition des patients selon la tranche d'âge et le centre d'étude.

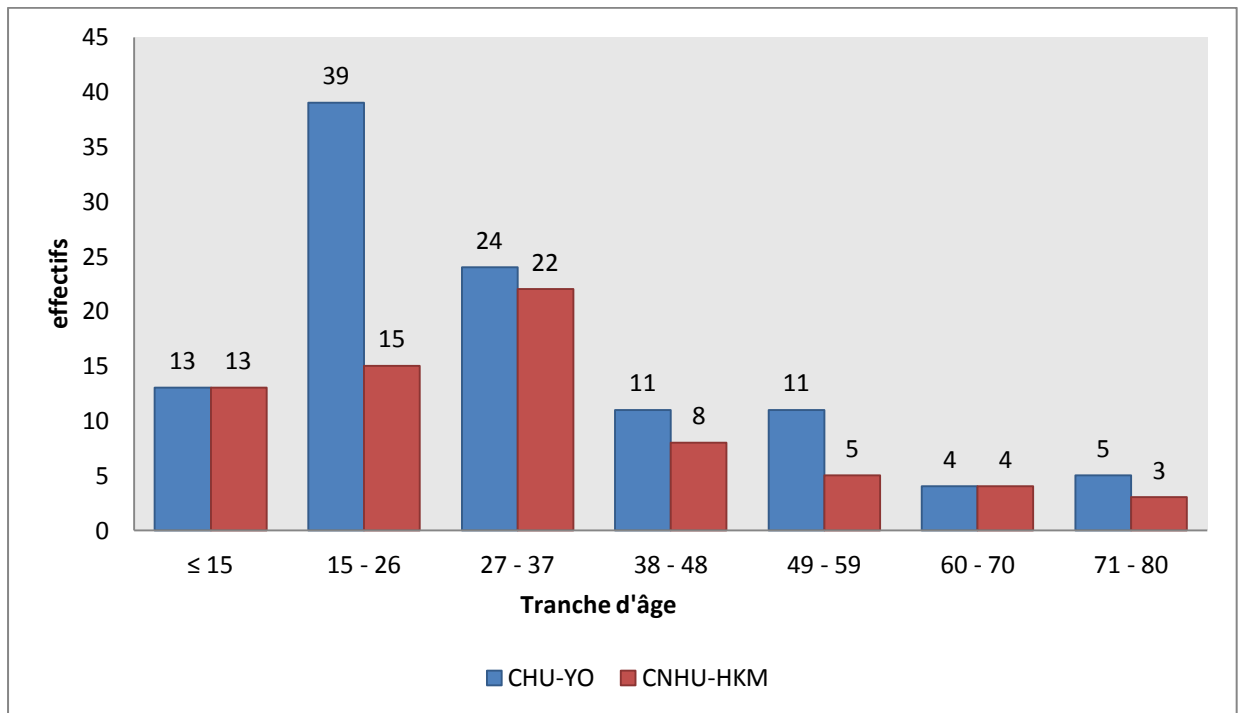


Figure 8: Répartition des patients par tranche d'âge et selon le centre d'étude.

III.1.4. Groupe socio-professionnel

La profession n'a pas été précisée chez 8 (7,4%) patients au CHU-YO et chez 4 (5,6%) patients au CNHU-HKM.

La répartition des patients selon la profession et selon le centre d'étude a été rapportée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession et selon le centre d'étude .

Profession	Burkina Faso		Bénin	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
	(n)	(%)	(n)	(%)
Artisans/Ouvriers	09	09,0	25	37,3
Commerçants	09	09,0	13	19,4
Cultivateurs/Ménagères	50	50,0	11	16,4
Elèves/Étudiants	26	26,0	11	16,4
Fonctionnaires	06	06,0	07	10,5
TOTAL	100	100	67	100

(Test de Khi-Deux : $p=0,0000$)

III.1.5. Lieu de résidence

Le lieu de résidence n'a pas été précisé chez 4 (3,7%) patients au CHU-YO et chez 3 (4,2%) des patients au CNHU-HKM. Test de Khi-Deux : $p= 0,936$

La répartition des patients selon le lieu de résidence a été représentée sur la figure n° 9

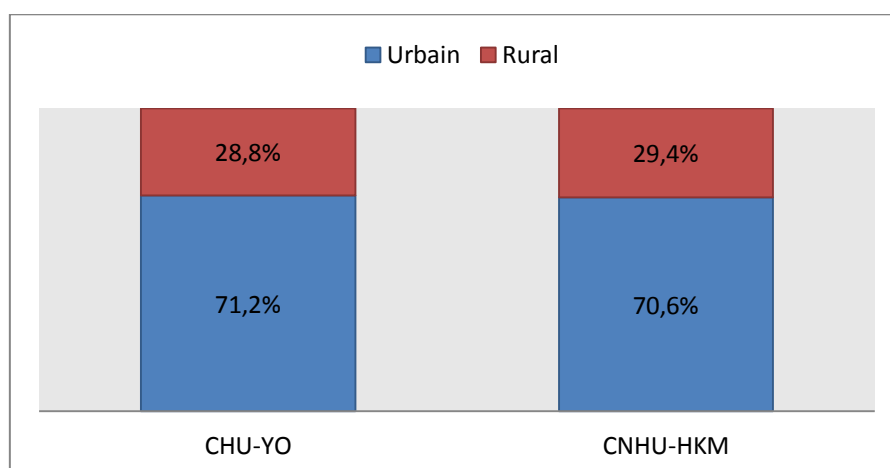


Figure 9: Répartition des patients selon le lieu de résidence et le centre d'étude.

III.2. Données cliniques

III.2.1. Motif de consultation

Le motif de consultation a été précisé chez tous les patients. La tuméfaction était le seul motif de consultation.

L'association ou non à une douleur selon le type et le centre d'étude est rapportée dans le tableau III

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'une douleur, du type et du centre d'étude

CENTRE			TYPE		Total
			KYSTES	TUMEURS	
CHU-YO	DOULEURS	Non	9	65	74
		oui	6	28	34
	Total		15	93	108
CNHU-HKM	DOULEURS	Non	4	31	35
		oui	7	29	36
	Total		11	60	71

n=179

Au CHU-YO, les tumeurs bénignes associaient comme symptomatologie la douleur chez 28 patients, soit 30,1%. Et dans les cas de kystes, la douleur a été retrouvée chez 6 patients soit 40,0% (Test exact de Fisher, $p=0,314$).

De même au CNHU-HKM la symptomatologie mixte a été retrouvée dans 48,3% de cas de tumeurs bénignes et 63,6% cas de kystes (Test de Khi2 de Pearson, $p=0,351$).

Une différence significative a été notée dans l'association de la douleur à la tuméfaction entre les patients du CHU-YO et le CNHU-HKM (Test de Khi2, $p=0,01$).

III.2.2. Délai de consultation

Le délai de consultation n'a pas été précisé chez 3 patients au CHU-YO. 50 % des patients ont consultés au CHU-YO et au CNHU-HKM respectivement dans un délai moyen de 12 mois et de 13 mois. Test F ANOVA, $p= 0,478$

La répartition du délai de consultation a été rapportée dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patients selon le délai de consultation et le centre d'étude

Délai de consultation (mois)	CHU-YO		CNHU-HKM	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
≤06	26	24,8	15	21,1
] 06 - 12]	33	31,4	19	26,8
] 12 - 18]	07	06,7	07	09,9
] 18 - 24]	11	10,5	06	08,5
>24	28	26,7	24	33,8
Total	105	100	71	100

III.2.3. Les antécédents

Des antécédents d'affections bucco-dentaire ont été retrouvés chez 16,7% des patients au CHU-YO et 47,9% des patients au CNHU-HKM.

Le tableau V représente la répartition des patients selon les antécédents et le centre d'étude.

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents et le centre d'étude.

n=52

ATCD	CHU-YO	CNHU-HKM
	Effectif (%)	Effectif (%)
Extraction dentaire	12	21
Carie dendaire	01	09
Tumeurs bénignes	03	04
Kystes	02	-
Total	18	34

Les antécédents de tumeurs bénignes et de kystes étaient en moyenne de 4,4 ans au CHU-YO et de 2,75 ans au CNHU-HKM.

III.2.4. Données de l'examen physique

III.2.4.1. Etat général

L'état général était conservé chez tous les patients au CHU-YO et altéré chez 2 patients au CNHU-HKM.

III.2.4.2. Siège de la tumeur

Les tumeurs ont interressé les maxillaires et la mandibule aussi bien au Burkina Faso qu'au Bénin, mais aucun cas d'atteinte simultanée des maxillaires et de la mandibule n'a été observé.

La répartition du siège de la tumeur selon le type de pathologie et le centre d'étude est rapportée dans le tableau VI.

Tableau VI: Répartition des patients selon le siège des tumeurs bénignes et des kystes et selon le centre d'étude.

CENTRE		TYPE		Total	n= 179
		KYSTES	TUMEURS		
CHU-YO	SIEGE	MANDIBULAIRE	3	49	52
		MAXILLAIRE	12	44	56
	Total		15	93	108
CNHU-HKM	SIEGE	MANDIBULAIRE	7	40	47
		MAXILLAIRE	4	20	24
	Total		11	60	71

Test statistique :

CHU-YO : Test Khi 2, $p=0,020$

CNHU-HKM: Test de Fischer exact, $p=0,549$

III.2.4.3. Taille de la tumeur

Au CHU-YO, la taille de la tumeur n'avait pas été précisée chez 13 patients, soit 12,0%. La taille moyenne était de $05,7 \pm 2,6$ cm avec des extrêmes de 2 et 15 cm.

Au CNHU-HKM, la taille de la tumeur n'avait pas été précisée chez 5 patients soit 7,0%. La taille moyenne étaient de $7,4 \pm 3,1$ cm avec des extrêmes de 2 et 20 cm. Test F ANOVA, $p= 0,001$

La répartition de la taille de la tumeur selon le centre a été représentée dans le tableau VII

Tableau VII : Répartition des patients selon la taille de la tumeur et le centre d'étude.

Taille (cm)	CHU-YO	CNHU-HKM
	Effectif (%)	Effectif (%)
< 5	52 (54,7)	20 (30,3)
] 5 - 10]	38 (40,0)	39 (59,1)
> 10	05 (05,3)	07 (10,6)
Total	95 (100)	66 (100)

n=161

III.2.4.4. Signes physiques

III.2.4.4.1. Dysharmonie faciale

Les signes physiques sont essentiellement la tuméfaction chez tous les patients. La dysharmonie faciale n'a pas été précisée ou non dans chaque cas de figure. Ainsi, dans la série du CHU-YO, la dysharmonie faciale a été retrouvée chez 46 patients soit 42,6%. Elle a concerné 43 cas de tumeurs bénignes et 4 cas de kystes. Au CNHU-HKM, l'aspect de la face a été précisé chez tous les patients. La dysharmonie faciale a été notifiée chez 37 patients soit 52,1% de la série. L'on dénombre 32 cas de tumeurs bénignes et 6 cas de kystes. Test Khi2 de Pearson, $p=0,232$

III.3. Données paracliniques

III.3.1. Examen radiologique

Aussi bien au CHU-YO qu'au CNHU-HKM, un examen radiologique a été réalisé chez tous les patients. Deux incidences ont été nécessaires chez 21 patients au CHU-YO soit 19,4% et 8 patients au CNHU-HKM, soit 11,3%.

Le tableau VIII rapporte la fréquence de prescription des types d'examen radiologique selon le centre d'étude.

Tableau VIII : Répartition de la fréquence du type d'imagerie selon le centre d'étude.

Type d'imagerie	CHU-YO		CNHU-HKM	
	Fréquence (n=108)	Pourcentage (%)	Fréquence (n=71)	Pourcentage (%)
Défilé maxillaire	-	-	01	01,3
Panoramique	95	73,6	57	72,2
Blondeau	30	23,3	19	24,0
Rx face basse	04	03,1	-	-
TDM	-		02	2,5
Total	129	100	79	100

III.3.2. Examen anatomopathologique

III.3.2.1.1. Les tumeurs bénignes

Au CHU-YO, les tumeurs non odontogènes ont représenté 55,9% avec la dysplasie fibreuse en tête, suivie de l'épulis. Au niveau des tumeurs odontogènes, l'améloblastome était la plus fréquente. Des variantes histologiques de l'améloblastome ont été observées. Ainsi, 10 patients ont présenté la forme folliculaire dont 1 avec métaplasie malpighienne ; 3 patients ont présenté la forme kystique dont 1 avec métaplasie malpighienne. Un patient a présenté la forme malpighienne. De même, des variantes histologiques de l'épulis ont été observées : 3 formes fibreuses dont une ossifiée et une avec ossification métaplasique ; 3 formes angiomateuses dont une très inflammatoire et une fibromateuse remaniée.

Au CNHU-HKM, les tumeurs odontogènes ont été retrouvées dans 51,7% avec l'améloblastome en tête. Au niveau des tumeurs non odontogènes, la dysplasie fibreuse était la plus fréquente. Deux patients ont présenté la forme kystique de l'améloblastome.

La répartition des types histologiques des tumeurs bénignes selon le CHU est rapportée dans le tableau IX.

Tableau IX : Répartition des types histologiques des tumeurs bénignes selon le centre d'étude.

Origine	Type histologique	CHU-YO	CNHU-HKM
		Effectifs (%)	Effectifs (%)
Odontogène	Améloblastome	35 (37,6)	29 (48,3)
	Cémentome	-	02 (03,3)
	Myxome	04 (04,3)	-
	Odontome	02 (02,2)	-
Non odontogène	Chondrome	01 (01,1)	-
	Dysplasie fibreuse	15 (16,1)	16 (26,7)
	Granulome réparateur	14 (15,2)	04 (06,7)
	Fibrome	03 (03,2)	-
	Fibro-chondromyxoïde	01 (01,1)	01 (01,7)
	Fibrome ossifiant	05 (05,3)	02 (03,3)
	Ostéo-chondrome	01 (01,1)	-
	Ostéome	06 (06,4)	02 (03,3)
	Pseudo tumeur inflammatoire	06 (06,4)	02 (03,3)
	Torus mandibulaire	-	01 (01,7)
	Torus palatin	-	01 (01,7)
Total		93 (100)	60 (100)

III.3.2.1.2. Les kystes

Les kystes odontogènes et non odontogènes représentent chacun 50% au CHU-YO, tandis que les kystes odontogènes sont plus fréquentes (66,7%) au CNHU-HKM.

Le tableau X représente la répartition des types histologiques des kystes selon leur origine au CHU-YO et au CNHU-HKM.

Tableau X: Répartition des types histologiques des kystes selon le centre.

Origine	Type histopathologique	CHU-YO	CNHU-HKM
		Effectifs	Effectifs
Odontogènes	Kyste dentigère	01	01
	Kyste folliculaire	02	01
	Kyste odontogène sans précision	01	03
Non odontogène	Kyste nasopalatin	01	-
	Kyste médian	01	-
	Kyste palatin	01	01
	Kyste anévrisimal	01	-
Inflammatoire	Kyste apical	03	-
	Kyste inflammatoire granulomateuse	01	-
	Kyste radriculaire	-	03
Non précisée	Kyste mandibulaire	-	02
	Kyste maxillaire	03	-
Total		15	11

III.4. Données thérapeutiques

III.4.1. Type d'anesthésie

L'anesthésie locale n'a été utilisée au CHU-YO que dans 14 cas soit 13,0%. Au CNHU-HKM, l'anesthésie a été locale dans un seul cas soit 1,4%. Test χ^2 de Pearson : $p=0,006$.

III.4.2. Voies d'abord

La voie d'abord a été endobuccale chez tous les patients au CHU-YO.

Au CNHU-HKM, la voie d'abord a été endobuccale dans 35 cas, soit 49,3%. Cette voie a été utilisée dans 14 cas de tumeurs bénignes associées à une cervitomie gauche chez un patient, 6 kystes siégeant à la mandibule, et 13 tumeurs bénignes et 02 kystes des maxillaires.

L'abord externe a été utilisé dans 50,7% des cas et a concerné 26 tumeurs bénignes et 1 kystes pour les atteintes mandibulaires ; et 7 tumeurs bénignes et 2 kystes pour les atteintes maxillaires.

III.4.3. Type de traitement

La répartition des patients selon le traitement chirurgical reçu en fonction du type pathologique au CHU-YO et au CNHU-HKM a été rapportée dans le tableau XI.

Tableau XI: Répartition des patients selon le traitement chirurgical reçu en fonction de la pathologie et le centre d'étude.

Type de traitement	CHU-YO		CNHU-HKM	
	Tumeurs bénignes	Kystes	Tumeurs bénignes	Kystes
	Effectifs(%)	Effectifs(%)	Effectifs(%)	Effectifs(%)
Enucléation	22 (23,7)	12 (80)	08 (13,3)	07 (63,6)
Résection interruptrice sans reconstitution immédiate	68 (73,1)	03 (20)	40 (66,7)	04 (36,4)
Reconstitution immédiate par attelle	02 (02,1)	-	08 (13,3)	-
Greffes	01 (01,1)	-	04 (06,7)	-
Total	93 (100)	15 (100)	60 (100)	11 (100)

III.5. Suivi et évolution

III.5.1. Durée de suivi

Tous les patients ont été suivis aussi bien au CHU-YO qu'au CNHU-HKM.

La durée moyenne de suivi a été de 04 ±3,6 mois pour les tumeurs bénignes et de 2,5±2,5 mois pour les kystes au CHU-YO. Les extrêmes étaient de 0 et 15 mois pour les tumeurs bénignes et de 0 et 8 mois pour les

kystes. Il faut noter que 67,3% des patients ont été perdus de vue au cours de leur suivi.

Au CNHU-HKM, cette durée a été en moyenne de $7,2 \pm 6,1$ mois pour les tumeurs bénignes et de $8,0 \pm 7,1$ mois pour les kystes avec des mêmes extrêmes de 0 et 24 mois. Au cours du suivi, 88,7% des patients ont été perdus de vue.

La répartition des patients selon la durée du suivi et le centre d'étude est rapportée dans le tableau XII.

Tableau XII: Répartition des patients selon la durée du suivi et le centre d'étude.

Durée du suivi (mois)	CHU-YO		CNHU-HKM	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
≤6	87	80,5	42	59,1
] 6 - 12]	19	17,6	21	29,6
>12	02	01,9	8	11,3
Total	108	100	71	100

Test H de Kruskal-Wallis, $p=0,0000$

III.5.2. Complications

Des complications ont été observées au cours du suivi des patients aussi bien au CHU-YO qu'au CNHU-HKM et ont concerné respectivement 8 (07,4%) et 07 (09,9%) cas. Test Khi2 de Pearson, $p=0,5752$.

Les différents types de complications ont été rapportés dans le tableau XIII.

Tableau XIII: Répartition des patients selon le type de complications et le centre d'étude

TYPE COMPLICATION	CHU-YO	CNHU-HKM
	Effectifs (n)	Effectifs (n)
Extériorisation du matériel de prothèse	01	-
Lâchage de suture	04	04
Lâchage de suture + exposition du matériel d'ostéosynthèse	-	01
Hémorragie	01	-
Surinfection	02	02
Total	08	07

III.5.3. Séquelles

Au CHU-YO, aucun malade n'a présenté de séquelles tandis qu'au CNHU-HKM deux patients ont présenté des séquelles à type de déviation de la pointe du menton vers la droite et le signe de Vincent.

III.5.4. Récidives

Au CHU-YO, 5 (04,7%) cas de récurrences ont été notés et ont concerné 4 cas d'ameloblastomes et un (1) fibrome cémento-ossifiant. Au CNHU-HKM, un (1) seul cas de récurrence a été noté, et a concerné une tumeur bénigne.

Le délai de récurrence a été en moyenne de $2,2 \pm 0,8$ années au CHU-YO et de 3 ans au CNHU-HKM.

V. DISCUSSION

V.1. Aspects épidémiologiques

V.1.1. Fréquence

La moyenne annuelle des tumeurs bénignes et kystes de maxillaires a été de 10,8 cas par an au CHU-YO contre 7,1 cas par an au CNHU-HKM.

De 2001 à 2003, on observe au CHU-YO, un nombre de cas inférieurs à celui du CNHU-HKM ; puis de 2004 à 2010, le nombre de cas au CHU-YO est devenu supérieur à celui du CNHU-HKM. Durant toute la période de l'étude, le nombre de cas au CNHU-HKM est resté relativement stable.

Des facteurs, dans le contexte du Burkina Faso, pourraient expliquer ces variations de fréquence. D'une part, de 2001 à 2003, les pathologies étaient prises en charge dans le service ORL-CCF du CHU-YO, le service de Stomatologie-CMF n'étant pas encore créé. D'autre part, de 2004 à 2010, avec la création du service Stomatologie – CMF, les références des régions de l'Est, du Centre et du Nord autrefois adressées au CHU-SS de Bobo-Dioulasso, étaient envoyées au CHU-YO.

Malgré tout, ces chiffres restent en deçà de la réalité. En effet, bon nombre de patients n'ont pas réalisé l'examen anatomopathologique et beaucoup d'autres ne consultent pas, préférant recourir à la médecine traditionnelle.

Cette fréquence varie selon les auteurs. Ainsi GUINGNI B. en 1987 **(33)** et AGBOKPONTO R. en 2010 **(34)** ont rapporté respectivement une fréquence annuelle de 6 et 6 à 7 cas par an dans le service d'ORL-CCMF du CNHU-HKM de Cotonou. De même que NOUHOU et coll. **(35)** en 1999 ont noté une fréquence annuelle de 6,5 cas de tumeurs odontogènes et kystes des maxillaires au Niger. Par contre, NDIAYE F. et al en 2000 ont retrouvé

dans leur série, une fréquence annuelle de 16,6 cas de kystes des maxillaires au CHU Fann à Dakar **(36)**.

V.1.2. Sexe

La prédominance féminine semble classique dans la littérature **(33; 34; 37; 38; 7; 39; 40; 41)**.

Le sex-ratio retrouvé dans notre travail a été de 0,71 au CHU-YO et au CNHU, sans différence statistiquement significative ($p= 0,9130$).

Néanmoins, ASHARIF M.J. et al en Avril 2009 en Chine **(42)** et GUMGUM S. et al en 2005 en Turquie **(43)** ont rapporté une égalité de sexe dans leurs séries respectives. Par contre JEBLAOUI Y. et al **(44)** en novembre 2007 en Tunisie ont signalé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,56.

La prédominance d'un sexe par rapport à un autre n'aurait donc aucune valeur significative.

V.1.3. Âge

L'âge moyen de 30,6 ans retrouvé au CHU-YO est proche de celui de 31,2 ans observé au CNHU-HKM.

Les enfants étaient faiblement représentés dans notre étude avec respectivement 12,1% et 18,6% au CHU-YO et au CNHU-HKM. Les tumeurs des maxillaires chez les enfants sont représentées majoritairement par le Lymphome de Burkitt **(41)**. Le lymphome de Burkitt au Burkina est pris en charge gratuitement dans le service de pédiatrie du CHU-YO par le GFAOP. Ceci pourrait expliquer la faible fréquence des enfants dans notre série.

La troisième décennie serait l'âge de survenue de certaines tumeurs des maxillaires tels que le fibrome cémento-ossifiant **(45; 46)**. Des atteintes au cours de la quatrième décennie ont été rapportées par OUEDRAOGO D. et

col pour des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux au CHU-SS avec un âge moyen de 40 ans **(40)** . Par ailleurs VEGAS B. et al en Espagne en 2008 ont noté un âge moyen de 44 ans dans une série de 11 cas d'ostéomes fibreux des maxillaires **(47)**. D'autres études telles que celles de AGBOKPONTO A.R. en 2010 (34) et GUINGNI B. en 1987 **(33)**, tous à Cotonou ont retrouvé des âges moyens respectifs de 16,6 ans et 27 ans.

Nous pouvons, au vu de toutes ces études, dire que les tumeurs bénignes et les kystes des maxillaires peuvent survenir à tout âge. Mais dans le contexte burkinabé et béninois, ils restent l'apanage de l'adulte jeune.

V.1.4. Groupe socio-professionnel

Au CHU-YO, le groupe des cultivateurs/ménagères (50%) a été le plus représenté suivi des élèves/étudiants (26%) tandis qu'au CNHU-HKM, le groupe des artisans/ouvriers (37,3%) suivis des commerçants (19,4%) ont été les plus représentés. Une différence statistiquement significative a été observée entre les deux centres d'étude avec $p=0,000$. Ces groupes socio-professionnels n'ont pas de revenu salarial ou ont un revenu bas.

AGBOKPONTO A.R. au Bénin a trouvé dans son étude une fréquence globale de 67% des élèves/étudiants suivis des ouvriers/artisans et ménagères **(34)**. De même, DIOMBANA ML. et al en 2008 au Mali ont rapporté une prépondérance des paysans (56,8%) et des ménagères (21,6%) **(48)**

Nous pouvons, au vu de ces résultats, dire que les tumeurs bénignes et kystes des maxillaires sont beaucoup plus retrouvés dans les classes sociales défavorisées. Cela pourrait être dû au fait qu'elles ont peu accès aux structures de santé et consultent peu faute de moyens financiers.

V.1.5. Lieu de résidence

Aussi bien au CHU-YO qu'au CNHU-HKM, les patients résidaient en majorité en milieu urbain dans des proportions respectives de 71,2% et 70,6% sans différence statistiquement significative ($p=0,936$).

Cette provenance urbaine pourrait s'expliquer par la situation géographique des centres d'études dans de grandes agglomérations.

OUEDRAOGO D. et col. (40) dans leur étude sur les aspects histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'adulte au CHU-SS de Bobo-Dioulasso ont noté que 57,6% des patients provenaient de la région de Bobo-Dioulasso. Cette observation nous fait superposer notre étude à la leur en ce qui concerne la distribution géographique des cas.

V.2. Aspects cliniques

V.2.1. Motif de consultation

La tuméfaction a été le motif de consultation de tous les patients autant au CHU-YO qu'au CNHU-HKM.

Au CHU-YO, la tuméfaction était associée à la douleur chez 34 patients, soit 31,5% des cas. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les cas de tumeurs bénignes et les cas de kystes ($p=0,314$).

Au CNHU-HKM, la douleur a été notée chez 36 patients soit 50,7% des cas et sans différence significative entre les tumeurs bénignes et les kystes ($p=0,351$).

La douleur est habituellement absente dans la symptomatologie des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires et ne survient qu'à un stade avancé et souvent en cas de complications. Rarement quelques notes inflammatoires peuvent être observées dans les cas de tumeur de grand

volume. Ceci pourrait expliquer l'absence de différence significative quant à l'association de douleurs à la tuméfaction.

La différence de la présence de douleurs ($p=0,01$) entre le CHU-YO et le CNHU-HKM serait liée à la différence de la taille des échantillons entre les deux centres d'étude.

V.2.2. Délai de consultation

Dans les deux centres de notre étude, 50% des patients ont consulté dans un délai de 12 et 13 mois. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée ($p=0,478$) entre les deux centres d'étude.

Une durée d'évolution longue avant la première consultation a été rapportée par plusieurs auteurs, habituellement de l'ordre de l'année. **(34; 49; 39; 50; 29; 51)**

Ce long délai de consultation observé pourrait s'expliquer par le caractère latent et souvent asymptomatique des tumeurs, et par le fait que le principal mode d'expression ne détermine pas le plus souvent un préjudice esthétique. Les patients ne viennent donc consulter que lorsque ce préjudice esthétique est important ou lorsque surviennent des complications.

Aussi la consultation des tradithérapeutes en première intention, le défaut de référence systématique et le faible nombre de spécialistes en Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale (04 au Burkina et 01 au Bénin) contribuent à allonger le délai du premier contact avec le spécialiste. De plus, l'accès aux soins est onéreux.

V.2.3. Les antécédents

Dans notre étude, des antécédents d'affections bucco-dentaires ont été retrouvés chez 16,7% des patients au CHU-YO et 47,9% des patients au

CNHU-HKM. Les antécédents d'extraction dentaire étaient les plus retrouvés.

Des antécédents d'affections bucco-dentaires, l'éthylisme, le tabagisme chronique ont été cités comme facteurs de risque dans certaines études (33; 52; 53).

V.2.4. L'examen physique

V.2.4.1. L'état général

La majorité des patients de notre série avaient un état général conservé (100% au CHU-YO et 97,2% au CNHU-HKM).

Cela pourrait s'expliquer par le caractère bénin et le développement local des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires.

AGBOKPONTO A. (34) et GUINGNI B. (33) au Bénin ainsi que BECELI R. et al en Italie (54) ont rapporté un état général presque toujours conservé dans leurs séries.

Cependant certaines tumeurs de grand volume peuvent à la longue gêner l'alimentation et compromettre l'état général du patient. Quoiqu'il en soit, la conservation de l'état général est un signe de bon pronostic.

V.2.4.2. Siège de la tumeur

Au CHU-YO, le siège a été mandibulaire dans 47,7% des cas contre 52,3% pour le siège maxillaire. Les tumeurs bénignes ont siégé préférentiellement à la mandibule dans 94,2% des cas et les kystes ont siégé aux maxillaires dans 80% des cas avec une différence statistiquement significative ($p=0,0207$).

Au CNHU-HKM, l'atteinte mandibulaire a été retrouvée dans 66,2% des cas contre 33,8% pour l'atteinte maxillaire. Aucune différence

statistiquement significative n'a été observée quant aux sites des tumeurs bénignes et des kystes pour l'un ou l'autre des sièges ($p=0,8451$).

L'atteinte prépondérante de la mandibule par les tumeurs bénignes avec l'améloblastome comme chef de file pourrait s'expliquer par l'importance du tissu spongieux au niveau de la mandibule par rapport au maxillaire, formé surtout d'os compact. Par ailleurs, la longue persistance du tissu embryonnaire.

KABORE S. au Burkina **(23)**, AGBOKPONTO A. **(34)** et N'TIA F. à Cotonou **(49)**, PARKINS au Ghana **(55)** et JEBLAOUI en Tunisie **(44)** ont tous rapporté une prédominance de la localisation mandibulaire. Cette prédominance mandibulaire a été signalée par plusieurs auteurs **(56; 57; 58; 59; 60)** mais TINE D. **(29)** et N'DIAYE F. **(61; 36)** au Sénégal ont trouvé respectivement 78,89% et 51% de localisation maxillaire.

V.2.4.3. Taille de la tumeur

Au CHU-YO, la taille de la tumeur était inférieure à 5 cm chez 54,7% des patients, et au CNHU-HKM, dans 59,1% des cas, la taille de la tumeur était comprise entre 5 et 10 cm. Dans les deux centres, la taille de la tumeur est en moyenne supérieure à 5 cm.

Les fréquences des tranches de taille]5-10cm] et >10cm sont similaires au CHU-YO et au CNHU-HKM. La fréquence de la tranche < 5 cm plus élevée observée au CHU-YO serait liée à la taille de l'échantillon plus grande au CHU-YO et pourrait expliquer la différence statistique observée ($p=0,001$).

Des résultats similaires ont été rapportés par AGBOKPONTO A. **(34)** qui a trouvé une taille comprise entre 4 et 20 cm chez 96,6% des patients de sa série. GUINGNI à Cotonou **(33)** et HEYMANS O. en Belgique **(62)** ont également notifié des tumeurs de grande taille.

Dans nos régions, le retard à la consultation est légendaire, et serait favorisé par les difficultés d'accès aux soins. De plus, dans ces cas de figure, la symptomatologie n'intègre pas la douleur et l'installation de la tuméfaction est insidieuse.

V.3. Aspects paracliniques

V.3.1. Examen radiologique

L'orthopantomogramme a été l'examen radiologique de première intention aussi bien au CHU-YO (73,6%) qu'au CNHU-HKM (72,2%) suivi de l'incidence Blondeau. Dans 19,4% et 11,3% des cas, une incidence complémentaire a été nécessaire respectivement au CHU-YO et au CNHU-HKM pour une meilleure analyse des tumeurs. Alors qu'une TDM (réalisée par 2 patients au CNHU-HKM et par aucun patient au CHU-YO), au mieux une IRM aurait permis une meilleure analyse de la tumeur et une adaptation de la stratégie thérapeutique. La TDM a été réalisée chez deux patients au CNHU-HKM mais n'a pas été exploitée au CHU-YO.

Le coût élevé et l'inaccessibilité géographique de la TDM et de l'IRM (disponible seulement à Lomé dans la sous-région) expliqueraient que ces examens radiologiques ne soient pas demandés. DIOMBANA M.L. et al. au Mali **(48)**, SLIMANI F. et al. **(63)** et SANNOMIYA E.K. **(64)** ont fait ressortir l'intérêt de la TDM dans l'analyse, la décision thérapeutique et le suivi des tumeurs bénignes des maxillaires. Pour RAPIDIS A.D., et al **(65)**, l'IRM peut objectiver une extension musculaire ou une extension tumorale le long du nerf alvéolaire inférieur mal définie à la tomодensitométrie.

Dans la perspective d'une meilleure prise en charge des patients, il est indiqué que nous renfonçons nos plateaux techniques en commençant par ceux des moyens diagnostics.

V.3.2. Examen anatomopathologique

V.3.2.1. Les tumeurs bénignes

L'améloblastome et la dysplasie fibreuse constituent les types histologiques les plus fréquentes au CHU-YO et au CNHU-HKM.

La fréquence de l'améloblastome parmi les tumeurs odontogéniques a été notée dans la littérature **(45; 19; 66)** et pourrait s'expliquer par ses origines diverses. En effet selon l'hypothèse de Kompecher, les cellules gingivales ayant conservé leur pouvoir de fabriquer l'épithélium adamantin sont réveillées par un facteur irritant. La dégénérescence de l'organe de l'émail a été incriminée dans la théorie de Broca ; et selon la théorie de Malassez, les débris épithéliaux paradentaires en seraient la cause. L'embryologie dentaire permet de comprendre aisément la pathogénie des tumeurs odontogènes.

Plusieurs auteurs ont constaté la prédominance de l'améloblastome et de la dysplasie fibreuse dans leurs études. SRIRAM G. et al **(59)** en 2008 en Inde ont recensé 61,5% de cas d'améloblastome et 12,4% de cas de dysplasie fibreuse. De même, AGBOKPONTO A. **(34)** a retrouvé dans sa série 39% d'améloblastome suivi de 15,6% de dysplasie fibreuse. GINGNI B. **(33)** a rapporté 43,3% de cas d'améloblastome et 30% de cas de dysplasie fibreuse. LADEINDE A. et al **(66)** en 2005 au Nigéria, ont noté 63% des cas d'améloblastome dans leur série.

Les autres types histologiques rencontrés ont été proches de ceux précisés dans la littérature **(46; 19; 45)**. OUEDRAOGO B. **(39)** a retrouvé 21,99% de cas de granulome réparateur périphérique qui seraient dus à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, aux traumatismes des gencives et à l'importance du tissu épithélial pavimenteux de la muqueuse buccale.

LADIENDE A. et al **(66)** , ADEBAYO et al au Nigéria ont rapporté 3% et 5,3% de cas de fibrome odontogène dans leurs séries respectives.

ESCOLLE F. et coll. **(67)** ont signalé la rareté du myxome qui représente 0,41% à 7,19% des tumeurs des maxillaires. Le même constat a été fait par SIRAM **(59)** et LADEINDE **(68)** qui ont retrouvé respectivement dans 6% et 6,5% des cas. Dans notre étude, les myxomes ont représenté 4,3% des cas au CHU-YO.

PACIFICI L. et al en 2004 en Italie **(69)** et SLIMANI F. en 2009 au Maroc **(63)**, ont signalé dans leurs travaux que le cimentome est rare et représente 1,2% à 6% des cas. AGBOKPONTO A. **(34)** a trouvé 1 cas dans sa série. Nous avons retrouvé 2 cas de cimentome au CNHU-HKM soit 3,3%.

KAPLAN I. et col **(70)** ont trouvé en 2008 en Israël 4 cas d'ostéome alors que BILKAY **(57)** en Italie en 2004 avait rapporté 1% de cas. La fréquence d'ostéome noté dans notre étude a été de 6,4% au CHU-YO et 3,3% au CNHU-HKM.

Il est classique de noter que les tumeurs odontogènes sont les plus nombreuses avec en tête de file, l'améloblastome **(58; 19; 21)**. Les tumeurs non odontogènes sont diversement appréciées dans la littérature **(46; 45)**.

V.3.2.2. Les kystes

Au CNHU-HKM, nous avons retrouvé une prédominance des kystes odontogènes (66,7%) tandis qu'au CHU-YO aucune prédominance n'a été retrouvée.

La prédominance des kystes odontogènes pourrait s'expliquer par la fréquence des caries dentaires, des agressions dentaires et des accidents d'évolution des dents.

OUEDRAOGO B. au Burkina **(39)** et TINE D. **(29)** au Sénégal ont rapporté une prépondérance des kystes odontogènes avec des fréquences respectives de 66,67% et 75%. JANAHA A. **(51)** et collaborateurs au Maroc

et AGBOKPONTO A. (34) au Bénin n'ont retrouvé que des kystes odontogènes dans leurs séries respectives.

Il existe plusieurs types de classification des tumeurs et kystes des maxillaires. De plus, on rencontre encore des dénominations diverses, de sorte qu'une analyse harmonieuse en vue d'une comparaison pourrait se trouver biaisée.

V.4. Aspects thérapeutiques

V.4.1. Type d'anesthésie

Dans les deux centres d'étude, l'anesthésie locale a concerné les épulis de petite taille. La durée des interventions et le caractère mutilant et hémorragique de la chirurgie des grosses tumeurs imposent une anesthésie générale (71).

V.4.2. Voie d'abord

La voie d'abord chirurgicale a été endobuccale chez tous les patients au CHU-YO et cutanée chez 50,7% des patients au CNHU-HKM.

Cette différence pourrait trouver une explication dans le fonctionnement des services.

Ainsi CHU-YO, le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale est une entité à part et par souci d'esthétique emploierait l'abord endobuccal autant que possible pour éviter les cicatrices. De plus, les interventions sont pratiquées par les chirurgiens maxillo-faciaux.

Par contre, au CNHU-HKM, le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-maxillo-faciale englobe l'ORL et la stomatologie chirurgie maxillo-faciale. Certaines interventions sont pratiquées par des médecins en cours de spécialisation.

Pour RUHIN B. et col, **(32)** le traitement conservateur des tumeurs bénignes et kystes de la mandibule doit se faire par un abord muqueux puis être suturé par des points souples et séparés de fil résorbable. Au niveau maxillaire, l'abord peut être vestibulaire ou palatin selon l'extension des lésions. Par contre, la résection osseuse doit être faite par une voie d'abord cutanée pour permettre une exérèse tumorale en zone saine large des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles environnantes. Seules les tumeurs peu étendues de la région symphysaire peuvent être réséquées par voie endobuccale, sous réserve que l'opérateur puisse en tout endroit être certain de ne pas réaliser d'effraction d'une extension tumorale dans les parties molles **(72; 73)**.

Quoi qu'il en soit, le souci majeur est de préserver autant que possible les aspects fonctionnels et esthétiques.

V.4.3. Type de traitement

La chirurgie constitue l'essentiel du traitement des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires selon la littérature **(47; 44; 74; 75; 76; 77; 78; 79)**.

Le traitement conservateur a concerné essentiellement les kystes et les tumeurs bénignes de moins de 5 cm dans les deux centres d'étude. Cette chirurgie a comme avantage de réduire les séquelles fonctionnelles mais avec un risque de récurrence élevé. Certains auteurs complètent l'énucléation par une cryothérapie **(80; 81; 82)** ; d'autres recourent à des applications d'eau oxygénée ou d'acide acétique de façon à anéantir les éventuels reliquats tissulaires **(83)**.

La résection osseuse a été le traitement le plus retrouvé et a concerné plus de 70 % des cas de tumeurs bénignes aussi bien au CHU-YO qu'au CNHU-HKM. Trois patients au CHU-YO et 12 au CNHU-HKM ont bénéficié d'une reconstruction immédiate par greffon iliaque.

Ces mêmes traitements ont été pratiqués par certains auteurs. AGBOPKONTO A. (34) a réalisé 55,6% d'hémimandibulectomie simple et 25,4% hémimandibulectomie avec reconstruction osseuse par greffon iliaque dans sa série. NITASSI S. et al (50) au Maroc ont recensé dans leur travail 84,6% de résection interruptrice. Pour ROBERTS J. (84) aux Etats Unis d'Amérique, ECKARDT A. (85) en Allemagne et MENDENHALL W. (74), la chirurgie radicale est la plus appropriée pour éviter les récidives.

Dans les pays développés, le traitement de référence reste la résection tumorale avec reconstitution immédiate par greffes libres miro-anastomosées (66). SIMON E.N.M et al (86) en Tanzanie ont rapporté en 2005 leur expérience sur une nouvelle technique de reconstruction mandibulaire portant sur 11 cas d'améloblastome. De meilleurs résultats ont été obtenus avec une qualité de vie satisfaisante.

V.5. Suivi et évolution

V.5.1. Durée du suivi

Les patients ont été suivis plus longtemps au CNHU-HKM (en moyenne $7,2 \pm 6$ mois pour les tumeurs bénignes et 8 mois pour les kystes) qu'au CHU-YO (4 ± 4 mois pour les tumeurs et $2,5 \pm 3$ mois pour les kystes) avec une différence significative de $p = 0,0000$.

La mauvaise tenue des dossiers et la non-consignation systématique des observations lors des rendez-vous, pourraient contribuer à une sous notification de la durée de suivi des patients au CHU-YO. Cette tâche étant dévolue aux étudiants en année de thèse. Par contre, au CNHU-HKM, le suivi est assuré par une équipe importante faite de spécialistes et de médecins en spécialisation. De plus, un agent a été spécialement affecté à la gestion des fiches de consultation.

La durée moyenne de suivi a été inférieure à une année dans les deux centres d'étude et plus de 50% des patients ont été perdus de vue. Cela

pourrait s'expliquer par l'infidélité des patients au rendez-vous de contrôle dès amélioration de leur état, le faible revenu des patients pour payer les consultations et réaliser les clichés de contrôle sans oublier le lieu de résidence de certains patients vivant dans les villes et villages loin de Ouagadougou et de Cotonou.

Ailleurs, il existe des suivis plus longs. Ainsi, KAMAL D. et al **(87)** en 2006 au Maroc ont trouvé un suivi moyen de 11 ans avec des extrêmes de 7 à 20 ans. LAMHAOUAR L. et al. **(88)** ont rapporté une surveillance de 3 à 6 mois dans le suivi post-opératoire des kystes épithéliaux non odontogènes.

V.5.2. Complications

Des complications post-opératoires ont été observées chez moins de 10% des patients au CHU-YO et au CNHU-HKM et il s'agissait surtout des lâchages de sutures et des surinfections.

Ces complications pourraient être imputées au non-respect des mesures d'hygiène buccale et à la non observance du traitement.

Des taux de complications similaires ont été notifiés par OUEDRAOGO B. **(39)** qui a trouvé 9,6% de complications faites de suppurations ; et des taux plus élevés rapportés par AGBOKPONTO A. **(34)**, KABORE S. **(23)** et CHALA S. **(58)** qui ont observé respectivement 17,5%, 16,12% et 25% de complications.

V.5.3. Séquelles

Les séquelles signalées dans la littérature sont de type esthétique et fonctionnel.

Nous avons noté dans notre étude deux séquelles fonctionnelles au CNHU-HKM, mais aucune séquelle n'a été retrouvée au CHU-YO.

AGBOKPONTO A. **(34)** a retrouvé dans sa série un cas de paralysie faciale périphérique. Par contre, BERTRAND J. **(89)** en 2010 en Suisse, a recensé 6 cas de plaintes esthétiques dans le suivi.

Les séquelles sont le plus souvent fonctionnelles et esthétiques. Les séquelles fonctionnelles sont en relation avec les larges exérèses sans reconstruction. Les séquelles esthétiques sont minimisées par l'abord endobuccal.

V.5.4. Récidives

Les cas de récurrences observés dans notre étude ont concerné l'améloblastome et le fibrome cémento-ossifiant. Ces différentes tumeurs sont réputées pour leurs récurrences fréquentes **(32; 45; 19; 8)**

Ainsi, KABORE S. au Burkina Faso a observé 9,8% de cas de récurrences d'améloblastome dans sa série **(23)**. De même, AGBOKPONTO A. au Bénin **(34)** et ECKARDT A. **(85)** ont noté respectivement 14,3% et 19% de récurrences dans leurs séries.

Le délai de récurrence diffère selon les études, allant de 2 ans comme dans notre étude et celle de N'TIA F. **(49)** à 10 ans comme l'extrême rapporté par AGBOKPONTO A **(34)**.

Les délais de ces différentes études permettraient de dire qu'il n'existe pas de durée fixe pour la surveillance. Cette surveillance devrait être la plus longue possible afin de déceler à temps les éventuelles récurrences, surtout dans les interventions conservatrices.

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes et kystes des maxillaires sont fréquentes au Burkina Faso et au Bénin, et regroupent des entités histologiques très variées. Ils ont une présentation épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive comparable à celles décrites dans la littérature.

Les couches sociales défavorisées sont les plus concernées. Avec pour conséquence un retard à la consultation, l'inaccessibilité à la prise en charge qui constituent les particularités de nos contrées.

Ces tumeurs, malgré leur grande diversité, partagent la même symptomatologie clinique qui est dominée essentiellement par la tuméfaction, associée parfois à d'autres signes notamment dentaires.

Le bilan radiologique est d'une extrême importance. Il permet souvent d'évoquer le diagnostic dont la confirmation est indispensable par l'étude anatomopathologique de la biopsie et/ou de la pièce d'exérèse.

Le traitement est essentiellement chirurgical et le type d'exérèse sera adapté à chaque type histologique.

L'évolution est souvent favorable et les récives souvent l'apanage d'une exérèse incomplète en particulier dans certains types histologiques.

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous formulons des suggestions,

- **A l'endroit des Ministres de la Santé du Burkina Faso et du Bénin**
 - Octroyer des bourses aux médecins pour la spécialisation en stomatologie chirurgie maxillo-faciale ;
 - Créer une assurance maladie pour tous les citoyens.

- **A l'endroit du Directeur Général du CHU-YO**
 - Equiper le service de stomatologie – chirurgie maxillo-faciale en matériels adéquats et en consommables ;
 - Rendre disponibles les consommables du service d'anatomie et de cytologie pathologique- unité de médecine légale ;
 - Réduire substantiellement les coûts de réalisation des examens d'anatomie pathologique ;
 - Création d'un service des archives et la numérisation des dossiers pour une meilleure conservation.

- **A l'endroit du Directeur Général du CNHU-HKM**
 - Créer un service autonome de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
 - Rendre disponibles les consommables du service d'anatomie et de cytologie pathologique ;
 - Réduire substantiellement les coûts de réalisation des examens d'anatomie pathologique.

- **A l'endroit du Collège d'Odonto Stomatologie Africain et de Chirurgie Maxillo-Faciale**
 - Codifier la prise en charge des tumeurs bénignes et kystes maxillo-mandibulaires en vue d'une harmonisation.

- **A l'endroit des chefs de service d'anatomie et de cytologie pathologique du CHU-YO et du CNHU-HKM**
 - Faciliter la réalisation des examens extemporanés au bloc.

- **A l'endroit des étudiants de Médecine**
 - Bien remplir les cahiers d'observations et maintenir à jour les dossiers et les fiches de consultation lors des rendez-vous des patients.

- **A l'endroit du personnel de santé**
 - Référer au plus tôt les patients aux spécialistes.

- **A l'endroit de la population**
 - Cultiver la bonne hygiène bucco-dentaire par le brossage des dents après chaque repas ;
 - Consulter au plus tôt un agent de santé devant toute tuméfaction de la face ;
 - Respecter les rendez-vous de suivi après traitement ;
 - Adhérer à des mutuelles de santé.

ICONOGRAPHIE



Image1 : Cliché panoramique des maxillaires d'un patient de 30 ans prise au CNHU-HKM.
Lésions ostéolytiques de la symphyse de la mandibule

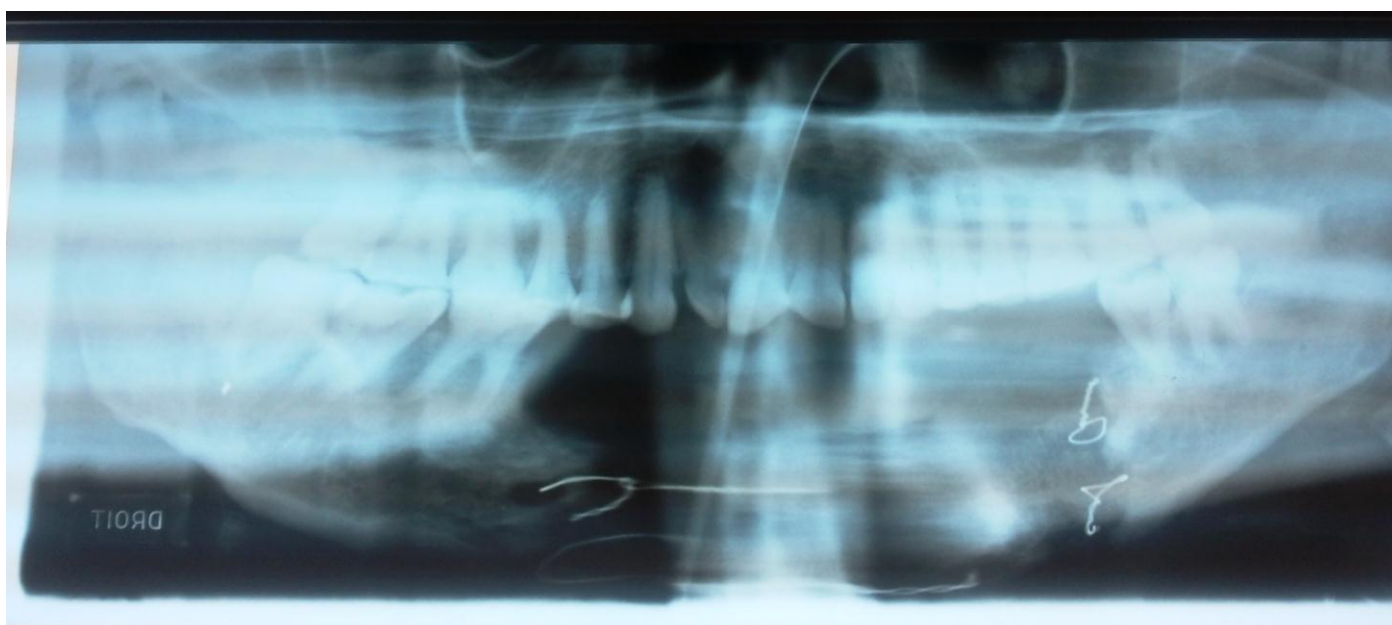


Image2 : Cliché de contrôle post-opératoire du même patient. Mandibulectomie partielle avec reconstruction par greffe iliaque



Image3 : Patiente de 45 ans au CHU-YO présentant une épulis géante évoluant depuis 2 ans

Image 4 : Pièce opératoire envoyée pour examen anatomopathologique



Image5 : La patiente après exérèse sous A.L réalisé au fauteuil.

BIBLIOGRAPHIE

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport sur la santé du monde 2004 : charge de la morbidité en AVCI par cause, sexe, et state de la mortalité, par région OMS, estimations pour 2002. 2004.

2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport sur la santé du monde 2004 : décès par cause, sexe, et state de la mortalité, par région OMS, estimations pour 2002. 2004.

3. PACODE H.

Morbidité et mortalité dans l'unité de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-YO de Ouagadougou: Bilan d'un an. UFR-SDS, Université de Ouagadougou. 2006. Thèse de Doctorat en Médecine. n°75.

4. KIMAKHE S.

Prise en charge des pathologies tumorales osseuses: du diagnostic au traitement. *Association Dentaire française (ADF)*. [En ligne] 2006. [Citation : 05 Octobre 2010.] http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=195/2002

5. KRAMER I.R.H., PINBORG J.J, SHEAR M.

The WHO Histologic Typing of Odontogenic Tumors Second Edition. *Cancers*. 15 December 1992, Vol. 70, 12.

6. BORNSTEIN M.M., FILIPPI A., JÖRG H.

Le kératokyste odontogène: kyste odontogène ou tumeur bénigne. *Rev. Mens. Suisse Odontostomatol*. 2005, Vol. 115, 2, pp. 123-128.

7. COURTOIS B., MADRID C., DURAN D., LABADIE M.P.

Fibrome cémento-ossifiant du maxillaire : difficultés pour le diagnostic différentiel et la classification. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*. 2004, Vol. 10, 1, pp. 21-30.

8. HACHICHA I., SIOUD S., NJIM L., BEN AMOR F., SELMI J.

Fibrome cémento-ossifiant périphérique maxillaire postérieur. *Med Buccale Chir Buccale*. Novembre 2010, Vol. 16, 4, pp. 255-258.

9. JIAN V.

Inductive tumor or hamatoma with metaplastic mineralisation? Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand. Johannesburg : s.n., 2005. Master of science in denstistry.

10. SAWADOGO S.

Etude des tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au CNHU-HKM au Bénin et aux aux CHU-YO et CHU-SS au Burkina Faso: A propos de 117 cas. Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi. 2007. Thèse de Doctorat en Médecine. n° 1339.

11. GARNIER D., DELAMARE J.

Dictionnaire illustré des termes de médecine 30e Éd édition. [éd.] Maloine. 2009.

12. BOUCHET A., CUILLERET J.

Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle (le système nerveux central, la face, la tête et les organes de sens). [éd.] SIMEP. 2ème. 1991.

13. BRIZON J., CASTAING J.

Les Feuilletts d'anatomie (ostéologie de la tête). [éd.] Maloine. pp. 26-34.

14. KAMINA P., RENARD M.

Tête osseuse, articulation temporo-mandibulaire et dents. Anatomie. Introduction à la clinique. [éd.] Maloine. 1994.

15. KAMINA P.

Carnet d'anatomie. Tête-Cou-Dos. Paris : Maloine, 2006.

16. ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine Tome 1. Tête et cou. [éd.] Masson. 14 ème édition. 1997. p. 608 p.

17. KAMINA P.

Dictionnaire Atlas d'anatomie, Tomes I,II,III. Paris : Maloine, 1983.

18. CHOMETTE G, AURIOL M.

Histopathologie buccale et cervicofaciale. Paris : Masson, 1986. p. 319.

19. FAVRE-DAUVERGNE E, AURIOL M, LE CHARPENTIER Y.

Tumeurs odontogéniques. *Encyclo Med Chir Stomatologie.* Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 1995, 22-062-F-10.

20. OHSHIMA H.

J. Oral Biosci. 2008.

21. CHOMETTE G., GUILBERT F.

Tumeurs odontogènes des maxillaires. *Encyclo. Med. Chir. Stomatologie.* 1983, Vol. 4, 22081A10.

22. CHBICHEB S., BENNANI A., TALEB B.

Kyste parodontal latéral. [éd.] Association d'enseignement d'odontologie et de stomatologie. *Actualités odonto-stomatologiques.* 2009, 247, pp. 207-215.

23. KABORE S.

L'Ameloblastome des maxillaires: Aspects épidémiologiques, diagnostic et thérapeutique au CHU-YO et au CHU-SS. UFR-SDS, Université de Ouagadougou. 2007. Thèse de Doctorat en Médecine. n°1226.

24. **CREPY C., DINER P.A. avec la collaboration de J. RAES, P. BLANC.**

Stomatologie. [éd.] La Coulevre. pp. 89-98.

25. **CABANE F., BONENFANT J.L.**

Tumeurs et pseudo tumeurs des maxillaires. Anatomie Pathologique. [éd.] Maloine. Deuxième édition. pp. 786-790.

26. **DECHAUME M., GRELLET M., LAUDENBACH P., PAYER J.**

Précis de Stomatologie. Paris : Masson, 1980. pp. 232-252.

27. **BOUKLATA.**

Le granulome réparateur central à cellules géantes des maxillaires, aspects radiologiques à propos de 22 observations. *Journal du CEPUR.* 2000, Vol. 20, pp. 129-131.

28. **SAUVEUR G., FERKADJI L., GILBERTE., MESBAH M.**

Kystes des maxillaires. *EMC (Elsevier SAS, Paris) - Stomatologie.* 2006, 22-062-G-10, pp. 1-21.

29. **TINE D. S., DIALLO B., BA A., YAM A.A, SECK O.**

Clinical study cysts jawbone. *Dakar Médical.* 2004, Vol. 49, 3, pp. 196-202.

30. **DOUNIAU R.**

Kystes odontogéniques. Cours de Stomatologie. [éd.] Université Catholique de Louvain. Edition du Pommier. pp. 128-135.

31. **CABANE F., BONENFANT J.L.**

Kystes épithéliaux des maxillaires. Anatomie Pathologie. [éd.] Maloine. Deuxième édition. pp. 782-785.

32. **RUHIN B., GUILBERT F., BERTRAND J.C.**

Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. *EMC Stomatologie.* Elsevier SAS, Paris, 2005, 22-062-K-10.

33. GUINGNI B.

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires: à propos de 60 observés à la clinique d'ORL du CNHU de Cotonou de 1978 à 1987. Faculté des sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi. 1987. p. 156p, Thèse de Doctorat en Médecine. n° 349.

34. AGBOKPONTO A.

Tumeurs bénignes des maxillaires: Aspects cliniques et thérapeutiques; A propos de 64 cas recensés dans le service d'ORL-CCMF du CNHU-HKM de Cotonou. Faculté des sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi. 2010. Thèse de Doctorat en Médecine. n° 1540.

35. NOUHOU H., ANGO A., NIKITIN A., CAUFRIEZ H., WARTER A.

La pathologie tumorale odontogène et kystique des maxillaires au Niger. Aspects anatomo-cliniques. *Rev. Col. odonto-stomatol chir.maxillo-fac. Afr.;* 1999, Vol. 6, 3, pp. 26-32.

36. N'DIAYE F.C., TINE D.S., LARROQUE G., SECK A M.

Kystes fissuraires des maxillaires au Sénégal. Analyse d'une série de 14 cas. *Bull Soc Path. Ex.* 1995, Vol. 88, pp. 236-39.

37. CHANG C.C., HUNG H.Y., YU C.H.

Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc.* Graduate Institute of clinical Dentistry, National Taiwan University., April 2008, Vol. 107, 4, pp. 288-94.

38. OLGAC V., KONSEOGLU B.G., AKSAKALLI N.

Les tumeurs odontogéniques en Istanbul: à propos de 527 cas. *J. Oral Maxillofac. Surg.* Institute of Oncology, Department of Tumor Pathology and Oncological Cytology, Topkapi/Çapa, Istanbul, Turkey, Oct 2006, Vol. 44, 5, pp. 386-8.

39. OUEDRAOGO B.

Les tumeurs bénignes et les kystes des maxillaires : aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. UFR-SDS, Université de Ouagadougou. 2008. Thèse de Doctorat de Médecine. n° 26.

40. OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., SOUDRE R. Aspects histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'adulte au centre hospitalier national Sanou-Souro (Burkina Faso). *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.,.* 2000.

41. OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., SOUDRE R. Aspects histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'enfant au centre hospitalier national Sanou-Souro (Burkina Faso). *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.,.* 2006, Vol. 13, 2, pp. 52-56.

42. ALSHARIF M.J., SUN Z.I., CHEN X.M., WANG S.P., ZHAO Y.F.

Bénign fibro-osseous lésions of the jaws: a study of 127 chinese patients and review of literature. *J Surg Pathol.* Apri 2009, Vol. 17, 2, pp. 122-34.

43. GUMGUM S., HOSGOREN B.

Etude clinique et radiologique des améloblastomes en Turquie. *J Can Dent Assoc.* Department of Oral and Maxillofacial Surgey, Scoohl of Dentistry., Jul-Aug 2005, Vol. 71, 7, pp. 481-4.

44. JEBLAOUI Y., BEN N., HADDAD S., OUERTATANI L., et al.

Algorithme pour le traitement des ameloblastomes en Tunisie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie maxillofaciale, CHU La Rabta, 1007 Tunis, Tunisie, Nov 2007, Vol. 108, 5, pp. 419-23.

45. GUILBERT F, CHOMETTE G, LE CHARPENTIER Y, AURIOL M.

Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* . 1993, Vol. 94, pp. 197-265.

46. BRYGO A., LEROY X., MAES J.-M., FERRI J.

Tumeurs et pseudotumeurs non odontogènes bénignes des maxillaires. *EMC Stomatologie*. 2006, 22-062-H-10, pp. 1-12.

47. VEGAS B.E., GARGALLO A.J., BERINI A. L., GAY E.C.

Ostéome fibreux béni des maxillaires: analyse de 11 cas. *Med Oral Pathol Oral Chir Bucal*. Implantology, University of Barcelona Dental School, Barcelona, Spain, 1 Oct 2008, Vol. 13, 10, pp. 653-6.

48. DIOMBANA M.L., MOHAMED A.A.G., KÜSSNER H., et al.

Implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de l'Hôpital National de Kati, Mali 51 cas. *Med Afr Noire*. 2008, Vol. 45, 7, pp. 451-56.

49. N'TIA F.

Les améloblastomes: aspects cliniques et thérapeutiques (à propos de 40 cas colligés dans le service d'ORL-CCMF du CNHU-HKM de Cotonou). Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi. 2006. Thèse de Docotrat en Médecine. n° 1312.

50. NITASSI S., BOULAADASS M., TOBI I., ESSAKALI L., KZADRI M.

Améloblastome: diagnostic et traitement. A propos de 26 cas. *Med. Buccale Chir. Buccale*. 2009, Vol. 15, pp. 93-100.

51. JANAHA A., SAIDI A., BOURJILAT M., BENHADDOU A., CHEKKOURI I. A., BENCHAKROUN Y.

Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. Corrélations Anatomopathologiques et radiologiques. A propos de 50 cas. *Mag. Med*. 2001, Vol. 21, 359, pp. 346-48.

52. **LAMHAOUR L., BENYAHYA I., KHAZANA A., RIFKI C.**

Les fibromes cémento-ossifiant. *J. ORL*. Jan 2005, Vol. 42, p. 21.

53. **CHANG H., PRECIOUS D.S., SHIMIZU M.S.**

Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. *J. Can. Dent. Assoc.* April 2002, Vol. 68, 4, pp. 243-6.

54. **BECALI R., CARBONI A., CERULLI G., PERUGINI M., et al.**

Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. *J Craniofac Surg.* May 2002, Vol. 13, 3, pp. 395-400.

55. **PARKINS G.E., ARMAH G., AMPOFO P.**

Tumeurs et pseudo-tumeurs de la face à Korle GHANA; 8 années d'étude. *World J Surg Oncol.* 7 May 2007, Vol. 5, 48.

56. **BROCHERIOU C.**

Classification des tumeurs bénignes des maxillaires d'origine odontogène. *E.M.C.* Paris, 2009, Vol. 5, 22081 A 10.

57. **BILKAY U., ERDEM O., OZEK C., HELVACI E., KILIC K., et al.**

A rare location of benign osteoblastoma: review of the literature and report of case. *Craniofac Surg.* Mar 2004, Vol. 15, 2, pp. 222-5.

58. **CHALA S., NASSIH M., RZIN A., JIDAL B.**

Ameloblastome de la mandibule. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* Sep 2002, Vol. 103, 4, pp. 247-50.

59. **SRIRAM G., SHETTY R.P.,**

Odontogenic tumors: a study of 250 cases in an Indian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Jun 2008, Vol. 105, 6, pp. 14-21.

60. VASCONCELOS B.C., ANDRADE E.S., ROCHA N.S., MORAIS H.H.

Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. University of Pernambuco, Recife, Brazil., Jun 2009, Vol. 51, 2, pp. 293-6.

61. N'DIAYE F., DIALLO, TINE D., LARROQUE G., SPIERZGLAS, col.

Les tumeurs bénignes des maxillaires, les épulis au Sénégal. *Bull. Soc. Path.* 1995, Vol. 88, pp. 244-47.

62. HEYMENS O, NELISSEN X, GILON Y, JACQUEMIN D, et al.

Myxoma of mandible. A case report. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* Sept. 2008, Vol. 103, 4, pp. 239-41.

63. SLIMANI F., ELBOUIHI M., OUKERROUM A., LAZREQH H., et al.

Cementoblastome du maxillaire. *Rev Med Brux.* May-June 2009, Vol. 30, 3, pp. 185-8.

64. SANNOMIYA E.K., SILVA J.V., BRITO A.A., SAEZ D.M.,.

Surgical planning for resection of ameloblastoma and reconstruction of the mandible using a selective laser sintering 3D biomodel. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Jul 2008, Vol. 106, 1, pp. 36-40.

65. RAPIDIS A.D., ANDRESSAKIS D.D., STAVRIANOS S.D., et al.

Ameloblastomas of jaws: clinico-pathological review of 11 patients. *Eur J. Surg Oncol.* Nov 2004, Vol. 30, 9, pp. 998-1002.

66. SIMON E.N.M.

Odontogenic tumours in Tanzania with emphasis on epidemiology, quality of life after treatment and mandibular reconstruction. The department of Oral and Maxillofacial Surgery, Radboud University Nijmegen. 2005. p. 147, Thesis of the Ph.D. degree in Medical Sciences.

67. ESCOLLE F., GASS M., BARRIERE P., WARTER A., FEKI A.

A propos d'un myxome du maxillaire: difficultés diagnostiques et conduite à tenir. *Med Buc Chir Buc.* 2005, Vol. 11, 1, pp. 23-29

68. LADEINDE AL, AJAYI OF, OGUNLEWE MO, ADEYEMO WL.

Odontogenic tumors: a review of 319 cases in Nigeria teaching hospital. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Feb 2005, Vol. 99, 2, pp. 191-5.

69. PACIFICI L, TALLARICO M, BARTOLI A, RIPARI A et al.

Benign cementoblastoma: a clinical case of conservative surgical treatment of the involved tooth. *Minerva Stomatol.* Nov-Dec 2004, Vol. 53, 11-12, pp. 685-91.

70. KAPLAN I, NICOLAOU Z, HATUEL D, CALDERON S.

Solitary osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod Israël.* 2008, Vol. 106, 3, pp. 22-29.

71. LE MANACH Y, AUSSET S, LIENHARD A, LENOIR B.

Anesthésie générale en chirurgie stomatologique et maxillofaciale. *Encyclo Méd Chir.* Elsevier Paris, 1999, Stomatologie 22-091-A-70, p. 11.

72. KITAGAWA Y, BAUR D, KING S, HELMAN JI.

The role of midfacial degloving approach for maxillary cysts and tumors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003, Vol. 61, pp. 1418-22.

73. REYCHLER H.

Les tumeurs osseuses des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1988, Vol. 89, pp. 330-8.

74. MENDENHALL WM, WERNING JW, FERNANDES R, et al.

Ameloblastoma. *Am J Clin Oncol.* Dec 2007, Vol. 30, 6, pp. 645-8.

75. NAKAMURA N, HIGUCHI Y, MITSUYASU T, et al.

Comparaison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg* . 2002, Vol. 93, pp. 13-20.

76. AL-KHATEEB T, ABABNEH KT.

Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* . 2008, Vol. 61, pp. 13-18.

77. REICHART PA, PHILIPSEN HP.

Odontogen tumoren. ameloblastoma in: RATEITSCHAK KH, WOLF HF, editors. Oralpathologic,. Stuttgart : Thieme, 2008. pp. 223-8.

78. SAMPSON DE, POGREL MA.

Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis of the treatment algorithm. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009, Vol. 57, pp. 1074-7.

79. ROSESTEIN T, POGREL AM, SMITH RA, et al.

Cystic ameloblastoma behavior and treatment of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001, Vol. 59, pp. 1311-16.

80. INOKUCHI T, NINOMIYA H, HIRONAKA R, YOSHIDA S, ARAKI M, SANI K.

Studies on heat treatment for immediate reimplantation of resected. *J Cranio Maxillofac Surg*. 1991, Vol. 19, pp. 31-9.

81. POGREL M.A.

The use of liquid nitrogen cryotherapy in the management of locally aggressive bone lesion. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993, Vol. 51, pp. 269-73.

82. SCHMIDT B.L, POGRELI M.A.

The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001, Vol. 59, pp. 720-7.

83. FRANKENY R.L.

Intralesional administration of formalin for treatment of epidermal cysts in five horses. *J Am Vet Med Assoc.* 2003, Vol. 223, pp. 221-2.

84. ROBERTS J, SHORES C, ROSE A.S.

Surgical treatment is warranted in aggressive central giant cell granuloma: a report of 2 cases. *Ear Nose Throat J.* Mar 2009, Vol. 88, 3, pp. 8-13.

85. ECKARDT A.M, KOKEMÜLLER H, FLEMMING P, SCHLTZE A.

Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction - a review of twenty years. *J. Craniomaxillofac Surg.* Hannover Medical School, Jan 2009, Vol. 37, 1, pp. 36-41.

86. SIMON E.N.M, MERKX M.A.W, SHUBI F.M, KALYANYAMA B.M, STOELINGA P.J.W.

Reconstruction of the mandible after ablative surgery for the treatment of aggressive, benign odontogenic tumors: a novel technique. *Int J Oral maxillofac Sug.* 2005.

87. KAMAL D., KABA H. B., KHATIB K., NASSIH M., GOUDOT P., RZIN A., JIDAL B.

Traitement de l'améloblastome mandibulaire : chirurgie radicale ou conservatrice ? *Actualités odonto-stomatologiques.* EDP Sciences, Les Ulis, FRANCE , 2008, 241, pp. 53-60.

88. LAMHAOUAR L., BENYAHYA I., KHAZANA A., RIFKI C.

Kystes épithéliaux non odontogènes. A propos de trois cas de kyste du seuil narinaire. *Rev. Odonto. Stomato.* 2005, 34, pp. 113-123.

89. BERTRAND J., LUC B., PHILIPPE M., PHILIPPE P.

Anterior mandibular osteotomy for extirpation: a critical evaluation. *Head Neck.* Jul 2010, Vol. 22, 4, pp. 323-7.

ANNEXES

Annexe 1 : FICHE DE COLLECTE

Numéro de la fiche: _____ Numéro du dossier : _____

Centre : _____ Année : _____

I - Identification

Age : _____ ans Sexe : masculin féminin

Profession : Elèves/Étudiants Fonctionnaire Commerçant
 Cultivateur/Ménagère Artisan/Ouvrier

Lieu de résidence : Urbain Rural

II- Antécédents

Extraction dentaire : Oui Non

Carie dentaire : Oui Non

Sinusite : Oui Non

Antécédent personnel de tumeur bénigne des maxillaires : Oui Non

 Si oui, durée : _____ (année)

Antécédent personnel de kyste des maxillaires : Oui Non

 Si oui, durée : _____ (année)

III- Clinique

A- Interrogatoire

Motif de consultation : _____

Délai de consultation : _____ mois NP

Signes fonctionnels : Douleur Oui Non Autres : _____

B- Examen :

Etat général : bon altéré

Dysharmonie faciale : Oui Non

Siège de la tuméfaction : maxillaire mandibule

maxillo-mandibulaire

Taille de la tuméfaction : _____ cm

VI- Imagerie

- Type d'imagerie demandée : Panoramique : Blondeau : Face bas :
TDM Maxillaires défilés Autres : _____

VII- Histopathologie

Kyste Tumeur bénigne

Type histologique : _____

VIII- Traitement

A- Traitement chirurgical

Type d'anesthésie : locale générale

Extraction dentaire : Oui Non

Exérèse : Oui Non

Voie d'abord : endobuccale externe

Type d'exérèse :

- Enucléation : Oui Non
- Résection interruptrice : Oui Non
- Reconstitution immédiate : Oui Non
- Greffes : Oui Non

Si oui, type de greffes : costales iliaque fibulaire

B- Evolution

Suivi : Oui Non NP

Durée de suivi : _____mois Perdu de vu : Oui Non

Séquelles : Oui Non Type de séquelles : _____

Complications Oui Non Type de complication : _____

Récidives : Oui Non Délai de récidence : _____

Annexe 2 WHO HISTOLOGICAL TYPING OF ODONTOGENIC TUMOURS,
FROM THE SECOND EDITION, 1992

1 Neoplasms and other tumours related to the odontogenic apparatus

1.1 Benign

1.1.1 Odontogenic epithelium without odontogenic ectomesenchyme

1.1.1.1 Ameloblastoma

1.1.1.2 Squamous odontogenic tumour

1.1.1.3 Calcifying epithelial odontogenic tumour (Pindborg tumour)

1.1.1.4 Clear cell odontogenic tumour

1.1.2 Odontogenic epithelium with odontogenic ectomesenchyme, with or without dental hard tissue formation

1.1.2.1 Ameloblastic fibroma

1.1.2.2 Ameloblastic fibrodentinoma (dentinoma) and ameloblastic fibro-odontoma

1.1.2.3 Odontoameloblastoma

1.1.2.4 Adenomatoid odontogenic tumour

1.1.2.5 Calcifying odontogenic cyst

1.1.2.6 Complex odontoma

1.1.2.7 Compound odontoma

1.1.3 Odontogenic ectomesenchyme with or without included odontogenic epithelium

1.1.3.1 Odontogenic fibroma

1.1.3.2 Myxoma (odontogenic myxoma, myxofibroma)

1.1.3.3 Benign cementoblastoma (cementoblastoma, true cementoma)

1.2 Malignant

1.2.1 Odontogenic carcinomas

1.2.1.1 Malignant ameloblastoma

- 1.2.1.2 Primary intraosseous carcinoma
- 1.2.1.3 Malignant variants of other odontogenic epithelial tumours
- 1.2.1.4 Malignant changes in odontogenic cysts
- 1.2.2 Odontogenic sarcomas
 - 1.2.2.1 Ameloblastic fibrosarcoma (ameloblastic sarcoma)
 - 1.2.2.2 Ameloblastic fibro-dentinosarcoma and ameloblastic fibro-odontosarcoma
- 1.2.3 Odontogenic carcinosarcoma

2 Neoplasms and other lesions related to bone

2.1 Osteogenic neoplasms

- 2.1.1 Cemento-ossifying fibroma (cementifying fibroma, ossifying fibroma)

2.2 Non-neoplastic bone lesions

- 2.2.1 Fibrous dysplasia of the jaws
- 2.2.2 Cemento-osseous dysplasias
 - 2.2.2.1 Periapical cemento¹ dysplasia (periapical fibrous dysplasia)
 - 2.2.2.2 Florid cemento-osseous dysplasia (gigantiform cementoma, familial multiple cementomas)
 - 2.2.2.3 Other cemento-osseous dysplasias
- 2.2.3 Cherubism (familial multilocular cystic disease of the jaws)
- 2.2.4 Central giant cell granuloma
- 2.2.5 Aneurysmal bone cyst
- 2.2.6 Solitary bone cyst (traumatic, simple, haemorrhagic bone cyst)

2.3 Other tumours

- 2.3.1 Melanotic neuroectodermal tumour of infancy (melanotic progonoma)

3 Epithelial cysts

3.1 Developmental

3.1.1 Odontogenic

3.1.1.1 "Gingival cyst" of infants (Epstein pearls)

3.1.1.2 Odontogenic keratocyst (primordial cyst)

3.1.1.3 Dentigerous (follicular) cyst

3.1.1.4 Eruption cyst

3.1.1.5 Lateral periodontal cyst

3.1.1.6 Gingival cyst in adults

3.1.1.7 Glandular odontogenic cyst; sialo-odontogenic cyst

3.1.2 Nonodontogenic

3.1.2.1 Nasopalatine duct (incisive canal) cyst

3.1.2.2 Nasolabial (nasoalveolar) cyst

3.2 Inflammatory

3.2.1 Radicular cyst

3.2.1.1 Apical and lateral radicular cyst

3.2.1.2 Residual radicular cyst

3.2.2 Paradental (inflammatory collateral, mandibular infected buccal) cyst

Annexe 3: Classification de Payen et Brocheriou des tumeurs bénignes des maxillaires

les kystes d'origine inflammatoire (Radiculo-dentaire, Gubernaculaire) et odontogène (Folliculaire, Epidermoïde, Périodontal)

les tumeurs épithéliales avec peu d'effet inducteur 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)

Annexe 3 : CLASSIFICATION DES LESIONS FIBRO-OSSEUSES, D'APRES WOOD ET GOAZ, 1997

I. Dysplasie fibreuse

- *dysplasie fibreuse monostotique*
- *dysplasie polyostotique*

II. Dysplasies réactionnelles de la région alvéolo-dentaire

Elles sont présumées dériver du desmodonte. On les sépare volontiers en 3 entités en fonction de leur aspect radiologique bien qu'elles relèvent d'un processus histopathologique identique.

- *dysplasie ostéo-cémentaire périapicale*
- *dysplasie ostéo-cémentaire focale*
- *dysplasie ostéo-cémentaire floride*

III. Tumeurs fibro-osseuses

- *fibrome cémento-ossifiant*
- *fibrome ossifiant (agressif, extragnathique)*
- *fibrome ossifiant juvénile*

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	XIII
A NOS MAÎTRES ET JUGES	XIV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	XX
LISTE DES FIGURES	XXII
LISTE DES TABLEAUX.....	XXIII
INTRODUCTION.	1
PREMIERE PARTIE: GENERALITES	
I. RAPPELS	4
I.1. Rappels anatomiques	4
I.1.1. La face	4
I.1.2. Le maxillaire	5
I.1.3. La mandibule	10
I.1.4. La dent	13
I.2. Rappels histologiques.....	17
I.2.1. Les maxillaires	17
I.2.2. L'os alvéolaire	19
I.2.3. Le tissu gingival	20
I.3. Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires	21
I.3.1. Définition	21
I.3.2. Epidémiologie	21
I.3.3. Clinique	21
I.3.4. Types histologiques des tumeurs bénignes des maxillaires	22

I.4. Rappels sur les kystes des maxillaires.....	27
I.4.1. Définition	27
I.4.2. Epidémiologie	27
I.4.3. Clinique	27
I.4.4. Types histologiques des kystes des maxillaires.....	28
II. CLASSIFICATION.....	31
III. TRAITEMENT.....	35
III.1. Traitements préventifs	35
III.2. Traitement curatif.....	35
III.2.1. Buts du traitement.....	35
III.2.2. Moyens thérapeutiques	35
III.2.3. Indications thérapeutique.....	37
III.2.4. Surveillance	38
IV. EVOLUTION - PRONOSTIC.....	39
VII.1. Evolution	39
VII.2. Pronostic	39
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	
I. CADRE D'ETUDE.....	41
I.1. Présentation du service d'Odonto-stomatologie et de CMF du CHU- YO de Ouagadougou	41
I.2. Présentation du service de la clinique d'ORL-CCMF du CNHU-HKM de Cotonou.....	42
II. OBJECTIFS	43
II.1. Objectif général	43
II.2. Objectifs spécifiques	43
III. METHODOLOGIE.....	44

II.1. Nature et période de l'étude	44
II.2. Base d'échantillonnage.....	44
II.3. Critères d'inclusion.....	44
II.4. Critères d'exclusion	44
II.5. Type d'échantillonnage	45
II.6. Variables.....	45
II.7. Outils et technique de collecte	45
II.8. Saisie et analyse des données.....	45
II.9. Considération éthique	46
II.10. Contraintes et limites	46
IV. RESULTATS	47
III.1. Données épidémiologiques	47
III.1.1. Fréquence	47
III.1.2. Sexe.....	48
III.1.3. Âge.....	48
III.1.4. Groupe socio-professionnel	49
III.1.5. Lieu de résidence	50
III.2. Données cliniques	51
III.2.1. Motif de consultation	51
III.2.2. Délai de consultation.....	52
III.2.3. Les antécédents.....	52
III.2.4. Données de l'examen physique	53
III.3. Données paracliniques.....	55
III.3.1. Examen radiologique	55
III.3.2. Examen anatomopathologique	56
III.4. Données thérapeutiques	59
III.4.1. Type d'anesthésie	59
III.4.2. Voies d'abord.....	59

III.4.3. Type de traitement	60
III.5. Suivi et évolution	60
III.5.1. Durée de suivi	60
III.5.2. Complications	61
III.5.3. Séquelles	62
III.5.4. Récidives	62
V. DISCUSSION	63
V.1. Aspects épidémiologiques	63
V.1.1. Fréquence	63
V.1.2. Sexe	64
V.1.3. Âge	64
V.1.4. Groupe socio-professionnel	65
V.1.5. Lieu de résidence	66
V.2. Aspects cliniques	66
V.2.1. Motif de consultation	66
V.2.2. Délai de consultation	67
V.2.3. Les antécédents	67
V.2.4. L'examen physique	68
V.3. Aspects paracliniques	70
V.3.1. Examen radiologique	70
V.3.2. Examen anatomopathologique	71
V.4. Aspects thérapeutiques	73
V.4.1. Type d'anesthésie	73
V.4.2. Voie d'abord	73
V.4.3. Type de traitement	74
V.5. Suivi et évolution	75
V.5.1. Durée du suivi	75
V.5.2. Complications	76
V.5.3. Séquelles	77
V.5.4. Récidives	77

CONCLUSION.....	78
SUGGESTIONS.....	79
ICONOGRAPHIE.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
TABLE DES MATIERES.....	VIII
ANNEXES.....	I
SERMENT D'HYPOCRATE.....	XIII
RESUME.....	XIV

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres 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 maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

RESUME

Les tumeurs bénignes et kystes des maxillaires occupent la deuxième place en pathologie stomatologique et maxillo-faciale, et l'attitude thérapeutique peut compromettre la fonction manducatrice et l'esthétique du patient. Il importe alors de bien indiquer le traitement qui est fonction de la présentation clinique.

Notre étude avait pour but d'apporter notre contribution à la synergie d'action sous régionale dans la prise en charge des patients ; en étudiant les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des tumeurs bénignes et kystes des maxillaires au CHU-YO au Burkina Faso et au CNHU-HKM au Bénin.

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2010 dans le service de stomatologie – CMF au CHU-YO et dans le service d'ORL-CCMF au CNHU-HKM.

La fréquence annuelle était de 10,8 cas au CHU-YO et de 7,1 cas au CNHU-HKM. Les patients étaient en majorité des femmes (sex-ratio :0,71) avec une moyenne d'âge de 31 ans et ayant un bas niveau socio-économique. Une tuméfaction de taille variable était le motif de consultation après un délai moyen de 12 mois. Les tumeurs bénignes ont siégé préférentiellement à la mandibule, les kystes aux maxillaires. L'OTP a été l'examen morphologique le plus réalisé. Sur le plan histologique, les tumeurs non odontogènes avec la dysplasie fibreuse en chef de file étaient plus fréquentes au CHU-YO, tandis qu'au CNHU-HKM les tumeurs odontogènes avec l'améloblastome en tête étaient les plus fréquentes.

La voie d'abord exobuccale n'a été utilisée qu'au CNHU-HKM chez 50,7% des patients. Dans les deux centres, la résection immédiate sans reconstruction suivi de l'énucléation ont été les traitements les plus utilisés, la reconstruction immédiate étant réalisée chez 8 patients au CNHU-HKM et 2 patients au CHU-YO. La greffe iliaque a été réalisée chez 4 patients au CNHU-HKM et 1 patient au CHU-YO. La durée moyenne du suivi au CHU-YO a été de $4 \pm 3,6$ mois pour les tumeurs bénignes et de $2,5 \pm 2,5$ mois pour les kystes avec 67,3% de patients perdus de vue. Au CNHU-HKM, le suivi a duré en moyenne $7,2 \pm 6,1$ mois pour les tumeurs bénignes et 08 mois pour les kystes avec 88,7% de perdus de vue. 7,4% et 9,9% des patients respectivement au CHU-YO et CNHU-HKM ont présenté des complications. 5 cas (04,7%) de récives ont été observés au CHU-YO après 2,2 ans ; tandis qu'au CNHU-HKM, 1 cas de récive a été notifié au bout de 3 ans.

Mots clés : tumeurs bénignes - kystes - maxillaires - Bénin - Burkina Faso

ABSTRACT

Benign tumours and maxillary cysts come in secondary in stomatological pathology and maxillofacial surgery, and the therapeutic approach may compromise the masticatory function and aesthetics of patient. It's therefore important to indicate that the treatment is based on clinical presentation.

Our study was designed to contribute to the sub-regional synergy of action as regards taking care of patients by a study of the epidemiological, clinical, therapeutic and progressive aspects of benign tumors and maxillary cysts at the teaching hospital Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) in Burkina-Faso and at the national teaching hospital Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) in Benin.

This was a descriptive study from 1st , January, 2001 to 31, December, 2010 in Stomatology - CMF Department at CHU-YO and the ENT-CCFM Department at the CNHU-HKM.

The annual incidence was 10.8 cases at CHU-YO and 7.1 cases in CNHU-HKM. Patients were mostly women (sex ratio: 0.71), being 31 years old on an average and having a low socioeconomic level. Swelling of variable size was the reason for consultation after an average delay of 12 months. The benign tumours were located in the mandible, the maxillary cysts. The OTP was the morphological examination witch was mostly carried out. At the histological level, non-odontogenic tumours with fibrous dysplasia were more frequent in CHU-YO, whereas CNHU-HKM odontogenic tumours in the head with the ameloblastomas were most frequently observed.

The surgical exobucal approach was adopted at CNHU-HKM in 50.7% of patients. In both centres, resection without immediate reconstruction followed by enucleation were the frequently used treatments, immediate reconstruction was performed in 8 patients at CNHU-HKM and 2 patients at CHU-YO. The iliac graft was performed in 04 patients at CNHU-HKM and 01 patient at CHU-YO. The average duration of follow up at CHU YO was 4 ± 3.6 months for benign tumours and 2.5 ± 2.5 months for cysts and 67.3% of patients could not be shadowed. In CNHU-HKM, the following lasted of 7.2 ± 6.1 months on an average for benign tumors and cysts for 8 months with 88.7% of patients who could not be shadowed. 7.4% and 9.9% respectively of the patients at CHU-YO and HKM-CNHU showed complications. 5 cases (4.7%) recurrences were observed at CHU-YO after 2.2 years, whereas at CNHU-HKM, 1 cases of recurrence was reported after 3 years.

Keywords: Benign tumurs - cyst - maxillary - Benin - Burkina Faso

E-mail: ermel7@hotmail.com