

Année 2022

Thèse N° 116

KIT D'AUTO-ENSEIGNEMENT DES TUMEURS DES MAXILLAIRES

(CONFRONTATION ANATOMO-CLINIQUE)

A PROPOS DE 10 DOSSIERS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/04/2022

PAR

Mme Houda El Maoudda

Née Le 07/12/1996 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Tuméfaction-ulcération- Tumeurs des maxillaires- Etude anatomopathologique -

Chirurgie FMPM

JURY

Mme. N. EL MANSOURI HATTAB

Professeur de Chirurgie maxillo.-faciale et esthétique

PRESIDENT

M. M. EL BOUIHI

Professeur de Chirurgie maxillo.-faciale et esthétique

RAPPORTEUR

M. B. ABIR

Professeur de de Chirurgie maxillo.-faciale et esthétique

M. Y. DAROUASSI

Professeur de d'Oto-Rhino-Laryngologie

JUGES



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRARATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la cooperation

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrahbi	Pédiatrie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie

CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie- cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino- laryngologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie- réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie- réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie- réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOUJ Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie

BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie

BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique

ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUITA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022



DÉDICACES





بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que



Je dédie cette thèse...



A mes très chers parents,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ni la profonde gratitude envers les deux personnes les plus chères à mon coeur, pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien être. Vous avez toujours été présents et généreux et c'est à travers vos prières et vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. J'ai le plaisir de vous dédier ce modeste travail. Je vous aime très fort. Puisse Dieu tout puissant vous protéger, vous procure longue vie, santé, bonheur et prospérité, afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois. Je vous aime très fort!

{وقلربيار حمهماكمار بيانيصغيرا }

A la mémoire de ma très chère sœur Lamia,

J'aurais tant aimé que tu sois présente aujourd'hui. Aucun mot ne saurait exprimer mon profond amour et mon immense gratitude. Tu étais toujours été pour moi la sœur idéale, la lumière qui me guide dans les moments les plus obscures. Certes tu m'as quitté mais tu es toujours dans mon coeur. Que dieu ait ton âme et t'accueille dans son paradis en t'entourant de sa sainte miséricorde.

Tu rêvait toujours que ta petite sœur soit médecin et là c'est fait mais malheureusement tu n'es plus là

Je t'aimais et je t'aimerai pour toujours



A mes deux tantes Bouchra et Fatima

*Je vous remercie pour tout le soutien et l'encouragement que vous m'avez donné,
Que dieu vous porte une heureuse vie et bonne santé!*

A ma chère Oumkeltoum benkirane

*Cela fait maintenant dix ans qu'on partage pas seulement les études ensemble
mais aussi une grande amitié et un grand amour .*

*Ma chérie d'amour, mais aussi ma Sœur. Je sais enfin se que sais que le bonheur
d'avoir une amie sur laquelle on peut compter, moi qui n'en ai jamais eu. Je te dis
merci et je te souhaite tout le bonheur, la réussite et la prospérité.*

A ma chère Salma El Idrissi

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et
mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que
nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie
pleine de santé et de bonheur.*

*A TOUS MES AMIS ET COLLÈGUES : Jihane chghifi , Soukaina Ait
addi, youssef benoumrhar, Oussama*


*Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour votre
soutien et encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour
que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu le
Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur.*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.



REMERCIEMENTS





A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE MME LE
PROFESSEUR N.MANSOURI HATTAB

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous garderons de vous l'image d'une maîtresse dévouée et serviable, et d'une femme dont la présence rassure et la parole apaise, vous êtes notre fierté chère professeur. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE MR LE
PROFESSEUR M.EL BOUIHI

Vous nous'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et nous vous remercions pour votre gentillesse et votre bienveillance, nous espérons être digne de la confiance que vous nous avez accordé. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

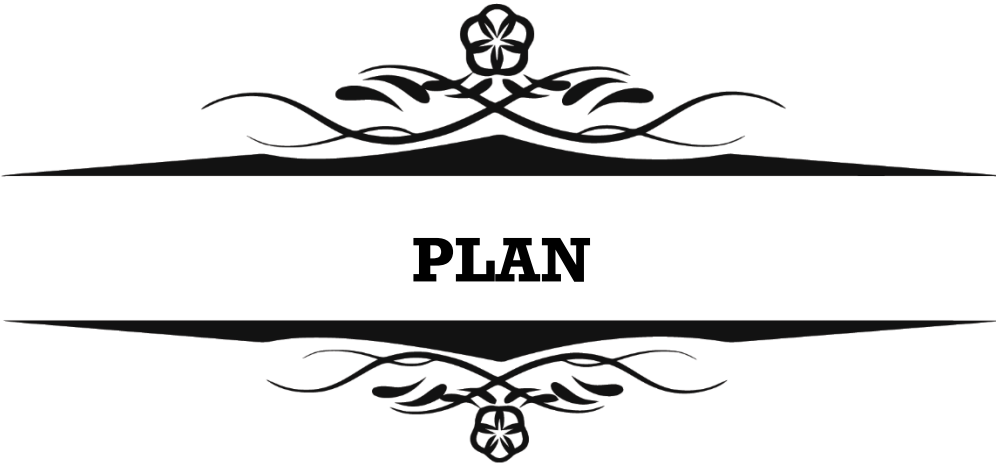
A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MR LE PROFESSEUR
B.ABIR

Nous vous remercions vivement de bien vouloir assister à ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime, notre profonde reconnaissance et notre grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MR LE PROFESSEUR
Y.DAROUASSI

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury. Veuillez croire, cher Maître, à l'assurance de notre respect et notre grande reconnaissance.

A Tous le personnel du service de Chirurgie Maxillo-facial et Stomatologie de l'hospital Ibn Tofail affilié au CHU Mohammed VI de MARRAKECH



INTRODUCTION	1
RAPPELS	4
MATERIELS ET METHODES	37
RESULTATS	42
I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	43
1. La fréquence	43
2. Le sexe	43
3. L'âge	44
II. DONNEES CLINIQUES	45
1. Antécédents	45
2. Délai de consultation	46
3. Les manifestations cliniques	47
III. DONNEES RADIOLOGIQUES	52
IV. TRAITEMENT ET ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE	55
1. Les améloblastomes	56
2. Les carcinomes	57
3. Odontome	58
4. Cémentome	58
5. Myofibrome	59
DISCUSSION	61
I. Epidemiologie	61
1. La fréquence	62
2. L'âge	63
3. Le sexe	63
II. Classification	64
III. ASPECTS COMMUNS DES TUMEURS BENIGNES	69
1. Clinique	69
2. Radiologie	70
3. L'étude anatomopathologique	70
IV. ASPECTS COMMUNS DES TUMEURS MALIGNES	72
1. Clinique	72
2. Radiologie	74
3. L'étude anatomopathologique	75
V. ASPECTS PARTICULIERS DES TUMEURS BENIGNES DES MAXILLAIRES	76
1. L'améloblastome	76
2. Odontome	80
3. cémentome	80
4. myofibrome	81

VI. ASPECTS PARTICULIERS DES TUMEURS MALIGNES DES MAXILLAIRES	83
1. Carcinome malpighien	83
2. Carcinome adénoïde kystique	84
VII. CONDUITE PRATIQUE DEVANT UNE TUMEFACTION DES MAXILLAIRES	85
KIT D'AUTOENSEIGNEMENT DE SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE	86
CONCLUSION	91
RESUMES	94
ANNEXES	99
BIBLIOGRAPHIE	103



INTRODUCTION



L'auto-enseignement est une méthode d'enseignement moderne. Le kit d'auto-enseignement appliqué à la pathologie tumorale maxillo-faciale, est un des outils d'apprentissage les plus adaptés où le lecteur devra interpréter les examens radiologiques en fonction des données cliniques qui lui auront été fournies préalablement. Il peut être profitable à des praticiens de différents niveaux aussi bien en radiologie qu'en pathologie maxillo-faciale.

Les maxillaires constituent la majeure partie du squelette de la face et se composent du maxillaire et de la mandibule. Ces deux pièces osseuses ont en commun, au regard des gencives, un os particulier qui est l'os alvéolaire sur lequel sont enchâssées les dents.

La face décrite comme purement anatomique est une région polymorphe, elle comporte tous les organes de sens et abrite les fonctions essentielles de déglutition, de respiration et de communication. , elle est dotée aussi d'un rôle fondamental dans l'expression et dans la perception : c'est le siège de la vie relationnelle par le jeu de la mimique et par les organes de sens purement céphaliques.

Les tumeurs des maxillaires représentent un groupe hétérogène de nature et d'origine diverses. Certain sont d'origine dentaire et constituent le groupe des tumeurs odontogènes, d'autres naissent à partir de structures osseuses, vasculaires ou nerveuses et constituent le groupe des tumeurs non odontogènes , dans leur grande majorité ces tumeurs sont bénignes mais sans oublier le risque d'avoir une tumeur maligne dont l'évolution est souvent létale avec présence de métastase ainsi que des récédives fréquentes.

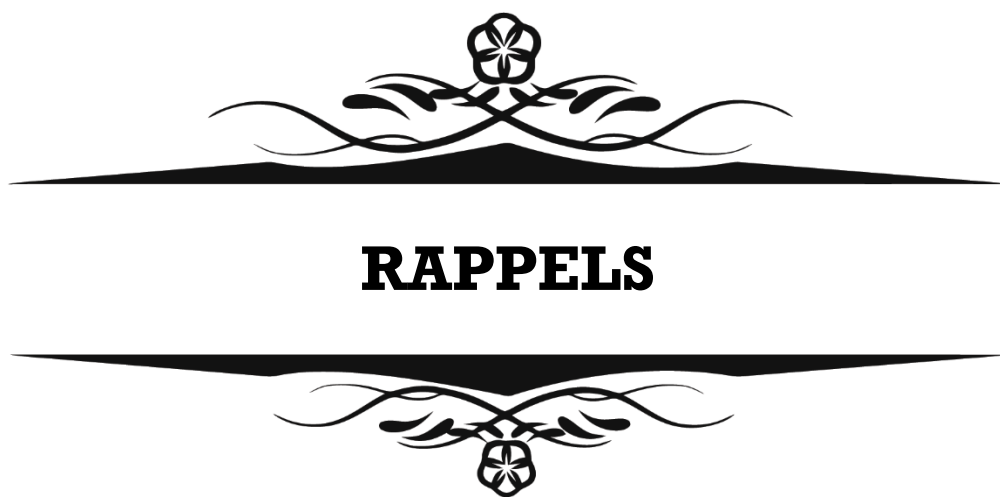
Le diagnostic d'une tumeur des maxillaires n'est pas l'affaire d'un seul examen, mais d'un ensemble d'arguments. C'est une synthèse de l'interrogatoire, de l'examen clinique, de l'imagerie, et de la confirmation anatomopathologique. L'interrogatoire va retrouver les

circonstances de découverte, les modalités du début de l'affection, la date d'apparition de la tumeur, la gêne qu'elle entraîne et le mode d'évolution de la pathologie.

L'examen clinique est tout aussi fondamental, afin de préciser les caractères de la lésion : la présence de tuméfaction, les signes inflammatoires, le siège de la lésion (maxillaire ou mandibulaire), la nature de la lésion, sa mobilité par rapport au plan superficiel et profond, le comblement vestibulaire, la limitation de l'ouverture buccale, les signes associés notamment la mobilité dentaire, les troubles sensitifs, les signes de malignité locale.. L'imagerie sous toutes ses formes permettra parfois d'évoquer le diagnostic sans en apporter la certitude qui repose sur l'histologie.

La suspicion de tumeur maligne est souvent présente dès la consultation. Le traitement de ces lésions se fait généralement en centre spécialisé à l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Selon l'OMS, les tumeurs malignes ont été à l'origine de 12% des 56 millions de décès dans le monde en 2000. La fréquence des cancers pourrait augmenter de 50% dans le monde avec 15 millions de nouveaux cas par an en 2020.

La prise en charge de ces tumeurs nécessite un apprentissage adapté dans des centres spécialisés avec des méthodes pédagogiques qui ont prouvé leur faisabilité et efficacité.



I. Rappels embryologiques :

1. La face (5,6,7,8)

La face est située dans la partie antérieure de la tête entre la ligne capillaire et la ligne basilaire. Elle est constituée d'une charpente recouverte par du tissu cutané-musculaire. La charpente osseuse est formée d'un assemblage de 14 os que sont la mandibule (seul os mobile de la face), le maxillaire, l'os palatin, l'os lacrymal, l'ethmoïde, le sphénoïde et le vomer.

Elle est formée par une charpente ostéo-cartilagineuse complexe sur laquelle se moule un revêtement tégumentaire très structuré. Dans l'épaisseur de ce dernier transitent et se déploient les vaisseaux et les nerfs faciaux ainsi que les canaux salivaires et lacrymaux.

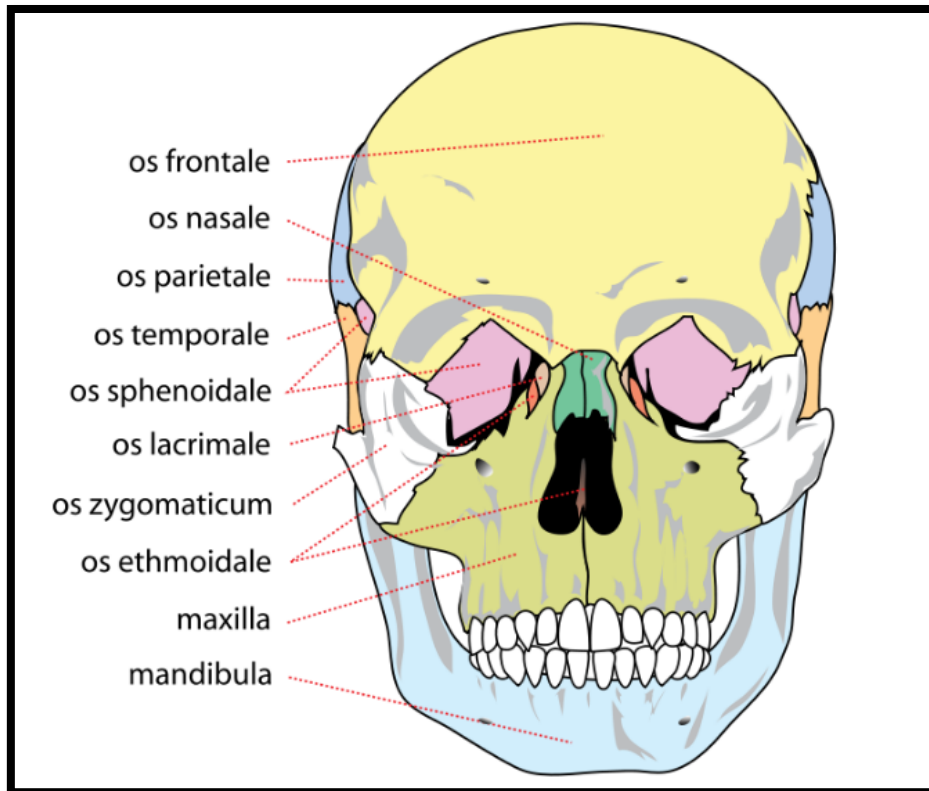


Figure 1 : Tête osseuse vue de face

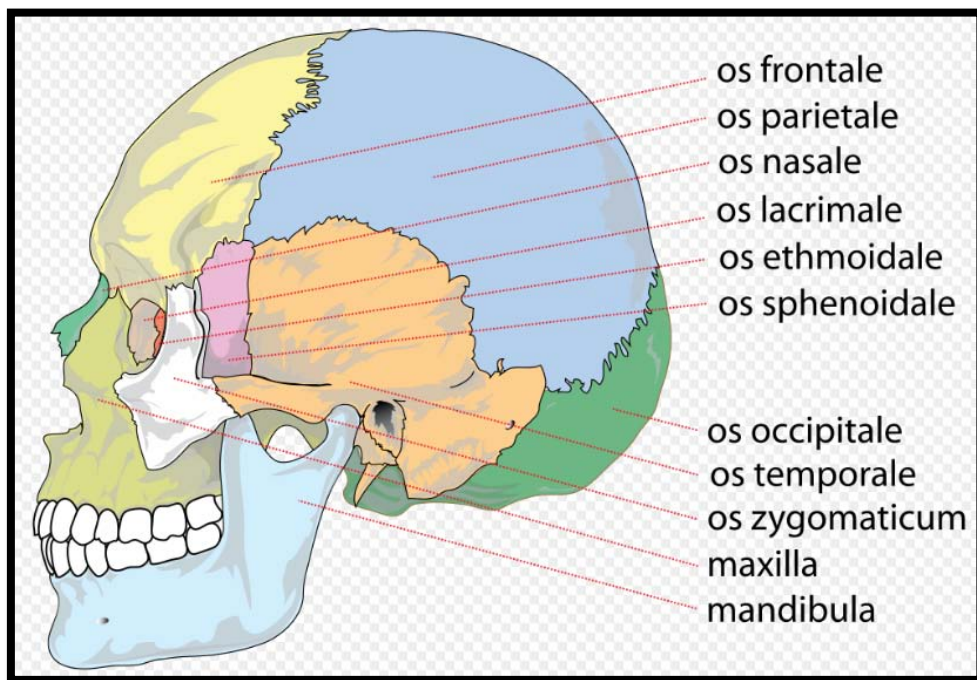


Figure 2 : Tête osseuse vue latérale

On distingue trois périodes dans la formation et le développement de l'extrémité céphalique :

- l'histogenèse : jusqu'à la 2^e semaine ;
- l'organogenèse : de la 2^e à la 8^e semaine ;
- la morphogenèse : de la 8^e semaine (ossification) à la naissance, le développement et la croissance se prolongent jusqu'à l'âge adulte.

Au début de la quatrième semaine, l'extrémité céphalique de l'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (les bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression - le stomodéum (bouche primitive) - provisoirement obturée par la membrane pharyngienne. Ces bourgeons sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développent les structures cartilagineuses, musculaires et osseuses) et d'un revêtement épiblastique.

Vers la cinquième semaine (Fig. 2a, 2b), on distingue :

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

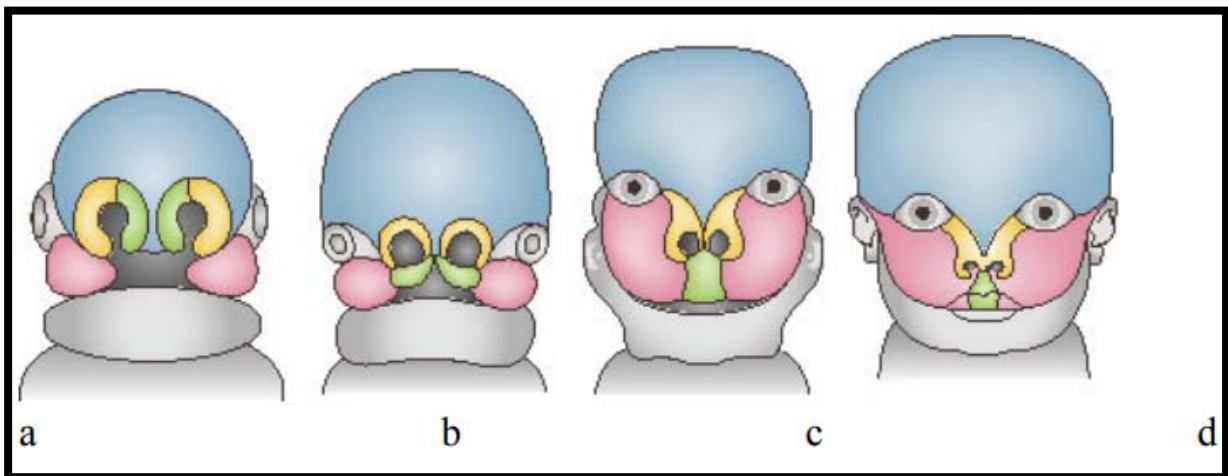


Figure3 : Les bourgeons faciaux et leur développement : a : 3 semaines , b : 7 semaines , c : 10 semaines , d : Face constituée

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour des placodes sensorielles et du stomodéum. Ils tendent à fusionner par phénomènes de confluence et de soudure jusqu'au troisième mois (Fig. 2c, 2d). Si une anomalie survient

dans cette période, il existera une malformation. Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médian des bourgeons nasaux et maxillaires supérieurs, qui vont former à la partie antérieure de la bouche primitive le palais primaire (I) vers la septième semaine. En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et deux lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire (II) après abaissement de la langue entre la septième et la dixième semaine (Fig 3).

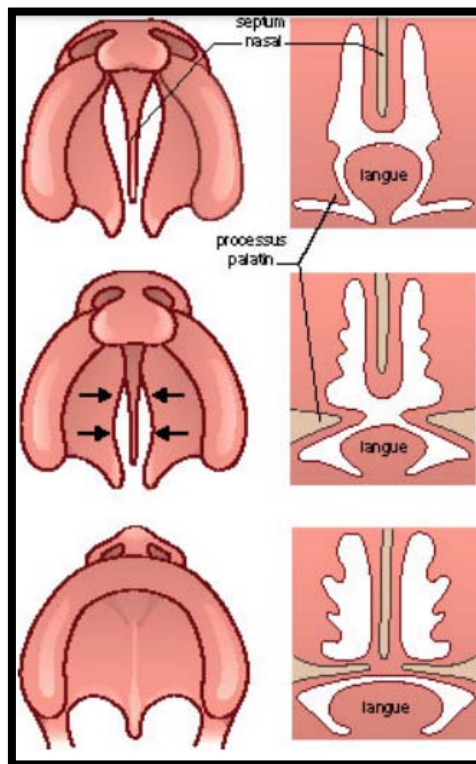


Figure 4 : Le cloisonnement de la bouche primitive : a : 7 semaines , b : 8 semaines , c : 10 semaines.

2. Dents (5)(9)

Les dents sont des organes de consistance dure et 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 entre les dents de lait et celles permanentes est appelée dentition mixte. La dentition temporaire ou dents de lait apparaît entre 6 mois à 30 mois. A 3 ans, en général, la dentition lactéale est complète. La dentition lactéale comprend 20 dents.

La dentition mixte correspond à la cohabitation entre les dents de lait et les dents permanentes. Elle correspond à l'intervalle entre 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 et 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 d'une substance dure de couleur jaune appelée dentine ou ivoire. L'ivoire est lui-même recouvert sur la couronne d'un tissu transparent plus dur encore appelé l'émail. Sur la racine, l'ivoire est recouvert d'un tissu résistant jaune opaque appelé le ciment. La face latérale est centrée sur le processus zygomatique et s'articule avec l'os zygomatique.

- ❖ Double origine ectoblastique:
 - Cellules épithéliales
 - Cellules mésenchymateuses, ayant migré de la crête neurale
- ❖ 2 e mois : = bourgeons ectoblastiques épaissements du revêtement épithélial du stomodeum
- ❖ Lamé primitive = mur plongeant
- ❖ Lamé dentaire, prolongement médial

- ❖ Coiffe épithéliale = épithélium dentaire
- ❖ Cupule Cloche
 - Épithélium adamantin médial -----→ email
 - Épithélium adamantin latéral -----→ dentine
 - Papille dentaire: condensation mésenchymateuse

II. Rappels anatomiques:

Le tiers moyen de la face est un espace central vis-à-vis des orifices faciaux : bouche, paupières et narine. Il est axé tel un moyen de roue et est constitué de peau, de muscles, de graisses, d'aponévroses et de points fixes posés sur un socle osseux.

Le tiers moyen de la face présente quatre régions malaire, zygomatique ,orbitaire et nasale. Son socle osseux, constitué essentiellement de l'os maxillaire et de l'os malaire. (18)

Le tiers inférieur de la face formé par la mandibule .

1. Région orbitaire : (19)

L'orbite est de forme pyramidale à quatre faces dans ses deux tiers antérieurs (paroi supérieure, latérale, inférieure et médiale) et à trois faces dans son tiers postérieur (paroi supérieure, latérale et médiale).

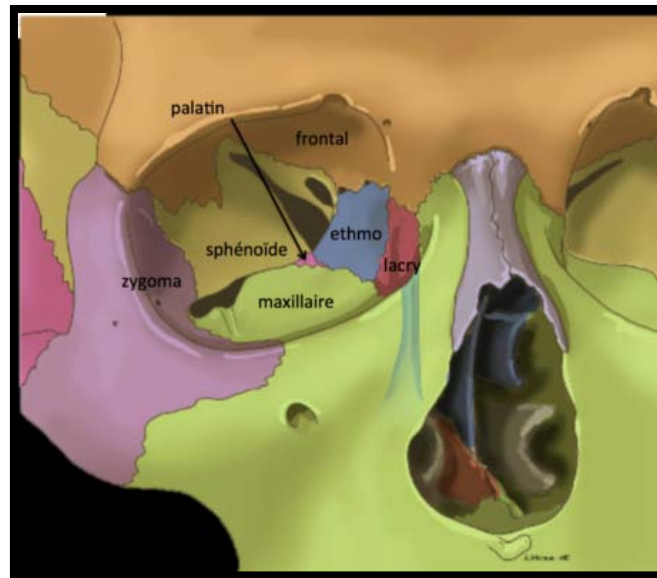


Figure 5: anatomie de larégion orbitaire

- La base de cette pyramide est antérieure , Le sommet est postérieur.
- la paroi supérieure ou plafond, triangulaire à base antérieure, est formée en avant par l'os frontal et en arrière par la petite aile du sphénoïde. Elle sépare l'orbite de l'étage antérieur de la base du crâne. -La paroi latérale , ou pilier externe, triangulaire à base antérieure est formée en avant et en haut par l'os frontal, et en avant et en bas par l'os zygomatique. Les deux tiers postérieurs de la paroi latérale sont constitués par la grande aile du sphénoïde. Elle sépare l'orbite de la fosse cérébralemoyenne en arrière et de la fosse temporale en avant.
- La paroi inférieure, ou plancher, triangulaire à base antérieure, limitée seulement aux deux tiers antérieurs de l'orbite, est formée en avant et latéralement par l'os zygomatique, et en avant et médialement par la face orbitaire de l'os maxillaire. Plus en arrière, le processus orbitaire du palatin s'unit à l'os maxillaire. La paroi médiale rectangulaire, unit d'avant en arrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, la face latérale de l'os lacrymal, la lame

orbitaire de l'ethmoïde encore appelée lame papyracée, ou os planum, et enfin la partie latérale du corps du sphénoïde. Elle sépare l'orbite des fosses nasales en avant et du sinus sphénoïdal en arrière.

2. la région nasale et cellules ethmoïdales : (20)

Le tiers supérieur du nez est constitué des os propres qui s'articulent, en haut avec le processus épineux/nasal de l'os frontal et sur les côtés avec les processus frontaux des os maxillaires. Ainsi se forme la partie supérieure des parois latérales du nez dont la limite externe est constituée par la crête lacrymale antérieure. Les os propres peuvent eux-mêmes varier dans leurs dimensions. L'orifice piriforme est limité en haut par le bord inférieur des os propres et en bas par les os maxillaires

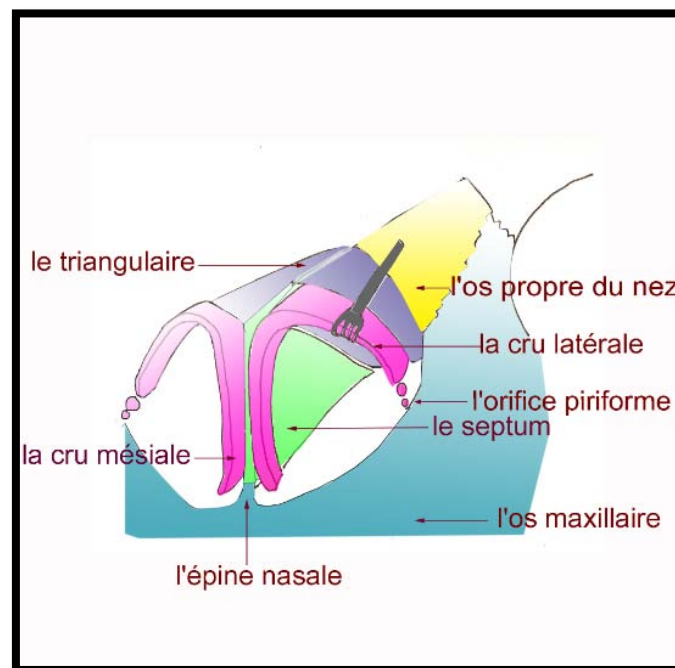


Figure 6 : anatomie du nez osseux

3. La région maxillaire : (8) (21) (22)

Le maxillaire est la pièce principale du massif facial, c'est un os pair et symétrique, situé au dessous de l'orbite en dehors des fosses nasales et au dessus de la cavité buccale, contribue à former les parois de ces cavités.

L'os maxillaire est constitué de tissu compact et de tissu spongieux au niveau des processus alvéolaire et zygomatique. Le corps est creusé du sinus maxillaire qui s'ouvre dans le méat moyen.

De forme grossièrement pyramidale quadrangulaire, le maxillaire est formé d'un corps où se détachent 4 processus (zygomatique, frontal, orbitaire et palatin).

Le maxillaire a la forme d'un cube irrégulier à six faces qui sont les faces faciale (antérieure), infra-temporale (postérieure), orbitaire (supérieure), nasale (médiane), orale (inférieure), et latérale.

La face faciale répond à la moitié supérieure de la joue et présente en son centre la fosse canine avec au-dessus d'elle le foramen infra-orbitaire qui livre passage au paquet vasculo-nerveux infra-orbitaire.

La face infra-temporale présente une saillie bien marquée désignée sous le nom de tubérosité maxillaire. Celle-ci présente de fines gouttières verticales qui se continuent par des foramens et des canaux intra-osseux. Ce sont des sillons et des orifices des canaux alvéolaires dans lesquels s'engagent les vaisseaux et nerfs du même nom.

La face orbitaire est creusée d'un sillon infra-orbitaire qui se continue par un canal : le canal infra-orbitaire. Celui-ci débouche à la face antérieure par le foramen infra-orbitaire. Sillon et canal infra-orbitaires forment un passage aux nerfs et vaisseaux du même nom.

La face nasale constitue la charpente de la paroi latérale de la cavité nasale. Elle comprend le hiatus maxillaire qui fait communiquer la cavité nasale avec le sinus maxillaire. Devant ce hiatus, se trouve le processus frontal du maxillaire sur le bord postérieur duquel est creusé le sillon lacrymal.

La face orale entre dans la constitution de la cavité orale ainsi que du palais osseux par la face inférieure du processus palatin. Le bord inférieur de ce processus est creusé d'alvéoles dentaires pour les racines des dents de l'arcade dentaire supérieure

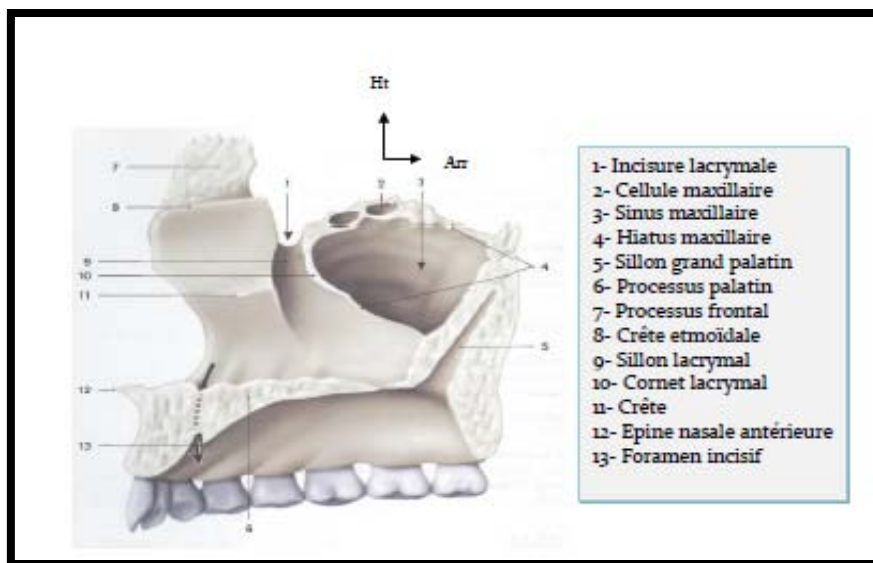


Figure 7 : Os maxillaire vue médiane

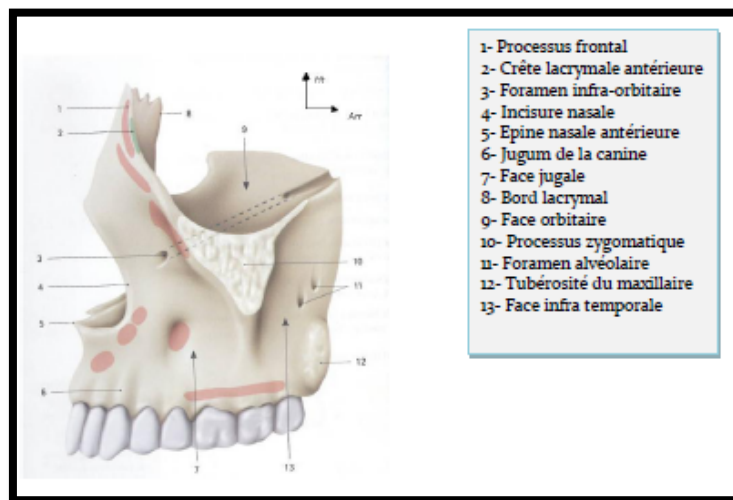


Figure 8 : Os maxillaire vue antérolatérale

4. Les articulations temporo-mandibulaires (25)

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une articulation complexe, les surfaces articulaires non concordantes s'adaptant grâce au tendon du muscle ptérygoïdien latéral qui coulisse entre elles lors de tous les mouvements mandibulaires. L'anatomie descriptive de l'ATM est bien connue, malgré une certaine variabilité, mais son aspect dynamique l'est moins en l'absence d'un système d'imagerie adapté au suivi tridimensionnel d'un sujet en temps réel. L'abord pluridisciplinaire de la pathologie des dysfonctions de l'ATM a fait progresser la connaissance de l'anatomie fonctionnelle de cette articulation. Le nerf mandibulaire en assure l'innervation motrice et sensitive pouvant initier un cercle vicieux entre spasmes et douleurs. L'imputabilité des symptômes otologiques, présents lors de certains cas de dysfonctions de l'ATM, ne peut être retenue de façon systématique.

C'est une articulation bi-condyloïde particulièrement instable. Sa stabilité est renforcée par l'existence d'un disque articulaire qui sépare l'articulation en deux compartiments, supra et infra discal. Ses ligaments surtout présents à la face médiale de l'articulation augmentent sa stabilité.

5. La mandibule : (23) (24) (22)

La mandibule, os impair, médian et symétrique, constitue le squelette du menton. C'est le seul os mobile de tout le massif crânio-facial et le seul de la face qui ne s'articule pas avec le maxillaire.

Elle a la forme d'un fer à cheval dont l'extrémité des branches se redresse vers le haut. Elle comprend trois parties : un corps et deux branches, unis par deux angles mandibulaires.

Le corps est horizontal, arqué, à concavité postérieure, avec deux faces, une partie alvéolaire et une base.

La branche de la mandibule est rectangulaire, à grand axe vertical, chaque branche présente deux faces et quatre bords.

La mandibule est un os cortico-spongieux. L'os spongieux est prédominant au niveau du corpus, cet os spongieux se raréfie vers la région articulaire.

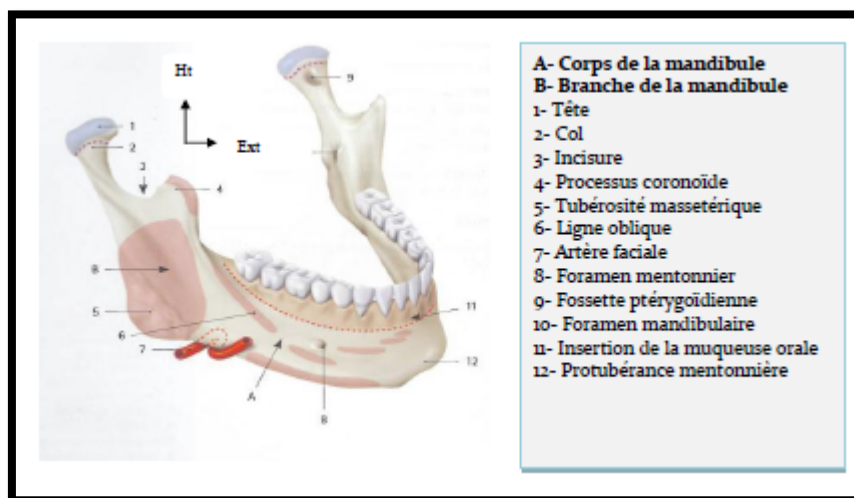


Figure 9: L'os mandibulaire vue antéro-latérale et supérieure

III. RAPPELS TECHNIQUES ET ANATOMO-RADIOLOGIQUES :

Les examens radiologiques ont pour but la mise en évidence de la lésion, la caractérisation, l'extension et la surveillance des pathologies .

Imagerie conventionnelle :

1. Les techniques extra-buccales (10)

a) l'orthopantomogramme :

C'est une technique d'exploration radiologique dentaire extra-orale, qui permet une vue de l'ensemble des arcades dentaires avec une image en coupe épaisse.

Les avantages :

- une vue globale des arcades dentaires et des maxillaires sur un même cliché, -
- repérage les obstacles anatomiques tels que les sinus, les fosses nasales, le canal alvéolaire inférieur et son émergence au foramen mentonnier,
- mise en évidence des pathologies endo-osseuses .
- estimation approximative de la hauteur osseuse disponible par rapport à la jonction cémento-alvéolaire,
- orientation thérapeutique,
- rapidité et simplicité de réalisation,.
- Faible coût et irradiation,
- Evitement des réflexes nauséeux des clichés endo-buccaux.

Inconvénients :

- Les dimensions de cette radiographie ne sont pas exactes puisqu'il existe un agrandissement des dimensions verticales, il est important de se faire préciser le coefficient de déformation par le constructeur pour effectuer des mesures

- l'orthopantomogramme peut être utilisée pour l'évaluation des angles, mais il est préférable d'utiliser d'autres techniques de radiographie pour les mesures verticales et horizontales .
- l'image radiographique obtenue est déformée car l'agrandissement n'est pas constant,
- L'épaisseur vestibulo-linguale reste inconnue donc la résorption vestibulo-linguale n'est pas appréciable.
- les éléments anatomiques situés à l'extérieur de la région postérieure sont flous ou inaperçus, la base du sinus et les canaux annexes du canal alvéolaire inférieur sont difficilement différenciables.
- l'orthopantomogramme ne fournit pas de renseignements sur la qualité de l'os spongieux.
- contre indiqué en cas de grossesse, enfant moins de 15ans, parkinsonien, comateux ...



Figure 25 : panoramique dentaire.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1, Processus condylien de la mandibule. | 8, Canine. |
| 2, Processus coronoïde de la mandibule. | 9, Prémolaire. |
| 3, Branche montante de la mandibule. | 10, Molaire. |
| 4, Angle de la mandibule. | 11, Sinus maxillaire. |
| 5, Portion horizontale de la mandibule. | 12, Cavité nasale. |
| 6, Symphyse. | 13, Incisure mandibulaire. |
| 7, Incisive. | |

Figure 10 :Orthopantomogramme

b) Incidence de Blondeau : (11)

C'est une incidence en pro cubitus, menton contre la table

Angulation à rayon : 0°

Centrage Sortant par la base du nez(8)

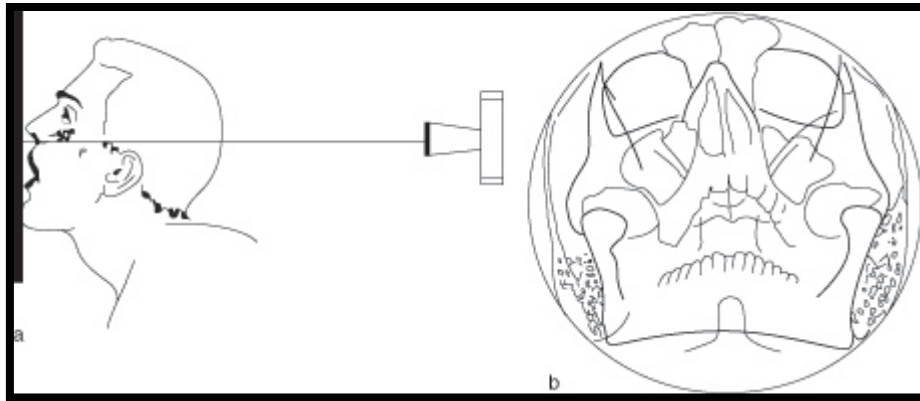


Figure 11 : incidence de blondeau

Avantage :

- Faible cout
- Permet d'avoir une incidence plus au moins orthogonale d'une dent (incluse) , d'une lésion osseuse, d'un corps étranger , d'un calcul radio-opaque salivaire : c'est une étude topographique et morphologique
- Il permet une étude sur une zone plus étendue que le cliché rétroalvéolaire.
- Il constitue une bonne parade en cas d'impossibilité d'examen intra-oral.
- Le maxillaire défilé s'oriente surtout vers une exploration préférentielle des secteurs postérieurs.
- L'incidence tangentielle permet une exploration préférentielle du secteur incisif

Inconvénients :

- permet de faire une estimation partielle de la localisation ou de la morphologie de la région explorée.
- une superposition des différentes structures situées sur le même axe que le faisceau.

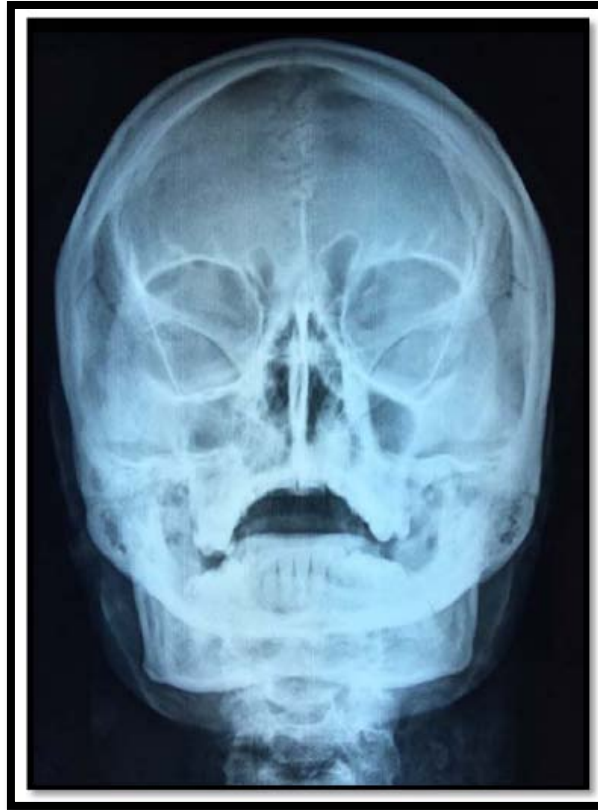


Figure 12 : Incidence Blondeau

c) **l'incidence tangentielle:**

Il s'agit d'une incidence de profil avec un positionnement du faisceau horizontalement et tangentiel à la dent incluse étudiée.

d) **Scanner (Tomodensitométrie):(15)**

C'est un examen qui permet d'avoir une visualisation directe dans les trois dimensions de l'espace

Le scanner est une imagerie numérique en coupe utilisant les rayons X. Il s'agit d'une technique extra-buccale.

On réalise dans le plan axial une pile de coupes de 1 mm d'épaisseur tous les 0.5 mm (coupes chevauchées) : ces coupes d'une extrême précision servent de données brutes pour

réaliser, sur une console informatique secondaire, des reconstructions dans d'autres plans de l'espace (frontal, oblique, sagittal). Les reconstructions les plus habituelles en imagerie sont les reconstructions Dentascan et 3D.

On peut réaliser des protocoles et des reconstructions adaptées selon la pathologie recherchée. On a donc une visualisation aisée de la zone d'intérêt.



Figure 13: Scanner facial en coupe coronale sans injection de produit de contraste

Avantage :

- L'examen le plus précis pour une étude topographique
- Il permet l'étude des rapports d'une dent incluse, d'un corps étranger (pâte dentaire) avec le canal mandibulaire, avec éventuellement les sinus maxillaires (pâte dentaire, aspergillose) ou avec les dents adjacentes.

- Dans le cadre du bilan préimplantaire : le dentascan permet d'avoir une image sans agrandissement avec un positionnement précis du site implantaire, il donne une idée de l'épaisseur d'os disponible.
- il permet de préciser un doute sur une fracture radiculaire devant une anomalie clinique ou une fine image linéaire radio claire sur un cliché rétro-alvéolaire.
- il permet de rechercher une duplication canalaire d'une racine dans le cadre d'un traitement endodontique. (incisive et canine mandibulaire, secteur molaire)
- il permet de rechercher et préciser une lésion péri-dentaire .
- il permet de faire le bilan d'une pathologie tumorale ou d'une lésion osseuse visible sur un orthopantomogramme. Avec le passage en 3 dimensions, on pourra en étudier le volume.
- il permet de réaliser des contrôles post implantaire :
 - ✚ Si des algies surviennent après la pose d'un implant, on peut radiographier la zone incriminée pour préciser les causes de ces algies.
 - ✚ Contrôle de l'ostéointégration.
- il permet l'étude osseuse des articulations temporo-mandibulaires avec notamment l'étude des surfaces articulaires des condyles mandibulaires.
- il permet d'étudier les sinus et les lésions dento-sinusiennes.
- il permet de rechercher une déhiscence de la corticale de l'infrastructure du sinus maxillaire dans le cadre d'une communication bucco-sinusienne.

Les inconvénients :

- C'est un examen coûteux.
- Quand de grosses restaurations sont présentes en bouche, cela dénature la radiographie en faisant apparaître des artéfacts.
- limité pour l'exploration des parties molles.

e) **l'IRM ou imagerie par résonance magnétique : (15)**

L'imagerie par résonance magnétique est une imagerie en coupes non irradiante dont l'intérêt principal en imagerie dentaire est l'étude du ménisque des ATM, mais aussi des parties molles comme les loges anatomiques.

Tableau I : l'interprétation de l'IRM selon la séquence et le signal

séquence pondérée T1	Signal intense (blanc)	Les structures vascularisées (inflammatoires ou tumorales)
	Signal intermédiaire (gris)	tissu
	Signal faiblement intense (noir)	T1 long (liquide)
séquence pondérée T2	Signal intense (blanc)	T2 long (liquide, œdème, tissus inflammatoires ou tumoraux, sang frais, graisse).

Avantage :

- La visualisation d'un ménisque
- L'étude complémentaire des lésions tumorales
- Le bilan d'extension aux parties molles pour les pathologies infectieuses et malignes.

Inconvénients :

- L'IRM n'étudie pas les régions où il existe des protons; les structures uniquement calciques sont sans signal, ce qui empêche une étude de qualité pour les dents.
- Il existe une moins bonne définition que le scanner pour les petites lésions osseuses.

- Diminuée par rapport à la TDM dans l'exploration de l'os.
- Une technique très onéreuse.

f) **a-6 : Scintigraphie au technétium 99 avec balayage corporel : (16)**

La scintigraphie au technétium 99 avec balayage corporel sera demandée dès qu'il existe une suspicion de tumeur polyostotique ou métastases osseuses.

Un certain nombre de tumeurs sont potentiellement polyostotiques : dysplasie fibreuse, granulome éosinophile, myélome par exemple.

On peut rencontrer plusieurs lésions du même type géographiquement distinctes. Cet aspect évoque surtout le chérubinisme, les kératokystes (dans le cadre d'un syndrome de Gorlin), l'histiocytose X ou les lymphomes.

2. Les techniques intra-buccales :

Les techniques rétro-alvéolaires (12) (13):

C'est le moyen le plus classiquement utilisé au cabinet dentaire. Le bilan long cône est une étude radiologique complète de l'arcade dentaire maxillaire et mandibulaire avec une extrême précision pour une exploration des couronnes, des racines dans le cadre d'un bilan dentaire, parodontal, ou endodontique.

Il s'agit d'une technique intra-buccale, le film étant maintenu par un porte-film, soit par une pince de Fitzgerald, soit par un angulateur (Rinn).

Le film de petite taille de très haute définition, est placé en situation intra-buccale en regard de la dent explorée.

Les méthodes conventionnelles regroupent 4 techniques:

- Technique de la bissectrice (A)
- Technique de visée oblique - Technique des plans parallèles (B)
- Bite-Wings (cliché rétro-coronaire) (C)

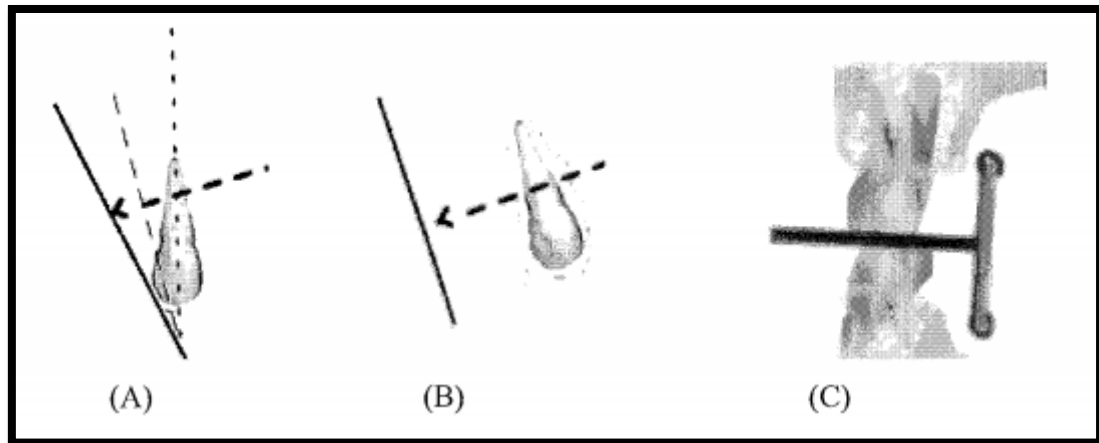


Figure 14 : les différentes techniques pour réaliser les clichés rétroalvéolaires.

Avantage :

- Il nous permet d'avoir des clichés qui se distinguent par: leur précision, leur netteté et leur mensuration fidèle sans déformation.
- C'est une méthode extrêmement précise pour une étude des couronnes.
- c'est le bilan de référence pour l'étude parodontale.

INCONVENIENTS :

- Une méthode plus longue et coûteuse que l'orthopantomogramme.
- Permet uniquement une étude de la dent et de sa région immédiatement adjacente.
- Le champ d'exploration est limité à la taille du film: non visualisation d'une lésion profonde à distance des dents.
- Technique mal tolérée par les réflexes nauséeux .

3. Les techniques occlusales (14)

Cette technique permet la vision dans un autre plan de l'espace souvent perpendiculaire à celui de l'orthopantomogramme sur un secteur plus limité. C'est une technique intra-buccale.

C'est un cliché de deuxième intention pour une vision complémentaire:

- De la morphologie d'une dent,
- De la position d'une dent incluse,
- D'un traumatisme dentaire (du secteur incisivo-canin), - des rapports d'une lésion osseuse,
- D'une fente palatine.

Il permet surtout de réaliser le seul cliché intra-buccal possible en cas de trismus tant au maxillaire qu'à la mandibule.

Les clichés occlusaux permettent également de faire une recherche au niveau de la mandibule de calcifications des parties molles (lithiase salivaire surtout au niveau de l'abouchement du canal de Wharton)

En fonction de l'incidence utilisée, on peut axer sa recherche sur des éléments définis à l'avance.

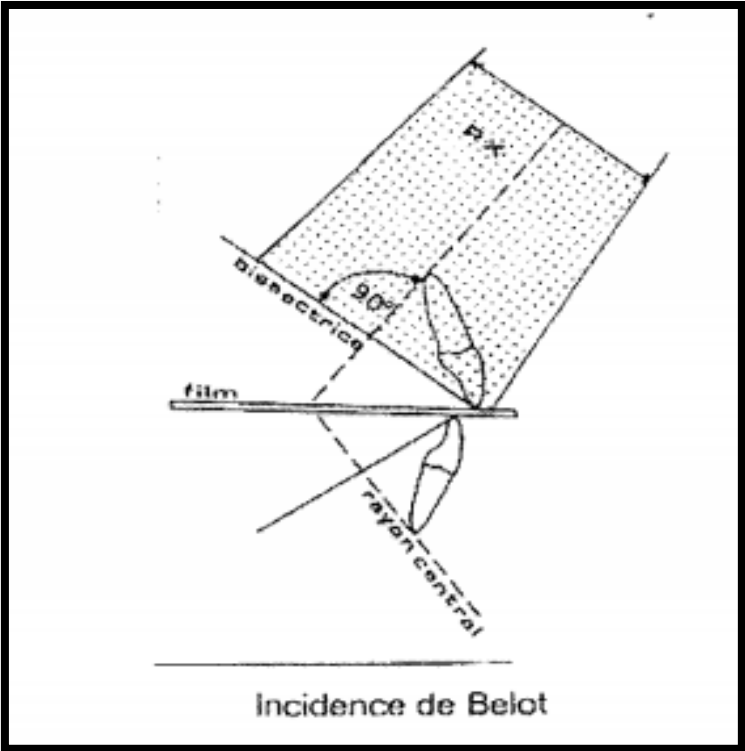


Figure 15 :Incidence de Belot

IV. Rappels anatomopathologiques :

1. Tumeurs bénignes des maxillaires : (26) (27) (28) (29)

Ce sont des néoformations odontogéniques ou non développées au dépend de la mandibule ou du maxillaire et, ayant une évolution lente sans métastases à distance.

Les tumeurs bénignes sont des tumeurs circonscrites, bien limitées, nettement séparées des tissus sains voisins, parfois entourées par une capsule. Cette bonne limitation favorise l'exérèse chirurgicale qui peut être limitée à la seule tumeur. Des exceptions à cette règle existent.

Le tissu tumoral reproduit de très près la structure du tissu initial. Les cellules tumorales ont une morphologie normale et ne présentent aucun caractère de malignité. Il n'y a pas d'envahissement de tissus voisins. Certaines tumeurs bénignes peuvent présenter des anomalies cytologiques, la croissance est lente et purement locale. Elles refoulent sans envahir les tissus voisins. Elles ne récidivent pas après exérèse totale et il n'y a jamais de métastases. L'évolution est habituellement favorable.

La radiographie montre des images typiques. La biopsie osseuse affirme le caractère bénin de la tumeur et précise sa nature.

On les classe en tumeurs odontogènes et en tumeurs non odontogènes.

1.1 Tumeurs odontogènes :

a) Améloblastome : (26) (30) (31) (32)

Est une tumeur odontogène bénigne, d'agressivité locale, avec un taux de transformation maligne très faible. Elle est néanmoins connue très récidivante après traitement. Il s'agit de la tumeur odontogène bénigne la plus fréquente.

L'améloblastome touche surtout la mandibule avec une prédominance pour la région angulaire.

C'est une tumeur qui dérive des améloblastes (cellules de l'émail) et se présente histologiquement sous plusieurs types :

Améloblastome folliculaire : le plus fréquent et regroupe différents sous types notamment fusiforme, acanthomateux, granulaire ou basal.

Améloblastome épidermoïde : On en a deux formes, la forme différenciée et l'autre indifférenciée.

Améloblastome plexiforme

Améloblastome à cellules granuleuses

b) Myxome odontogène : (26) (33) (34)

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, 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.

➤ Odontome (26)

Odontome, appelé aussi « dentome », est constitué de tissu dentaire. Il s'apparente à une dent surnuméraire, souvent mal formée, et se développant à côté d'une dent normale. Les tissus d'un odontome sont durs et se développent de façon indépendante. Il existe trois types d'odontome : radiculaire (au niveau de la racine), coronaire et intradentaire. Un odontome peut être simple (une seule dent), composé (plusieurs dents pouvant être minuscules, difformes ou irrégulières) ou complexe (agglomérat d'émail et de dentine sans structure dentaire).

➤ **Dentinome : (30)(31)**

Il est constitué d'épithélium odontogène disposé en minces trabécules ou en petits îlots. A la radiographie, on a une image radio claire nettement délimitée contenant de quantité variable de matériel opaque.

➤ **Fibromes odontogènes (26),(30),(31)**

On distingue le fibrome ossifiant et non ossifiant. Le fibrome est une tumeur à évolution lente, on la rencontre dans la région malaire, où elle peut entraîner une opacité diffuse, et 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.

➤ **Cémentome**

Le cémentome bénin ou dysplasie cémento-osseuse focale ou encore fibrome cémento-ossifiant (selon la nouvelle classification OMS des tumeurs osseuses odontogènes et maxillo-faciales) est une tumeur odontogène rare de la mâchoire. La lésion provient d'un tissu mésenchymateux, bien que son étiologie exacte soit encore inconnue. Ses principales caractéristiques sont représentées par une masse radio-opaque attachée à la racine (le plus souvent à une molaire mandibulaire) qui est circonscrite par une zone radio-transparente périphérique

c) **Tumeurs non odontogènes :**

➤ **Ostéome (26),(30),(31)**

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 condyle, elle cause des asymétries faciales et des troubles d'occlusion. Au niveau du coroné, elle est responsable de constriction des mâchoires. 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.

➤ *Chérubisme ou chérubinisme (30),(35)*

C'est une affection génétique qui se transmet sur un mode autosomique dominant, à expressivité variable. Au début vers la deuxième année de la vie, on note un élargissement progressif de la mâchoire qui entraîne rapidement un aspect de faciès joufflu. Les anomalies de l'éruption dentaire existent : les dents peuvent être irrégulièrement plantées, absentes ou incluses; les alvéoles sont distendues et les gencives souvent irritées et épaisses.

Pendant la phase d'extension, on a des adénopathies de volume modéré dans les régions jugulo carotidienne et sous maxillaire.

La radiographie montre de multiples kystes radio transparents mandibulaires et maxillaires.

A l'histologie, on a des kystes contenant des zones très vasculaires à l'intérieur d'un stroma fibreux.

➤ *Torus (30)*

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.

➤ **Granulome réparateur (24)**

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. La forme centrale représente 7% des tumeurs bénignes.

Comme facteur incriminé, on a l'hyperparathyroïdie, les traumatismes (tatouage, port de prothèse, etc).

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 générale lente.

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

➤ **Chondrome (31)**

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, elle 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.

Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

- ❖ les tumeurs malignes ;
- ❖ les kystes ;

- ❖ les pseudo tumeurs.

1.2 Tumeurs malignes des maxillaires (10, 32, 33)

C'est l'ensemble des proliférations anarchiques et indéfinies des lignées cellulaires et développées aux dépend des maxillaires (os maxillaire et mandibulaire) et de la muqueuse de revêtement dont l'évolution spontanée est fatale.

Les tumeurs malignes sont mal limitées, non encapsulées ; elles détruisent et envahissent l'organe dans lequel elles ont pris naissance ainsi que les organes voisins. Leurs contours sont irréguliers. Des foyers de nécrose et d'hémorragie sont habituels.

Les cellules tumorales présentent habituellement des caractères anormaux (caractères cytologiques de malignité) que sont :

- ❖ L'augmentation de la taille de la cellule ;
- ❖ Les contours irréguliers du noyau ;
- ❖ L'hyper chromatisme ;
- ❖ Le rapport nucléo-cytoplasmique élevé.
- ❖ L'activité mitotique

Le tissu tumoral réalise un aspect caricatural du tissu normal qui lui a donné naissance.

Il existe cependant des tumeurs malignes très régulières sur le plan histologique.

Les tumeurs malignes ont une croissance rapide, détruisent les tissus voisins et peuvent infiltrer les parois vasculaires. Elles ont tendance à récidiver après exérèse. Elles

peuvent donner naissance à des métastases et l'évolution en l'absence de traitement précoce et adéquate fait généralement vers la mort.

On distingue 2 types de tumeurs malignes :

a) **Tumeurs malignes odontogènes**

Elles sont exceptionnelles.

Carcinomes odontogéniques. Ce sont :

- ❖ L'ameloblastome malin ;
- ❖ Le carcinome épidermoïde primitif intra-osseux ;
- ❖ La transformation carcinomateuse de kystes odontogéniques
- ❖ Sarcomes odontogéniques, ils se résument en fibrosarcome et en chondrosarcome améloblastique.

Ce sont des équivalents malins des fibromes et odontomes améloblastiques qui peuvent les précéder (36)

b) **Tumeur malignes non odontogènes**

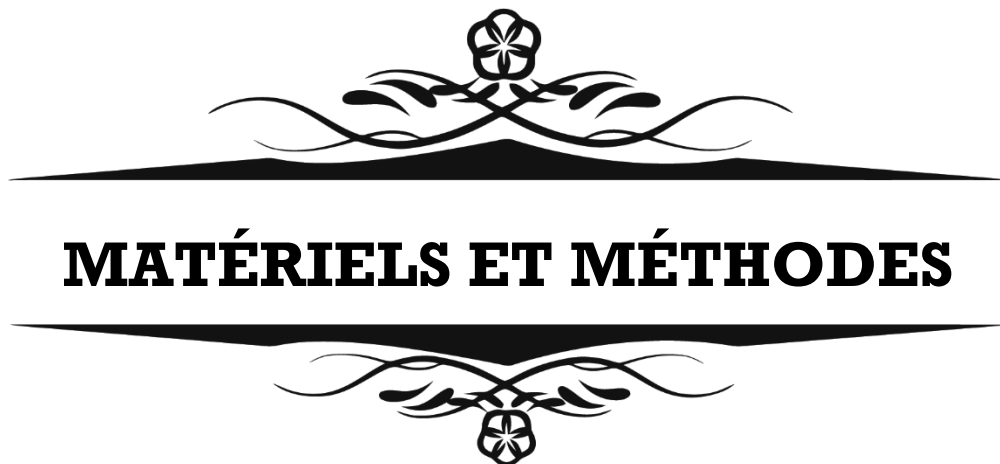
Carcinomes épidermoïdes

- ❖ Les sarcomes
- ❖ Le fibrosarcome, exceptionnel dans le maxillaire,
- ❖ Le chondrosarcome,
- ❖ L'ostéosarcome,
- ❖ Le sarcome d'EWING, c'est une tumeur de l'enfant,
- ❖ Les autres sarcomes sont : l'histiocytome fibreux malin, le liposarcome, le rhabdomyosarcome, l'angiosarcome.

Les lymphomes

Ce sont : Les plasmocytomes, les lymphomes de Hodgkin et les lymphomes non Hodgkiniens dont le lymphome de BURKITT.

Les métastases, pour la plupart ostéolytiques, surviennent habituellement dans le contexte d'une dissémination métastatique diffuse. Elles sont rarement révélatrices de cancer primitif latent.



I. Matériels de l'étude

1. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à caractère pédagogique sur une période de 1an, allant de août 2020 au juillet 2021

2. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans les unités d'hospitalisations et le bloc opératoire du service de chirurgie maxillo-faciale -esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail affilié au CHU Mohammed VI de Marrakech,

3. Population d'étude

La population générale de notre étude était constituée de patient avec un diagnostic positif clinique et anatomopathologique des tumeurs des maxillaires et ayant consulté au service de chirurgie maxillo-faciale -esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI de Marrakech.

3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les patients ayant une tumeur maxillaire confirmée par étude anatomopathologique

Les patients qui ont bénéficié d'un geste thérapeutique

Les patients dont le dossier médical est exploitable.

Les patients avec un suivi régulier.

3.2. Critères d'exclusion

Nous avons écarté de notre étude les dossiers inexploitable par insuffisance des données

Les patients perdus de vue

Les patients avec malformations maxillaires (arterio-veineuses) et

Les patients avec prise en charge incomplète.

3.3. Echantillon d'étude:

Le tirage aléatoire simple était notre technique d'échantillonnage, car tous les patients admis pour les tumeurs maxillaires étaient recrutés avec les mêmes chances. En fonction de nos critères d'inclusion, L'échantillon de notre étude a été constitué de 10 cas de tumeurs maxillaires bénignes et malignes.

II. Méthodes de l'étude

1. Collecte des données

Les dossiers répondant aux critères d'inclusion ont fait l'objet d'une quintuple enquête : épidémiologique, clinique, radiologique, thérapeutique et évolutive.

1.1. Epidémiologique

Les dossiers des patients inclus dans l'étude nous ont permis d'intégrer toutes les variables épidémiologiques retenues pour l'étude. Les données ont été notées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet.

1.2. Enquête clinique

Il s'agissait de recueillir les données cliniques complètes comprenant, les données de l'interrogatoire et l'examen physique maxillo-facial et des autres appareils. L'ensemble des données recueillies ont été transcrites sur la fiche d'enquête.

1.3. Enquête radiologique

L'enquête était basée sur l'examen des données radiologiques qui comprenaient les données de l'Orthopantomogramme (OPT) et de la Tomodensitométrie (TDM) ,et de l'IRM dans certain cas .

1.4. Enquête thérapeutique

Cette enquête a permis de ressortir les différentes modalités thérapeutiques bénéficiées par chaque patient. Elle a fait ressortir les principales bases de traitement selon le type de la lésion .

1.5. Enquête évolutive

Cette enquête était basée sur les différentes données post hospitalisation des patients et un recul minimal de 6 mois était requis.

2. Classification

Après l'analyse des données anatomopathologiques, les lésions ont été réparties selon leur nature maligne ou bénigne.(37)

2.1 NÉOFORMATIONS ET AUTRES TUMEURS EN RAPPORT AVEC L'ORGANE DENTAIRE

A. BÉNIGNES

1. Améloblastome
2. Tumeur odontogène épithéliale calcifiée
3. Fibrome améloblastique
4. Tumeur odontogène de type adénomatoïde [adéno-améloblastome]
5. . Kyste odontogène calcifié
6. Dentinome
7. Fibro-odontome améloblastique
8. Odonto-améloblastome
9. Odontome complexe
10. . Odontome composé

11. Fibrome [fibrome odontogène]
12. Myxome [Myxofibrome]
13. Cémentomes
 - a. Cémentoblastome bénin
 - b. Fibrome cémentifiant
 - c. Dysplasie fibreuse péri apicale
 - d. Cémentome géant
14. Tumeur neuro-ectodermique mélanique du nourrisson [mélano-améloblastome]

B. MALIGNES

1. Carcinomes odontogènes
 - a. Améloblastome malin
 - b. Carcinome intra-osseux primitif
 - c. Autres carcinomes formés à partir de l'épithélium odontogène, y compris les carcinomes formés dans un kyste odontogène
2. Sarcomes odontogènes
 - e. Fibrosarcome améloblastique
 - f. Odontosarcome améloblastique

2.2 NÉOFORMATIONS ET AUTRES TUMEURS EN RELATION AVEC LE TISSU OSSEUX

A. NÉOPLASIE OSTÉOGÈNE

1. Fibrome ossifiant

B. LÉSIONS OSSEUSES NON NÉOPLASIQUE

1. Dysplasie fibreuse
2. Chérubisme
3. Granulome central à cellules géantes [granulome réparateur à cellules géantes]
4. Kyste anévrisimal

5. Kyste osseux essentiel [traumatique, hémorragique]

2.3 KYSTES ÉPITHÉLIAUX

A. LIÉS AU DÉVELOPPEMENT

1. Kystes odontogènes

- a. Kyste primordial [kératokyste]
- b. Kyste gingival
- c. Kyste d'éruption
- d. Kyste dentigère [folliculaire]

2. Kystes non odontogènes

- a. Kyste du canal naso-palatin [kyste du canal incisif]
- b. Kyste globulo-maxillaire
- c. Kyste naso-labial [naso-alvéolaire]

B. EN RAPPORT AVEC L'INFLAMMATION

1. Kyste radicaire

3. Elaboration du kit d'auto enseignement :

Le Kit d'auto-enseignement inclura dix (10) cas de tumeurs maxillaires, présentés sous formes d'exercices pratiques.

Le lecteur devra interpréter les examens radiologiques en fonction des données cliniques qui lui auront été fournies préalablement par des résumés d'observations puis discuter les différents diagnostics à évoquer en fonctions des données clinico-radiologiques.



RÉSULTATS



I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

1. La fréquence :

Notre étude a colligé 7 cas de tumeurs bénignes et 3 cas de tumeurs malignes des maxillaires sur une période de 1 an.

2. Le sexe :

Pour les tumeurs bénignes on note une prédominance masculine dans 71 % alors que le sexe féminin représente 29%.

Le sex-ratio H/F était de 2,5 (5 de sexe masculin et 2 de sexe féminin).

Pour les tumeurs malignes on note une prédominance féminine dans 66,7 % alors que le sexe masculin représente 33,3%.

Le sex-ratio H/F était de 0,5 (1 de sexe masculin et 2 de sexe féminin).

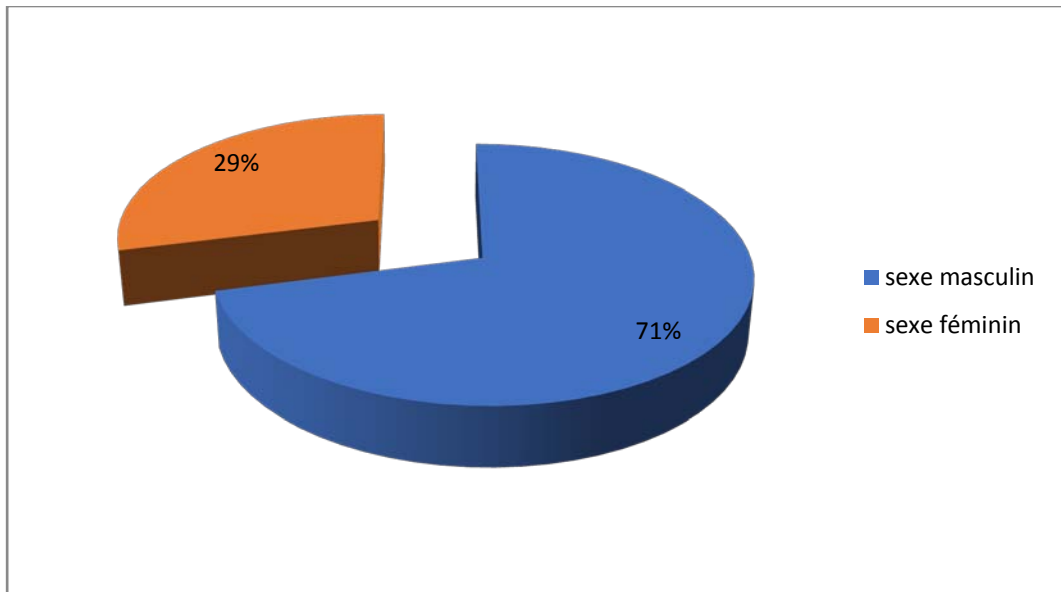


Figure16 : Répartition des tumeurs bénignes des maxillaires selon le sexe

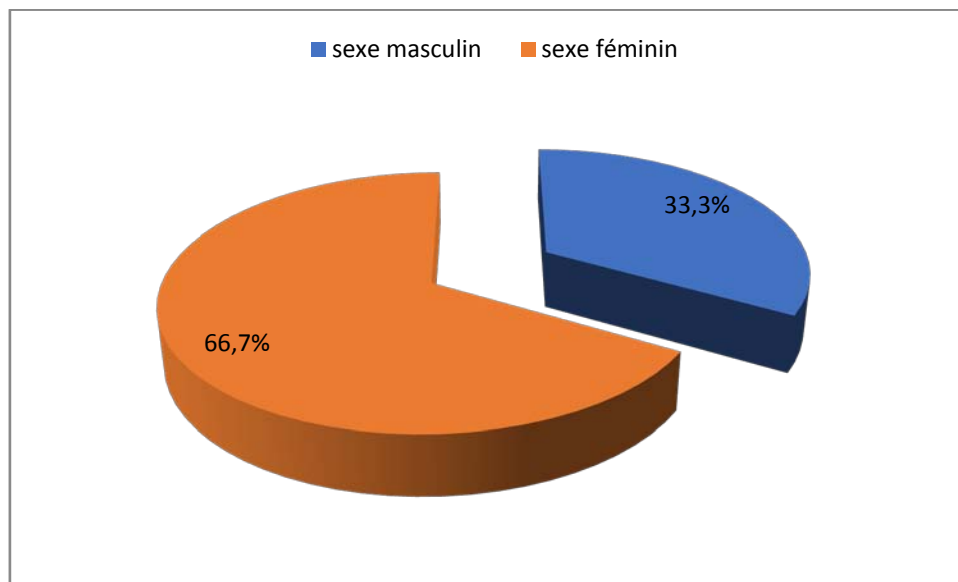


Figure 17: Répartition des tumeurs malignes des maxillaires selon le sexe

3. L'âge :

Dans la série des tumeurs bénignes des maxillaires l'âge moyen de survenue était de 42 ans, avec des extrêmes de 20 ans et 64ans .

Tableau II : Répartition des tumeurs bénignes selon les tranches d'âge

20-30ans	3	42%
----------	---	-----

31-40ans	2	28%
41-50ans	0	0%
51-60ans	1	15%
61-70ans	1	15%

Dans la série des tumeurs malignes des maxillaires L'âge moyen de survenue était de 53,5 ans, avec des extrêmes de 41 ans et 66ans .

Tableau III : Répartition des tumeurs malignes selon les tranches d'âge

41-50ans	1	33,3%
51-60ans	0	0%
61-70ans	2	66,7%

II. DONNEES CLINIQUES:

1. Antécédents :

Dans la série des tumeurs bénignes la majorité des patients 71% n'avaient aucun antécédent ni personnel ni familial , une patiente avait un antécédent de chirurgie maxillaire isolée et un patient avait un antécédent de chirurgie maxillaire avec tabagisme chronique .

Pour la série des tumeurs malignes aussi la majorité (66,7%) n'avaient aucun antécédent ni personnel ni familial,sauf une patiente qui présentait un antécédent de prothese dentaire.

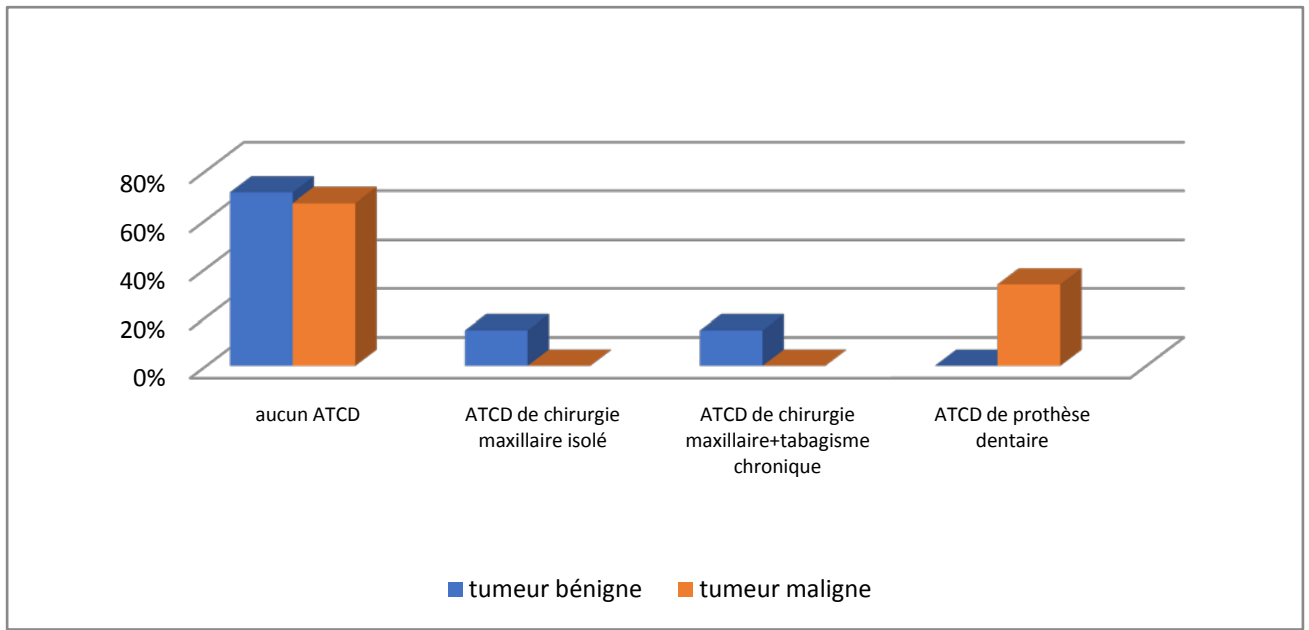


Figure 18: La prévalence des antécédents selon les tumeurs bénignes et malignes des maxillaires

2. Délai de consultation:

Le délai de consultation des tumeurs bénignes variait de 2 mois à 3 ans avec un délai moyen de 1,5 ans avec un pourcentage de 71 % des patients qui n'ont consulté qu'après 6 mois d'évolution.

Tableau IV : répartitions des tumeurs bénignes selon le délai de consultation

Délai de la consultation	Le nombre	Le pourcentage
<3mois :	1	14,5%
3mois-6mois	1	14,5%
>6mois	5	71%

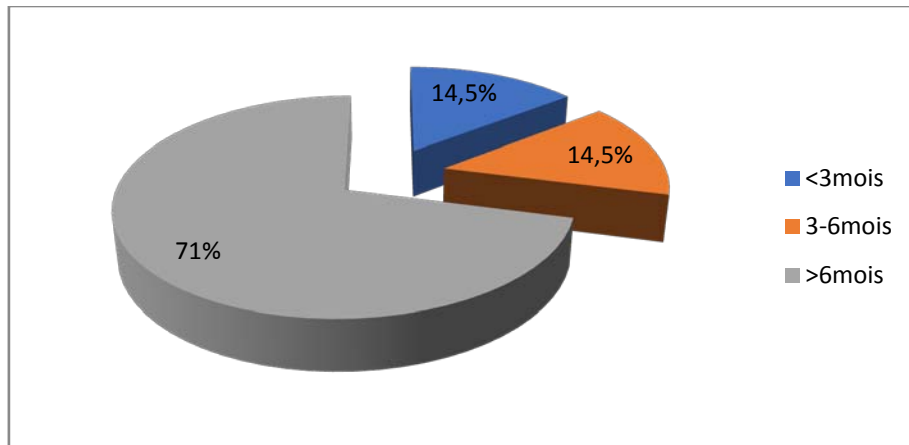


Figure 19 :répartition des tumeurs bénignes selon le délai de consultation

Pour les tumeurs malignes le délai de consultation variait de 1 mois à 5 ans avec un délai moyen de 2,5 ans .

Tableau V : répartitions des tumeurs malignes selon le délai de consultation

Délai de la consultation	Le nombre	Le pourcentage
<3mois :	1	33,3%
3mois-6mois	1	33,3%
>6mois	1	33,3%

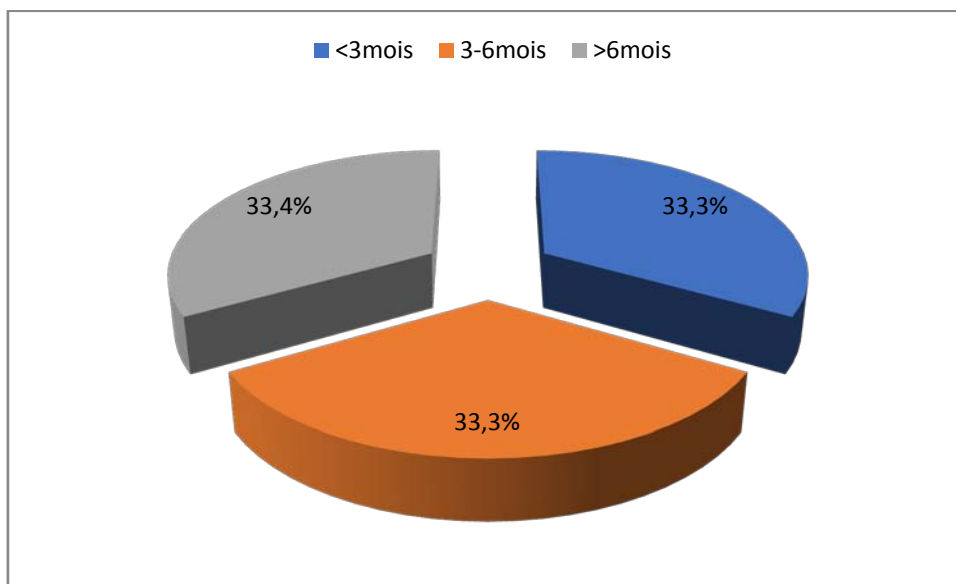


Figure 20 : répartition des tumeurs malignes selon le délai de consultation

3. Les manifestations cliniques:

- Dans notre série destumeurs bénignes :

la symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction osseuse dans 85,8% des cas (6 patients), constatée généralement par le malade, parfois par son entourage,est responsable d'une asymétrie faciale ,isolée dans 28,6% (2patients)des cas,ou associée à d'autres signes: une mobilité dentaire dans 28,6% des cas(2patients) , une obstruction nasale avec rhinorrhée dans 28,6% des cas(2patients).ainsi qu'une patiente présentait une sensation de corps étranger 14,2% .

A l'examen, la tuméfaction est dure, régulière, non douloureuse,fixe, non inflammatoire dans la majorité des cas.

La majorité des patients avaient un mauvais état bucco-dentaire (85,8%).

Les localisations étaient mandibulaires dans 85,8%, et maxillaires supérieurs dans 14,2% .

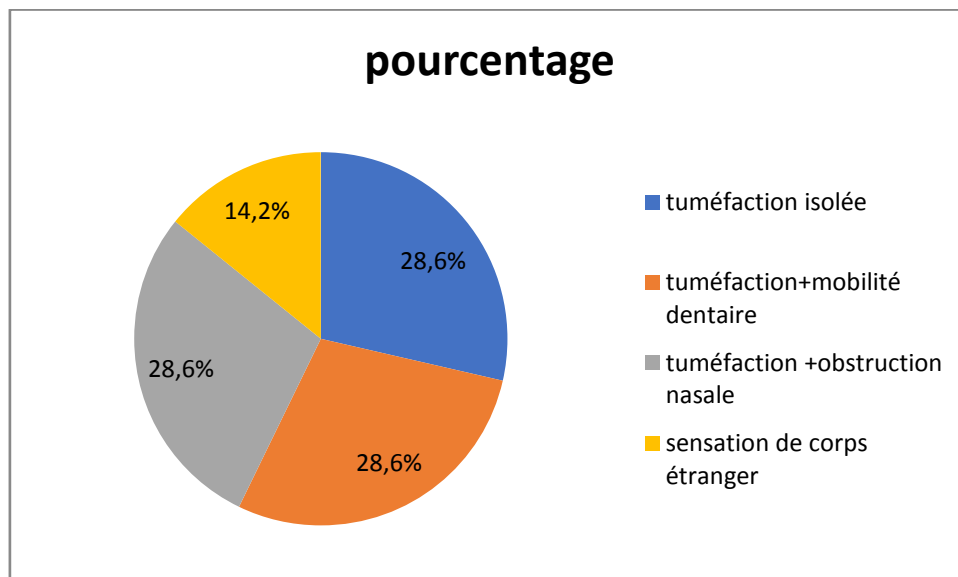


Figure 21 : la répartition des signes cliniques des tumeurs bénignes des maxillaires



Figure 22 : Tuméfaction jugale droite chez une patiente âgée de 24ans ayant un améloblastome mandibulaire

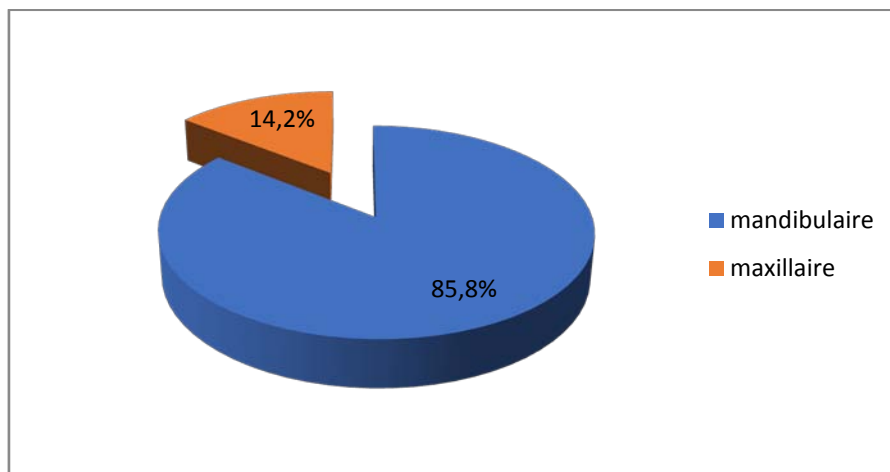


Figure 23 : Répartition des tumeurs bénignes selon leurs localisations



Figure24 : tuméfaction jugale gauche chez un patient agé de 66ans ayant un améloblastome

Dans notre série des tumeurs malignes :

La lésion ulcéro-bourgeonnante était le principal motif de consultation dans 66,7% des cas de caractère douloureux suivie par la masse bourgeonnante du palais retrouvée dans 33,3% des cas.



Figure 25 : lésion ulcéro-bourgeonnante rétro-molaire droite.

Les localisations étaient maxillaires supérieures dans 66,7%, et maxillo-mandibulaires dans 33,3% .

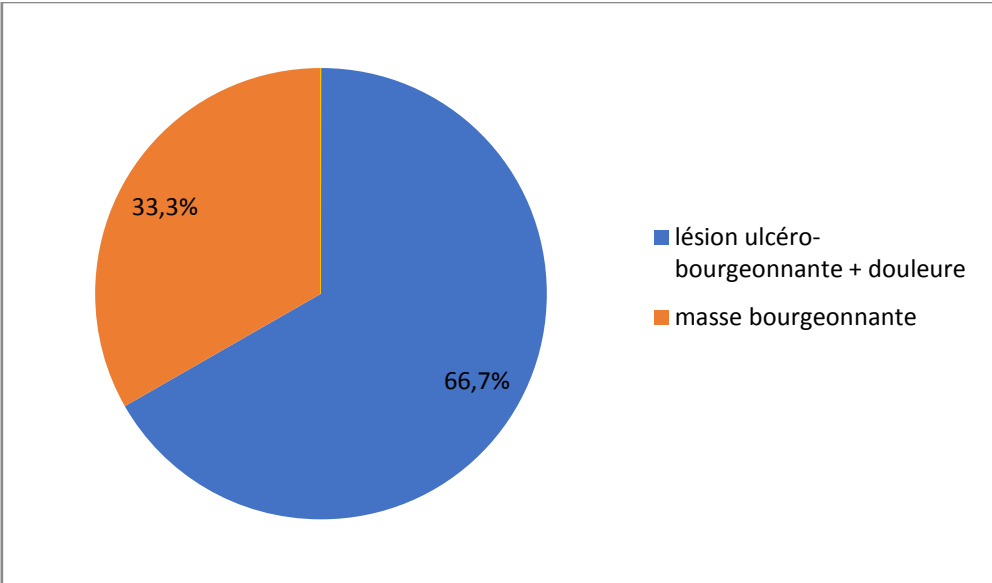


Figure 26: la répartition des signes cliniques des tumeurs malignes des maxillaires

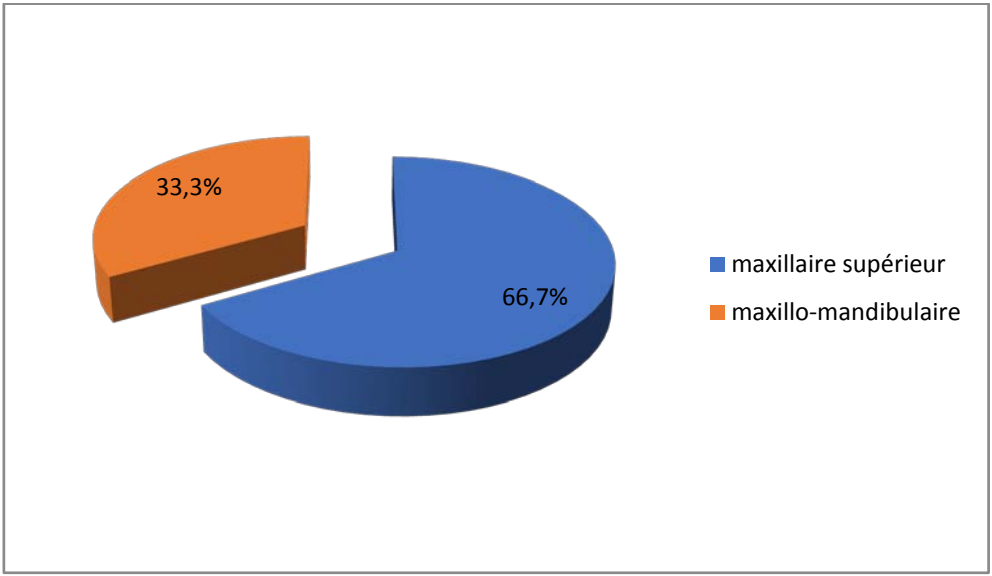


Figure 27 : Répartition des tumeurs malignes selon leurs localisations

III. DONNEES RADIOLOGIQUES :

L'orthopantomogramme a été réalisé chez tous les patients (100%) dans la série des tumeurs bénignes et malignes .

Pour la série des tumeurs bénignes l'aspect radiologique retrouvait des images radio-claires et des images radio-opaques de même prévalence soit 42,8% des cas et une image mixte chez un seul patient (14,4%). Parmi les images radio-claires 85,7% étaient uniloculaires (6 patients) et 14,3% étaient multiloculaires (1 patiente).

1 patiente avait une atteinte bilatérale.

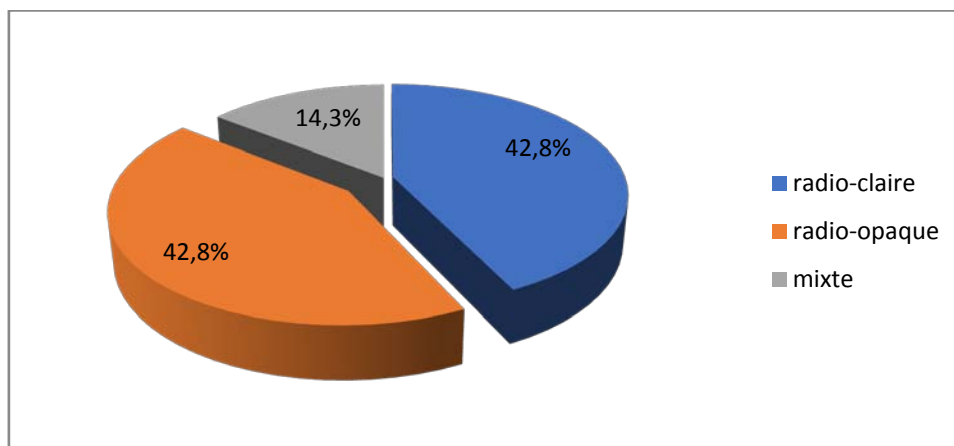


Figure 28 : répartition des tumeurs selon l'opacité radiologique

Une rhizalysse a été retrouvée chez 1 patiente (14,4%).

La tomodensitométrie a été réalisée chez 5 patients (71,4%) .

Les images étaient hypodenses chez 4 patients (80 %), et de densité mixte chez 1 patient (20%).

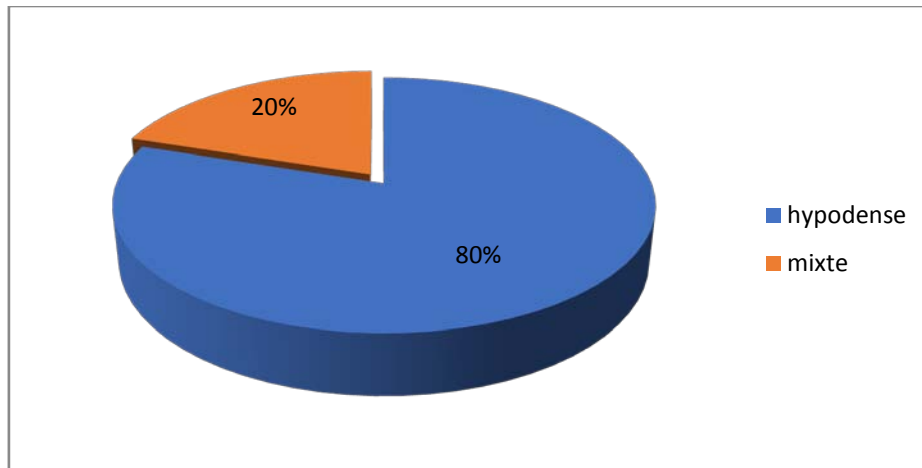


Figure 29 : répartition des tumeurs bénignes selon la densité à laTDM

Une rupture de la corticale a été notée chez 2 patients(28,57%)vu la taille et le stade évolué de ceslésions .

La taille des lésions atteignait une maximale de 12cm/11cm.

L'IRM a été réalisée chez 1 patient (14,2%).



Figure30 : Image d'orthopantomogramme radio-claire multiloculaire au niveau de la branche horizontale depuis la face distale de la 46jusqu'au coroné assez bien limitée

Pour la série des tumeurs malignes ,l'aspect radiologique retrouvait des images radio-claires chez 2 cas (66,7%) et des images radio-opaques chez 1 seul cas (33,3%) .Toutes les lésions étaient uniloculaires.

La tomodensitométrie a été réalisée chez tous les patients (100%) .

Les images étaient hyperdenses chez 2 patients(66,7 %), et de densité mixte chez 1 patient(33,3%).

L'IRM a été réalisée chez 1 seul patient (33,3%).

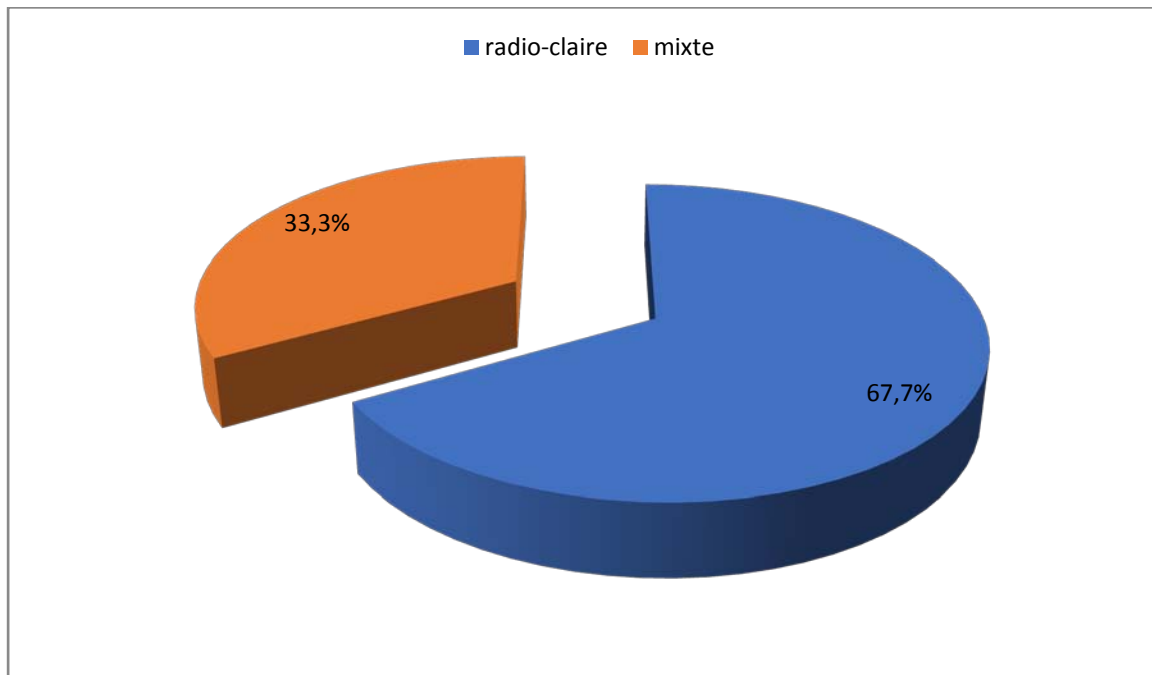


Figure 31 : répartition des tumeurs malignes selon l'opacité radiologique

IV. TRAITEMENT ET ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE:

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 10 patients et a consisté en une exérèse chirurgicale avec étude anatomopathologique.

Les types du traitement chirurgical : maxillectomie , mandibulectomie interruptive ou non interruptive , curage ...

Les tumeurs bénignes représentent 70% des cas , alors que les tumeurs malignes ne représentent que 30% des cas.

Dans la série des tumeurs bénignes, les améloblastomes prédominent dans 57,4% des cas suivi du cémentome, odontome et myofibrome d'une prévalence égale soit 14,2% des cas.

Par contre dans la série des tumeurs malignes , le carcinome adénoïde kystique était le type histologique prédominant dans 66,7% des cas suivi du carcinome malpighien dans 33,3% des cas.

Les différents types histologiques de notre série sont répartis sur le tableau suivant :

Tableau VI : Les différents types histologiques des tumeurs dans la série des tumeurs bénignes et malignes des maxillaires

Tumeurs	Type his	nombre	Pourcentage
Tumeurs bénignes	Ameloblastome	4	57,4%
	Cémentome	1	14,2%
	Odontome	1	14,2%
	myofibrome	1	14,2%
Tumeurs malignes	Carcinome adénoïde kystique	2	66,7%
	Carcinome malpighien	1	33,3%



Figure32 : Photographie d'un patient : énucléation d'une tumeur bénigne (améloblastome).

1. Les améloblastomes:

Nous avons colligé 4 cas d'améloblastomes. L'âge moyen est de 42 ans avec des extrêmes de 20 ans à 64 ans. On note une prédominance masculine dans 75% alors que le sexeféminin représente 25% des cas. La durée d'évolution des lésions variait de 1 an à 3 ans avec une moyenne d'évolution de 2ans.

Tous les patients présentaient une tuméfaction osseuse qui était isolée chez 1 patient et associée à une obstruction nasale avec rhinorrhée chez 1 patient et à une mobilité dentaire chez 2 patients. L'orthopantomogramme a été réalisée chez les 4 patients. Toutes les lésions étaient radio-claires, uniloculaires chez 3 patients (75 %) et multiloculaires chez 1 seule patiente (25 %). Toutes les lésions étaient mandibulaire siègant plus précisément comme suit:

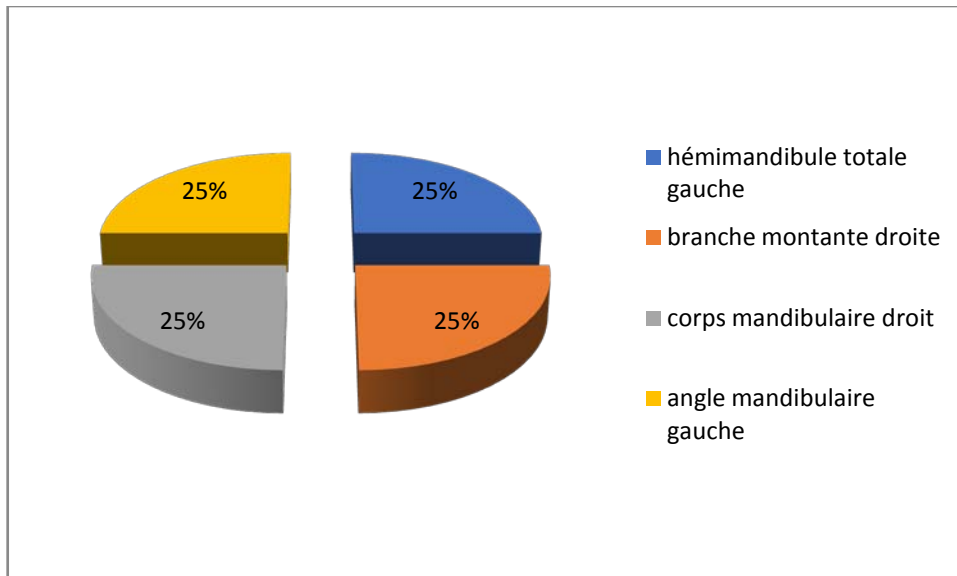


Figure 33 : Répartition des améloblastomes selon le siège

Une rhizalysse a été constatée dans 1 cas (25%). La tomodensitométrie a été réalisée chez 3 patients. Les lésions étaient hypodenses chez tous les patients. Une rupture de la corticale a été constatée chez 2 patients.

2. Les carcinomes :

Nous avons colligé 3 cas de carcinomes. Un patient présentait un carcinome malpighien et 2 autres présentaient un carcinome adénoïde kystique.

L'âge moyen était de 53,5 ans avec des extrêmes de 41 à 66 ans. On note une prédominance féminine dans 66,7% des cas (2 femmes et 1 homme). Dans les antécédents on note un antécédent de prothèse dentaire chez une patiente.

La lésion ulcéro-bourgeonnante était le principal motif de consultation dans 66,7% des cas de caractère douloureux suivie par la lésion du palais retrouvée dans 33,3% des cas. Chez une patiente la découverte était fortuite sur l'orthopantomogramme chez le dentiste suite à des algies dentaires avec des multiples ulcérations .

Le délai de consultation variait de 1 mois à 5 ans avec un délai moyen de 2,5 ans.

L'orthopantomogramme a été réalisé chez les 3 patients et les images étaient toutes radioclares uniloculaires sans rhizalyse.

La TDM a été réalisée chez les 3 patients et les images étaient hyperdenses chez 2 patients et de densité mixte chez un patient.

Les localisations étaient maxillaires supérieures dans 66,7%, et maxillo-mandibulaires dans 33,3% des cas.

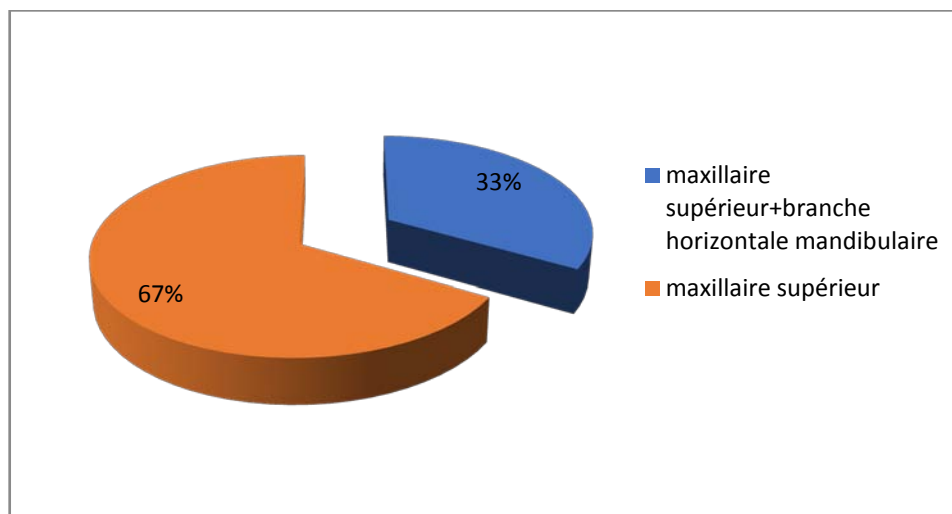


Figure 34 : Répartition des carcinomes selon le siège

3. Odontome :

Nous avons colligé 1 cas d'odontome constaté chez un patient âgé de 22 ans. Il présentait une tuméfaction osseuse isolée. L'orthopantomogramme a objectivé 1 image radio-opaque uniloculaire ovalaire bien limitée de siège mandibulaire (angle mandibulaire gauche).

4. Cémentome :

Deux lésions de cémentome ont été constatées chez une patiente de 59 ans. Elle présentait des sensations de corps étranger avec à la radiographie des images radio-opaques symétriques au niveau des 2 branches horizontales.

5. Myofibrome :

On a colligé 2 lésions de myofibrome chez un patient de 39 ans qui présentait une tuméfaction jugale du sinus maxillaire gauche fixe par rapport au plan profond obstruction nasale gauche et une rhinorrhée claire.

La l'orthopantomogramme a objectivé une image radio-opaque de siège maxillaire gauche.



DISCUSSION



I. Epidémiologie :

1. La fréquence :

En 1 an, nous avons recensé 10 cas de tumeurs histologiquement confirmées. Parmi ces 10 cas de cette série, d'une part nous avons noté 7 patients atteints de tumeurs bénignes des maxillaires soit 7cas/an :

Nos résultats se rapprochent à ceux de JANAHA A. et coll au Maroc qui montrent une incidence annuelle des tumeurs bénignes des maxillaires de 10 cas (41).

Ainsi qu'en Côte d'Ivoire AKA G. K. et coll. et AGBOKPONTO A. R. ont rapporté respectivement 4 cas et 6 cas de tumeurs bénignes des maxillaires par an dans leurs séries (42,43)

D'autre part nous avons noté 3 patients atteints de tumeurs malignes des maxillaires :

Ces résultats sont égaux à ceux de SAWADOGO S. au Bénin, dans une étude portant sur les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte (48).

Par contre nos résultats sont inférieurs à ceux de TONDE L. au Burkina qui ont trouvé une incidence annuelle de 9 cas (49).

Au Sénégal, TOURE S. et coll., dans une étude prospective sur les cancers de la cavité buccale, ont trouvé une incidence annuelle de 21,5 cas (50), Ces résultats sont supérieurs aux nôtres .

La plupart des études montrent une prédominance des tumeurs bénignes, notamment :

LADEINE A. L. et coll. au Nigéria : 96,6% tumeurs bénignes , 3,4% tumeurs malignes (38)

TAWFIK M.A. et ZYADA M.M. : 96,3% tumeurs bénignes , 3,7% tumeurs malignes (39) .

Ce qui va dans la même longueur que notre étude où les tumeurs bénignes représentent 70% par rapport au tumeurs malignes qui représentent 30% des cas.

Par contre au Ghana, PARKINS G. E. et coll: 41% tumeurs bénignes , 59% tumeurs malignes (40)

Que ce soit au niveau des tumeurs bénignes ou malignes des maxillaires, les chiffres dans notre série sont en deçà de la réalité en raison de la sous notification des cas.

En effet, bon nombre de patients ne réalisent pas l'examen anatomopathologique et beaucoup d'autres ne consultent pas préférant recourir à la médecine traditionnelle.

2. L'âge :

L'âge moyen de survenue des tumeurs bénignes des maxillaires était de 42 ans dans notre série.

Dans la série de JING W. et coll. en Chine dans une étude portant sur 1642 cas de tumeurs bénignes des maxillaires ont trouvé une moyenne d'âge de 32,1 ans (44).

LADEINDE A. L. et coll. au Nigéria et Ouédraogo D. et coll. au Burkina Faso ont rapporté un âge moyen de 29,9 ans (45,46)

Les tumeurs bénignes des maxillaires présentent dans la littérature des âges moyens variés. Elles surviendraient à tout âge avec un pic chez l'adulte jeune, ceci rejoint les résultats de notre étude.

L'âge moyen de survenue des tumeurs malignes dans notre étude était de 53,5ans . Dans la série de :

BENGODO M.C. et coll. au Cameroun l'âge moyen était de 53,5 ans

SAWADOG S Bénin a noté une moyenne d'âge de 49,4 ans(47, 48), ce qui rejoint nos résultats

Par contre DEBRY C. et coll en France ont noté un âge moyen de 30,76 ans ,ce qui est inférieur au nôtre (51).

Les tumeurs malignes sont classiquement l'affection de la personne adulte. Dans la littérature ces tumeurs malignes des maxillaires touchent les tranches d'âge de 45 à 69 ans ce qui rejoint notre étude (51), (52), (53).

3. Le sexe :

Le sex-ratio pour les tumeurs bénignes était de 2,5(H/F) . Cette prédominance masculine était le contraire de ce qui est retrouvé dans la littérature (42), (54), (55), (56).

AKA G. K. et col en Côte d'Ivoire et JING W. et coll. en Chine, ont rapporté une prédominance masculine (43), (44) ce qui rejoint notre étude .

KPEMISSI E. et coll. au Togo et PARKINS G. E. et coll. au Nigéria ont noté une répartition sensiblement égale dans les deux sexes (57), (58).

Le sex-ratio pour les tumeurs malignes était de 0,5(H/F) . Cette prédominance féminine est contrairement à ce qui est noté dans la littérature (59),(51), (60), (61).

Nos résultats rejoignent ceux de DIOMBANA M. L. et coll. au Mali, de BENGONDO M. C. et coll. au Cameroun et de BEN ACHOUR A. en Tunisie (59), (47), (62).

D'autres auteurs comme SAWADOGO S. au Bénin, CHIDZONGA M.M au Zimbabwe ont noté des similitudes dans les deux sexes (63), (48).

II. Classification : (1) (2) (64)

Depuis toujours, les cliniciens ont cherché à regrouper l'ensemble des tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires au sein d'une classification. Les classifications furent nombreuses et on dénombre par ordre chronologique :

1. La classification de Malassez (1865) :

Elle propose une théorie uniciste de la pathogénie des kystes et tumeurs odontogènes basée sur ses travaux concernant les débris épithéliaux paradentaires.

2. La classification de BROCA (1866) :

Elle repose sur le stade de développement atteint par la dent au départ du processus de croissance anormale. Il nomme ces lésions odontome et en définit 4 types correspondant aux quatre périodes du développement dentaire :

- Odontome embryoplastique.
- Odontome odontoplastique.
- Odontome coronaire.
- Odontome radiculaire.

3. La classification de BLAND SUTTON (1988) :

Repose sur la nature des cellules du germe dentaire à partir desquelles les kystes et les tumeurs prendraient naissance.

4. La classification de la British Dental Association (1914) :

Trois groupes d'odontomes y sont décrits :

- Odontomes épithéliaux.
- Odontomes mésenchymateux.
- Odontomes composés.

5. La classification de ROBINSON (1945) :

Elle concerne les kystes des maxillaires qui se subdivisent en kystes odontogènes et kystes non odontogènes. Cette classification reprise par BERNIER (1948) puis THOMAS forme la base de la classification anglo-américaine des kystes maxillaires.

6. La classification de THOMAS ET GOLDMAN (1946) :

Elle différencie les tumeurs ectodermiques, mésodermiques et mixtes.

7. La classification de PINDBORG ET CLAUSEN (1958) :

Elle est fondée sur l'effet inducteur des tissus odontogènes les uns sur les autres. Ainsi sont individualisés des tumeurs épithéliales avec ou sans effet inducteur sur le conjonctif et des tumeurs mésodermiques.

8. La classification de GORLIN, CHAUDRY et PINDBORG (1961) :

Elle reprend la classification précédente en la modifiant.

9. La classification de VANDENBUSSCHE (1968) :

Elle subdivise les tumeurs améloblastiques non dentifiées et les tumeurs améloblastiques dentifiées.

10. La classification de BADEN (1971) :

Basée sur la conduite thérapeutique.

11. La classification de l'OMS (1972) :

Elle définit les kystes et les tumeurs odontogènes afin de favoriser l'adoption d'une terminologie uniforme.

12. La classification de REICHART ET RIES (1983) :

Basée sur une approche histogénique.

13. La classification des kystes selon SHEAR (1992) :

Elle comprend trois groupes dont seul le premier, les kystes des maxillaires, se rapproche de la classification OMS 1992 qui elle, ne comprend pas les kystes non odontogènes, les kystes globulo-maxillaires et palatin-médians.

Les deux autres groupes de la classification de SHEAR sont :

- Les kystes associés au sinus maxillaires.
- Les kystes des tissus mous de la bouche, de la face et du cou.

14. La classification de l'OMS (1992) :

Elle ne reste plus cantonnée aux tumeurs et kystes odontogéniques mais s'étend aux néoplasmes et autres lésions liées à l'os ainsi qu'aux kystes épithéliaux. Cette classification est la plus utilisée actuellement.

a) Les tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs odontogènes ou odontogéniques :

a-1- Les tumeurs épithéliales sans induction du mésenchyme :

- Améloblastome
- Tumeurs odontogéniques épidermoïdes (ou tumeur épithéliale odontogénique bénigne).
- Tumeur épithéliale odontogénique calcifiante (ou tumeur de pindborg).
- Tumeur odontogénique à cellules claires.

a-2- Les tumeurs odontogéniques mixtes (épithéliales et mésenchymateuses) avec ou sans formation du tissu dentaire dur :

- Fibrome améloblastique.
- Fibro-dentinome (dentinome) améloblastique.
- Fibro-odontome améloblastique.
- Odontome améloblastome.
- Tumeur odontogénique adénomatoïde (ou adéno-améloblastome).
- Kyste odontogénique calcifié.

- Odontomes (complexes et composés)

a.3 Tumeurs ectomésenchymateuses :

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

a.4 Kystes odontogènes :

- Kyste radiculo-dentaire (kyste radiculaire, kyste latéral, kyste résiduel).
- Kyste folliculaire (kyste dentigère ou péri coronaire).
- Kératokyste odontogénique (kyste épidermoïde).
- Kyste périodontal latéral.
- Kyste glandulaire odontogénique, kyste sialo-odontogénique.

b) Les tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs des maxillaires bénignes non odontogéniques :

b-1-Les tumeurs ostéoformatrices :

- Ostéome
- Tori
- Ostéoblastome
- Ostéome ostéoïde.

b-2- Le fibrome cemento-ossifiant:

b-3- Les tumeurs cartilagineuses :

- Chondrome
- Ostéochondrome
- Chondroblastome bénin
- Fibrome chondromyxoïde.

b-4- Les tumeurs fibroblastiques :

- Fibrome desmoïde
- Fibromatose agressive juvénile.

b-5- Les tumeurs et pseudo-tumeurs riche en cellules géantes :

- Granulome réparateur central à cellules géantes

- Tumeurs à myélopaxe (tumeurs vraies à cellules géantes)
- Tumeur brune de l'hyperparathyroïdie
- chérubisme.

b-6- Les tumeurs mésenchymateuses:

- Tumeurs vasculaires
- Tumeurs nerveuses
- Lipome
- Leiomyome.

b-7- La tumeur mélanotique neuro-ectodermique de l'enfance (mélanoticprogonoma) :

b-8-Histiocytose langerhansienne .

b-9- Les dysplasies cémento-osseuses:

- Dysplasie péri-apicale.
- Dysplasie floride cémento-osseuse.

b-10- Dysplasie fibreuse des maxillaires .

b-11- Kyste solitaire.

b-12-Kystes épithéliaux non odontogènes :

- Kyste naso-palatin
- Kyste naso-labial.

c) Les kystes inflammatoires:

- Kystes radiculaires (apical et lateral) et kystes résiduels
- Kyste paradentaire

III. ASPECTS COMMUNS DES TUMEURS BENIGNES :

1. Clinique :

1-1-Délai de consultation :

Chez nos patients, le délai de consultation variait de 2 mois à 3 ans avec un délai moyen de 1,5ans et un pourcentage de 71,4% des patients qui n'ont consulté qu'après 6 mois d'évolution. On remarque que les patients ne consultent que tardivement vu la latence clinique et l'évolution lente des lésions ,

Nos résultats sont proches à ceux de CHU-YO qui ont trouvé un délai moyen de consultation de 3,5ans avec des extrêmes de 1 mois à 15ans .(65)

Le retard peut être expliqué par :

- L'évolution lente de la plupart des tumeurs bénignes;
- La négligence ;
- Le niveau socio-économique bas dans la majorité des cas ;
- La difficulté d'accès aux soins ;
- Recours à la médecine traditionnelle.

1-2- Les manifestations cliniques : (65)

Dans notre série, la symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction seule ou associée à d'autres signes dans 85,8% au total, ceci est rapporté par l'étude du CHU-Yo aussi qui a trouvé une prédominance de la tuméfaction dans 96,5% des cas.

Elle est d'évolution lente dans la plupart des cas et siège préférentiellement sur la mandibule (85,8%), ce qui rejoint les données de l'étude du CHU-YO qui note une prédominance mandibulaire dans 63,74% des cas. La tuméfaction est souvent volumineuse voir géante, rendant le geste chirurgical difficile, délabrant et imposant un temps de réparation.

Cette tuméfaction était indolore dans 100%, ce qui est supérieur aux résultats du CHU-YO qui ont noté seulement 74,8% des cas sans douleur associée.

Dans notre série, la plupart de ces signes ont été observés à cause du caractère évolué de ces tumeurs, ceci rend la distinction clinique entre tumeur bénigne et maligne parfois difficile.

Pendant certains caractères sont évocateurs du caractère bénin d'une tumeur:

- Tumeur d'évolution lente, parfois insidieuse ;
- N'entraînent pas d'anesthésie mentonnière ;
- Les douleurs qu'elles engendrent sont rares et peu intenses ;
- La lésion est régulière, lisse bien limitée, indolore ;
- pas d'envahissement des organes de voisinages ;
- L'examen régional ne rencontre pas d'adénopathie de caractère néoplasique ;
- L'état général du patient n'est en principe pas altéré.

Néanmoins l'améloblastome peut poser des problèmes diagnostiques dans les formes évoluées et avec atteinte extra-osseuse.

2. Radiologie : (65)

Dans notre série, plusieurs imageries ont été réalisées précisément l'orthopantomogramme, le scanner et l'IRM pour cerner le diagnostic avant l'incontournable confirmation anatomo-pathologique.

L'orthopantomogramme était l'examen le plus demandé en première intention dans 100 % des cas suivi de la TDM dans 71,4% des cas en deuxième intention. Ces incidences radiologiques ont permis de noter une rupture de la corticale dans 28,5% des cas.

L'IRM a été réalisée chez 14,2% des cas.

Nos résultats rejoignent ceux du CHU-YO qui ont utilisé l'orthopantomogramme en première intention dans 58,62% des cas suivi de la TDM dans 18,96% des cas, alors que l'IRM n'a été réalisé chez aucun patient.

L'orthopantomogramme permet surtout de préciser l'aspect radio-clair ou radio-opaque de la tumeur conduisant à une première approche diagnostique.

Les tumeurs bénignes des maxillaires peuvent se présenter sous différents aspects radiologiques :

- Radio opacité ou radio clarté (lacune ou géode) ;
- Image uniloculaire ou multiloculaire avec des cloisons à l'intérieur ;
- La lésion radiologique peut contenir des dents à l'intérieur ;
- Les racines dentaires au contact de la lésion peuvent être normales ou détruites (rhizalyse).

Dans notre étude la localisation préférentielle des tumeurs bénignes des maxillaires était la mandibule dans 85,8% des cas contre 14,2% des cas de localisation maxillaire .ce qui rejoint les resultats de TOURE S. et coll qui ont noté une localisation mandibulaire prédominante avec 60,46% des cas contre 32,21% pour la localisation maxillaire (66). Cette prédominance mandibulaire a été signalée par plusieurs auteurs (42), (67), (68), (70), (69).

Par contre, OUEDRAOGO B. au Burkina et N'DIAYE F. au Sénégal ont trouvé une prédominance de la localisation maxillaire des tumeurs des maxillaires dans respectivement 66% et 51% des cas (71), (55).

3. L'étude anatomopathologique :

L'améloblastome était le type histologique le plus rencontré dans la série des tumeurs bénignes avec 57,4% des cas suivi du cémentome,odontome, et myofibrome égaux dans 14,2% des cas. La fréquence élevée de l'améloblastome pourrait être due à ses origines diverses. En effet, l'améloblastome peut dériver de l'épithélium de l'organe de l'émail, de l'épithélium des kystes coronaires ou des débris épithéliaux.L'améloblastome, type histologique le plus fréquent parmi les tumeurs odontogéniques, a été noté par plusieurs auteurs comme étant prédominant dans la pathologie tumorale bénigne des maxillaires.

Des auteurs comme AGBOKPONTO A. et SRIRAM G. et coll. ont rapporté des taux sur lesquels se superposent les résultats de notre série. En effet ces derniers ont noté respectivement 39% de cas d'améloblastome suivi de 15,6% de cas de myofibrome dans une série de 64 tumeurs bénignes des maxillaires en 2010 et 61,5% de cas d'améloblastome et 12,4% de cas de dysplasie fibreuse dans une série de 250 tumeurs odontogènes en Inde en 2008 (42, 69).

Pour d'autres auteurs comme AKA G.K. et coll. en Côte d'Ivoire, JING W. en Chine, TAWFIK M.A. et ZYADA M.M. en Egypte, FERNANDES A.M. et coll. au Brésil 35,8% l'améloblastome était suivi respectivement de 4,3% de cas myofibrome , 15,5% de cas de kératokyste odontogénique, de 19,5% , de 24,9% de cas d'odontome (43, 44, 75, 76).

Cependant, certains auteurs ont noté dans leurs études que l'améloblastome venait en 2ème position. OUEDRAOGO B., au Burkina, a noté une prédominance du granulome réparateur (34,18%) suivi de l'améloblastome (21,99%) (54).

BUCHNER UNE et coll. en Californie, ont montré une forte prédominance de l'odontome (75,9%) suivi de l'améloblastome (11,7%) (77)

La littérature semble unanime sur la prépondérance de l'améloblastome dans les tumeurs bénignes des maxillaires. Quant aux autres types histologiques ils sont retrouvés à des fréquences diverses (78, 79, 80, 81, 45, 69).La fréquence de l'améloblastome est expliquée par la pathogénie des tumeurs odontogènes.

IV. ASPECTS COMMUNS DES TUMEURS MALIGNES :

1. Clinique :

1-1-Délai de consultation :

Dans la série des tumeurs malignes des maxillaires le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la première consultation était d'environ 2,5ans avec des extrêmes de 1 mois et 5 ans . Ce retard pourrait s'expliquer par diverses raisons. D'une part, la pauvreté et l'ignorance font que certains malades diffèrent leur consultation, certains ne se gênant pas d'avoir une ulcération tant que celle-ci n'est pas douloureuse .D'autre part, le recourt aux tradi-praticiens, un fait qui est toujours d'actualité au Maroc, de plus les consultations dans les cabinets dentaires retarderaient souvent la prise en charge.

Ce retard à la consultation est souligné dans de nombreuses séries africaines.

TONDE L. au Burkina et BEN ACHOUR A. et coll. en Tunisie ont rapporté respectivement des délais moyens de consultation de 8 mois dans 89 cas de tumeurs malignes des maxillaires et de 9 mois dans 68 cas de cancers ethmoïdo-maxillaires (59), (72).

OUOBA K. et coll. ont fait le même constat en notant que les patients consultaient très tardivement voire des années après le début de la symptomatologie (73)

DEBRY C. et coll. en France ont rapporté un délai moyen de 3 mois dans une série de 29 cas de cancers du maxillaire supérieur ce qui est inférieur a nos résultats (51).

1-2- Les manifestations cliniques :

Dans la série des tumeurs malignes des maxillaires, dans notre contexte, les patients ont consulté pour la plupart quand la tumeur a déjà atteint un stade clinique où la malignité paraît évidente. La lésion ulcéro-bourgeonnante a été le principal motif de consultation avec

66,7% des cas de caractère douloureux suivie par une masse du palais retrouvée dans 33,3% des cas.

La prédominance de l'ulcération peut expliquer le retard de consultation vu que c'est un signe négligé par la plupart des malades.

Pour PARKINS G. E. au Nigéria, les caractéristiques cliniques les plus fréquentes des tumeurs des maxillaires étaient la tuméfaction du visage (63%), la tuméfaction intra-orale (55%), la douleur (41%) et l'ulcération (29%) (58).

VODOUE S.J. et coll. ont noté que la tuméfaction des maxillaires était également le principal motif de consultation (52).

Pour OUOBA K. et coll. au Burkina, sur le plan clinique, les patients sont dans la majorité des cas des gens venus consulter tardivement avec une volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante saignante au contact souvent déjà porteuse d'adénopathies fixées (61).

2. Radiologie :

Dans la série des tumeurs malignes, tous les patients ont réalisé l'orthopantomogramme suivi de la TDM 100%. La TDM est un examen important permettant de connaître les limites tumorales et d'adapter la stratégie thérapeutique. En effet la majorité des patients sont venus à un stade clinique où la malignité paraissait évidente. L'IRM peut objectiver une extension musculaire ou une extension tumorale le long du nerf alvéolaire inférieur mal défini par la TDM. Elle n'a pu être réalisée que chez un seul patient 33,34%.

Ces différentes techniques ont permis de noter des images ostéolytiques, des ADP cervicales, des ruptures de la corticale ...

Dans notre étude, nous avons noté une prédominance de l'atteinte du maxillaire supérieur avec 66,7% des cas contre 33,3% des cas pour l'atteinte maxillo-mandibulaire.

Nos résultats rejoignent BEN ACHOUR A. et coll qui ont noté que dans les tumeurs malignes des maxillaires 95,58% des cas impliquaient le sinus maxillaire (59). Le même constat a été fait par DIOMBANA (62).

Aussi à ceux de VODOUHE S.J. et coll. et de NDJOLO A. et coll. qui ont rapporté une localisation maxillaire prédominante respectivement dans 75% et 58,6% de cas contre 25% et 45,2% pour la localisation mandibulaire (60), (52). Cette préférence des tumeurs malignes des maxillaires pour le maxillaire supérieur revient fréquemment dans les études africaines (74), (48),(72)

Par contre, TOURE S. et coll. ont noté une localisation mandibulaire prédominante avec 60,46% des cas contre 32,21% pour la localisation maxillaire (50).

3. L'étude anatomopathologique :

Dans la série des tumeurs malignes, nous avons noté une prédominance du carcinome adénoïde kystique dans 66,7% des cas contre 33,3% des cas avec carcinome malpighien.

Des auteurs ont souligné la prédominance du carcinome adénoïde kystique.

PARKINS G. E. et coll. au Nigéria ont noté dans une étude prospective de 6 ans portant sur les tumeurs oro-faciales que la tumeur maligne la plus courante était le carcinome adénoïde kystique dans (64%) dans leur série de 108 cas de tumeurs malignes (82).

OUOBA K. et coll. au Burkina ont trouvé 78,3% aussi de carcinome adénoïde kystique dans 217 cas de cancers ORL et cervico-faciaux (61). Les carcinomes, exceptionnels chez l'enfant, sont fréquents chez l'adulte. Plusieurs auteurs ont constaté la prédominance du carcinome adénoïde kystique dans leurs études en particulier chez l'adulte. DEBRY C. et coll. en France ont recensé 90% des cas de carcinome adénoïde kystique dans leur série de 29 cas de cancers du maxillaire supérieur (BEN ACHOUR A. et coll. en Tunisie 54% des 68 cas

de cancers éthmoïdo-maxillaires (11), YEHOUESSI B. et coll. au Bénin 60% des 70 cas de cancers des maxillaires et des sinus de la face (75), TOURE S. et coll. au Sénégal 90,5% (72).

V. ASPECTS PARTICULIERS DES TUMEURS BENIGNES DES MAXILLAIRES :

1. L'améloblastome : (26) (30) (31) (32)

Il 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 et touche préférentiellement le sexe masculin avec un âge de survenue moyen de 30 à 50 ans.

Cliniquement, l'améloblastome se présente comme un gonflement fusiforme ou cylindrique qui soufle l'os et qui est en général indolore et d'évolution lente, ou de découverte fortuite lors d'un examen radiologique. Il atteint le plus souvent la mandibule avec comme siège de prédilection l'angle mandibulaire au voisinage d'une dent de sagesse.

Le sillon vestibulaire est comblé mais le plancher buccal est normal. Les téguments ne sont pas atteints avec conservation de l'état général.

A la palpation, la tuméfaction est dure par endroit ; rénitente en d'autres endroits donnant l'aspect de « pingpong ».

Les images radiologiques réalisent le plus souvent un aspect multiloculaire en bulles de savon ; les logettes sont traversées par de fines lignes plus denses. Mais aussi une possibilité aréolaire en nid d'abeilles : multiples petites géodes à contours arrondis ou d'images uniloculaires à contours nets.

La tomographie peut montrer une usure précoce de la corticale interne de la branche montante.

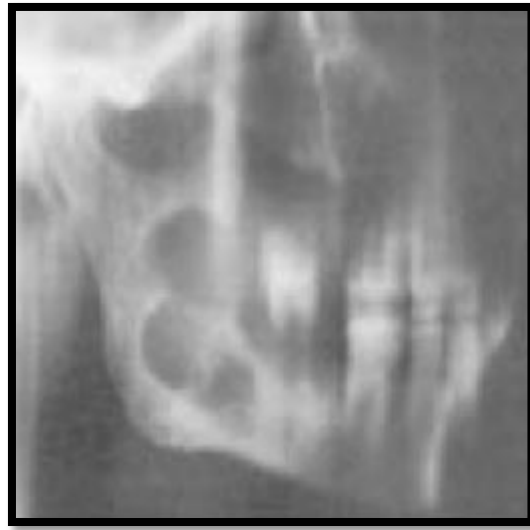


Figure 35: images multiloculaires en bulles de savon

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

❖ **Améloblastome folliculaire :**

il est caractérisé 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.

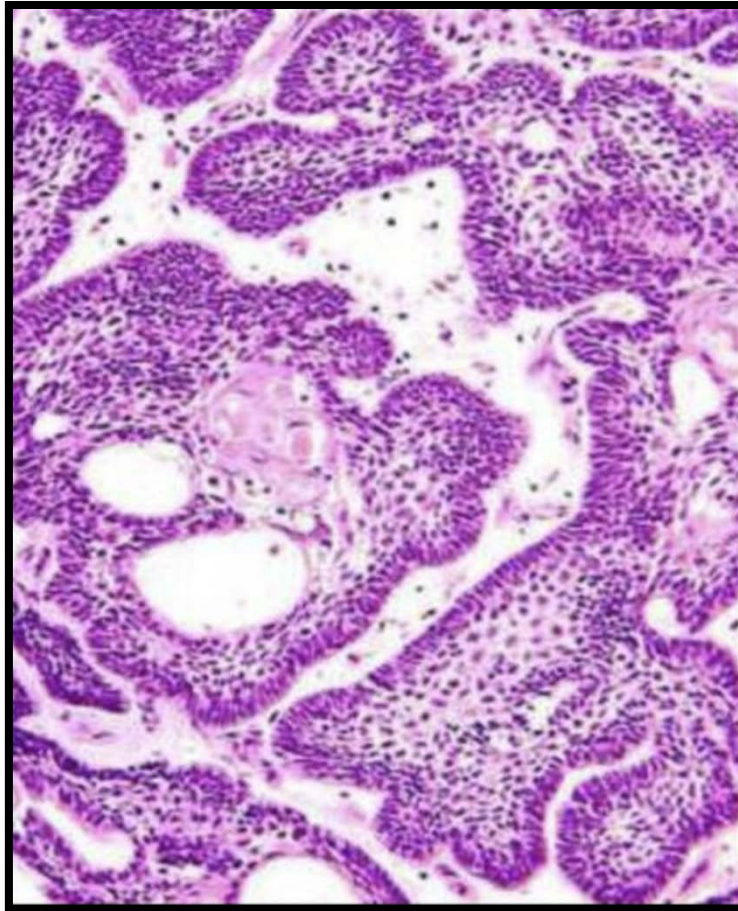


Figure 36: coupe histologique d'un améloblastome folliculaire

❖ **Améloblastome plexiforme :**

On a des cellules prismatiques disposées en travées plus ou moins anastomotiques. Elles renferment en leurs centres des cellules du réticulum étoilées.

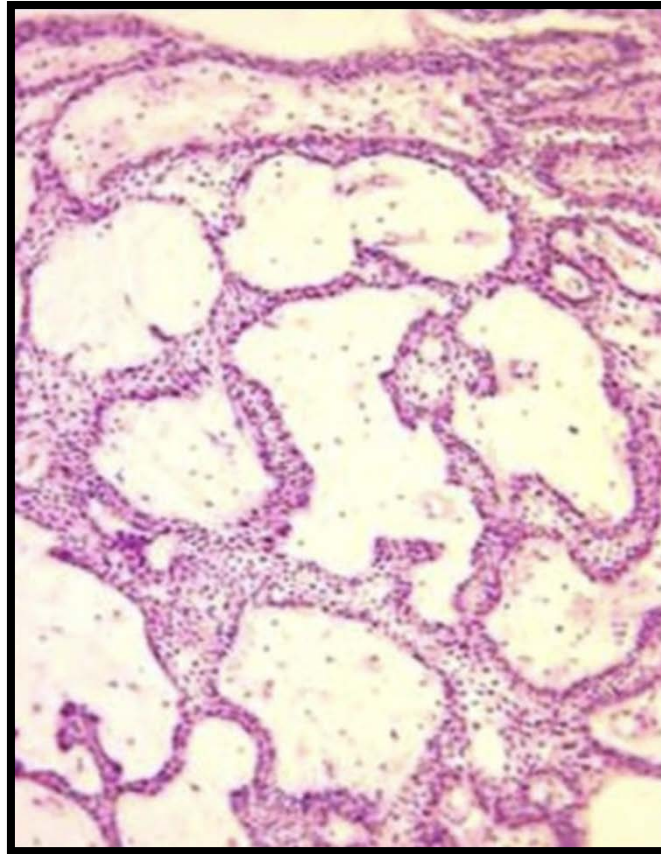


Figure37 : coupe histologique d'un améloblastome plexiforme

❖ **Améloblastome épidermoïde :**

On en a deux formes :

La forme différenciée renfermant en son centre des cellules du réticulum étoilées et une métaplasie malpighienne avec formation de kératine ;

La forme indifférenciée, quant à elle ne renferme que très peu de cellules étoilées. Toutes les cellules sont semblables entre elles.

❖ **Améloblastome à cellules granuleuses :**

Elle 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.

2. Odontome : (26)

Ce sont des tumeurs épithélio-conjonctivales, 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.

3. cémentome :

Le cémentome bénin ou dysplasie cémento-osseuse focale ou encore fibrome cémento-ossifiant est une tumeur odontogène rare. La lésion provient d'un tissu mésenchymateux, bien que son étiologie exacte soit encore inconnue. Ses principales caractéristiques sont représentées par une masse radio-opaque attachée à la racine (le plus souvent une molaire mandibulaire) qui est circonscrite par une zone radio-transparente périphérique.

La clinique en général faible, la découverte est souvent fortuite sur radio panoramique ou bien par la palpation d'un corps étranger ou algie dentaire. L'état général est généralement conservé sans signes d'envahissement des tissus de voisinage.

A la radiographie la lésion est radio-opaque, bien limitée en général hétérogène sans envahissement des parties molles.

4. myofibrome : (84)

Les myofibromes sont des tumeurs des tissus mous dont les caractéristiques varient en fonction de l'âge auquel ils sont découverts. Le myofibrome de l'adulte est de description plus récente. La clinique est assez monomorphe et le myofibrome est plus souvent un nodule profond et mobile de l'ordre du centimètre. L'histogénèse du myofibrome n'est pas clairement déterminée et la cellule à l'origine pourrait être le péricyte pour certains, le myofibroblaste pour d'autres. Il s'agit d'une tumeur bénigne, se développant dans le derme et caractérisée par une double composante histo-pathologique. La reconnaissance histo-pathologique du myofibrome reste difficile et cette lésion peut poser des problèmes de diagnostic différentiel.

→ Le traitement des tumeurs bénignes des maxillaires :

Il est essentiellement chirurgical. L'étendue de l'exérèse et les autres gestes associés dépendent du type histologique, du volume tumoral et de la rupture corticale ou non. Cette exérèse a consisté en une énucléation ou en une résection interruptrice avec ou sans reconstruction immédiate. La chirurgie radicale est la plus appropriée pour éviter les récurrences dans les cas des améloblastomes.

Après la chirurgie radicale, la reconstruction par lambeau libre permet une restitution fonctionnelle et esthétique car il s'agit d'une tranche active de la population avec des besoins esthétiques et fonctionnels qui se retrouve fortement touchée.

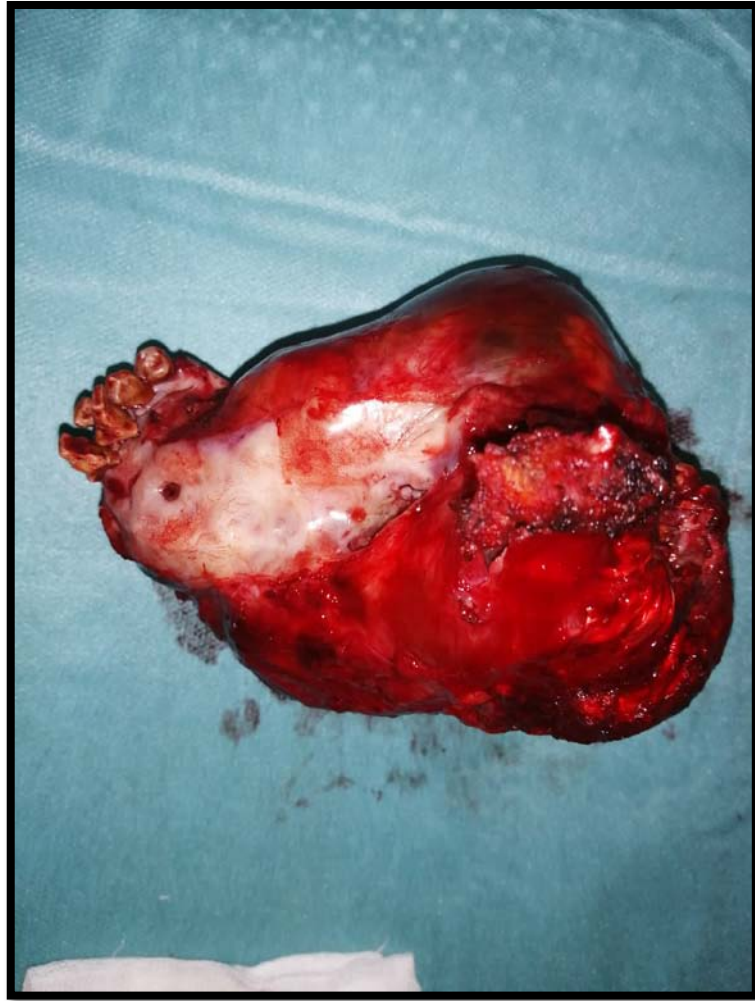


Figure 38: Photographie d'un patient : Enucléation de la tumeur avec extraction des dent en rapport avec la lésion d'un améloblastome.

VI. ASPECTS PARTICULIERS DES TUMEURS MALIGNES DES MAXILLAIRES :

Les deux types de tumeurs pouvant concerner le maxillaire ont des caractéristiques épidémiologiques différentes, touchent plus particulièrement les hommes âgés. Il s'agit de carcinomes épidermoïdes et adénocarcinomes dans la plupart des cas.

1. Carcinome malpighien:

Les carcinomes ou épithéliomas sont des tumeurs malignes épithéliales , elles sont dues à la prolifération désordonnées d'un épithélium sans tendance à la différenciation.

Le carcinome malpighien ou épidermoïde est le plus fréquent des tumeurs pouvant toucher le maxillaire. Au niveau du sinus maxillaire, la tumeur est un carcinome épidermoïde dans 80% des cas. Le carcinome épidermoïde se développe au dépend de l'épithélium malpighien, et il est limité aux cellules épineuses du corps de Malpighi. Il présente un envahissement destructif et des anomalies cellulaires. C'est une tumeur qui s'enfonce dans le chorion sous-jacent.

❖ Signes cliniques :

Cette tumeur se présente en général par une douleur soit dentaire soit osseuse, la tumeur est mal circonscrite, infiltrante, parfois ulcérée en surface, et en général pas de tuméfaction.

❖ Histologie :

Un carcinome épidermoïde bien différencié ressemble à un épithélium malpighien normal.

Un carcinome épidermoïde peu différencié s'écarte nettement de l'aspect d'un épithélium malpighien normal, mais il possède quelques caractères permettant de le rattacher à ce type histologique.

Un carcinome épidermoïde moyennement différencié a un aspect intermédiaire entre les deux catégories précédentes (9).

❖ **Signes radiologiques :**

La lésion est radio-claire, bien limitée. Ailleurs, l'aspect peut être plus hétérogène.

La TDM montre en général un kyste radiculaire avec perte de substance osseuse étendue au maxillaire supérieur avec épaissement d'allure inflammatoire, la lésion est en général hyperdense.

❖ **Traitement :**

Exérèse chirurgicale.

2. Carcinome adénoïde kystique :

Les carcinomes adénoïdes kystiques, autrefois appelés cylindromes, sont des tumeurs malignes prenant naissance dans les glandes salivaires accessoires. Ils représentent 1,3 % de toutes les tumeurs, touchent indifféremment les femmes et les hommes, et surviennent principalement plus de 40 ans. Le site le plus fréquemment atteint se situe au niveau des glandes accessoires du palais dur (12% des localisations) et s'étendent souvent par contiguïté dans le sinus maxillaire et les fosses nasales. Les carcinomes adénoïdes kystiques sont caractérisés par une évolution rapide locale et qui se présente avec des lésions ulcéro-bourgeonnantes douloureuses, sans saignement au contact.

- Sur le plan histologique, on distingue trois types de carcinomes adénoïdes kystiques
- le type cribriforme : le plus fréquent
- le type tubulaire ou trabéculaire, et
- le type solide : le moins fréquent, le moins différencié et de plus mauvais pronostic.

Sur le plan radiologique, il se présente avec une lésion radio-claire sur l'orthopantomogramme et sur la TDM comme lésion hyperdense.

→ Le traitement des tumeurs malignes des maxillaires :

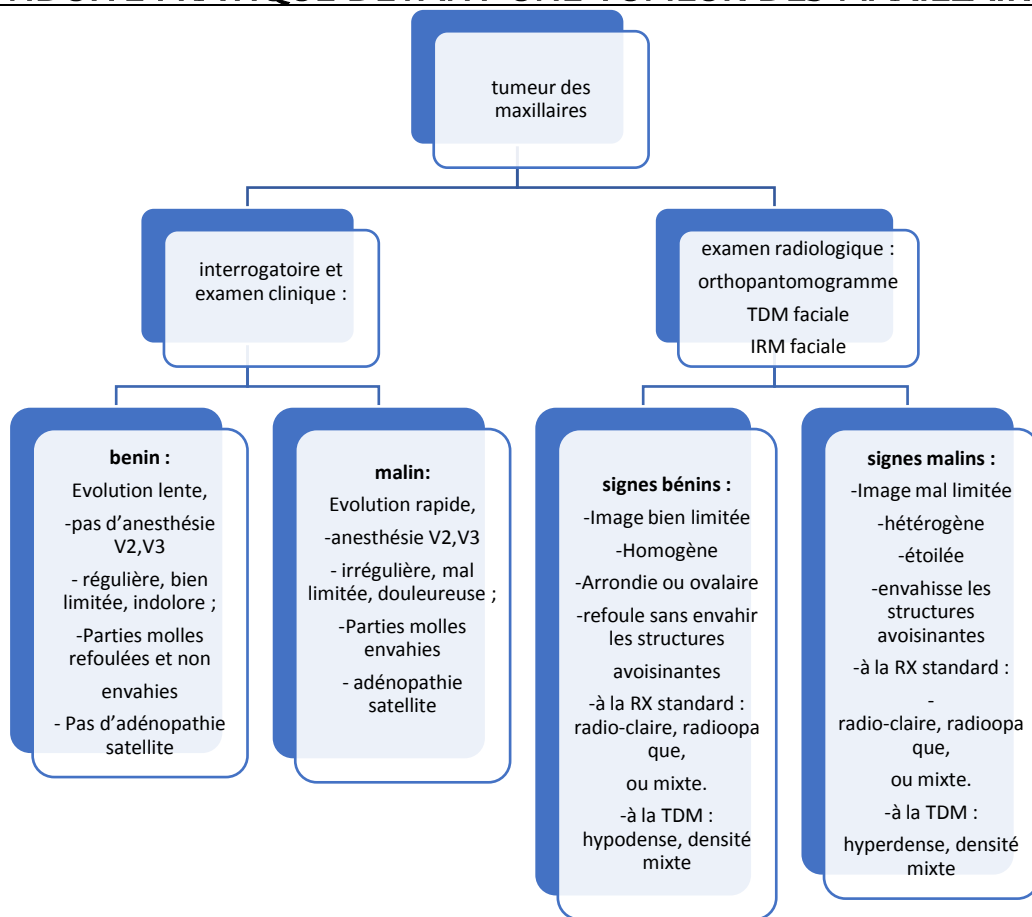
Il est essentiellement chirurgical. L'étendue de l'exérèse et les autres gestes associés dépendent de leur histologie, de l'envahissement des structures avoisinantes et de la présence ou non de métastase.

L'exérèse chirurgicale est généralement large suivie d'une reconstruction différée.

Le traitement peut être précédé ou suivi d'une chimiothérapie.

Le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des maxillaires doivent être précoces et bien orientés vu le pronostic vital engagé ainsi que les pronostics fonctionnel et esthétique.

VII. CONDUITE PRATIQUE DEVANT UNE TUMEUR DES MAXILLAIRES:



KIT D'AUTOENSEIGNEMENT DE
SEMILOGIE
RADIOLOGIQUE

Cas clinique 1 :

Un patient âgé de 22 ans sans aucun antécédent pathologique particulier ,qui se présente pour une tuméfaction mandibulaire droite isolée évoluant depuis plus d'un an .

L'examen clinique note une masse ovale dure à surface lisse non pulsatile.

2 examens radiologiques ont été réalisés (figure a)(figure b)



Figure a



figure b

1. définir la technique radiologique utilisée dans la figure a et b .
2. interpréter la radiographie a .
3. quel (s) diagnostic (s) évoquez vous ?
4. quel diagnostic retenir-vous ?

Réponses cas 1

1. la figure a il s'agit d'un orthopantomogramme.
2. La figure b il s'agit d'une image de la tomодensitométrie
La figure a montre une image radio-opaque ovalaire à limite nette, siégeant au niveau de l'angle mandibulaire gauche.
3. L'aspect homogène et bien limité de la lésion oriente vers une pathologie bénigne d'allure kystique : un kyste radiculaire, le kératokyste , l'améloblastome, ou odontome.
4. Le diagnostic à retenir est l'odontome mandibulaire. Il a été confirmé par l'étude anatomopathologique.

Cas clinique 2 :

Un patient âgé de 66 ans ayant comme antécédent un tabagisme chronique dont il a été sevré ainsi qu'une chirurgie pour tumeur mandibulaire en 2012, qui se présente pour une énorme tuméfaction jugale gauche isolée étendue au niveau du plancher buccal et l'oropharynx évoluant depuis 3 ans avec une mobilité dentaire depuis quelques mois .

L'examen clinique note une tuméfaction hémimandibulaire gauche isolée dépressible à la palpation déformant la joue.

Une TDM faciale a été réalisée (Figure a, b).



Figure a

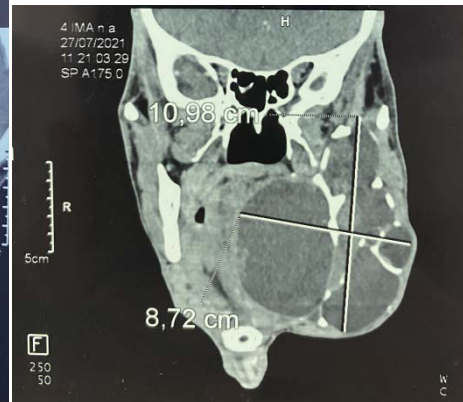


figure b

1. interpréter la figure b .
2. Définir le type de coupes utilisés au niveau de chaque figure.
3. Quel (s) diagnostic (s) évoquez-vous ?
4. quel diagnostic retenir-vous ?

Réponses cas 2

1. lésion hypodense mandibulaire gauche étendue au plancher buccal, lésion ostéolytique irrégulière assez bien limitée.
2. figure a : coupe sagittale
Figure b : coupe frontale
3. la lésion fait suspecter une tumeur bénigne : kératokyste, myxome odontogénique, kystes péri-coronaires ou améloblastome
4. Le diagnostic à retenir est l'améloblastome mandibulaire. Il a été confirmé par étude anatomopathologique.

Cas clinique 3 :

Patiente âgée de 41 ans , sans antécédent pathologique particulier , qui se présente pour des algies dentaires évoluant depuis 6 mois , sans tuméfaction jugale.

L'examen clinique retrouve des ulcérations multiples avec comblement vestibulaire supérieur gauche, sans autres signes associés.

Une radiographie a été réalisée figure a.



1. Interpréter l'image radiologique.
2. Quel (s) diagnostic (s) évoquez-vous ?
3. Quel est le diagnostic le plus probable.

Réponses cas 3

1. Il s'agit d'un orthopantomogramme qui montre 3 images radio-claires : lésion maxillaire rétro-molaire gauche hétérogène mal limitée (radiculaire) et 2 kystes mandibulaires de la branche horizontale gauche.
2. Pour les 2 lésions mandibulaires : devant l'aspect homogène, bien limité, la soufflure des corticales et l'évolution très lente de la symptomatologie, une tumeur bénigne est à évoquer, particulièrement l'améloblastome, kyste mandibulaire
Pour la lésion maxillaire : devant l'aspect hétérogène, mal limité, on évoque une tumeur maligne particulièrement un carcinome malpighien, carcinome adénoïde kystique ou un ostéosarcome.

3. le diagnostic de la tumeur maxillaire est un carcinome malpighien confirmé par étude anatomopathologique.

Pour les lésion mandibulairesce sont des kystes mandibulaires.



CONCLUSION



Les tumeurs des maxillaires regroupent les tumeurs bénignes et malignes de la mandibule et du maxillaire supérieur, elles sont caractérisées par une diversité histologique, clinique et une similitude radiologique.

Ces lésions sont fréquentes dans notre contexte par rapport à la littérature, ils peuvent atteindre tous les âges (de 20 à 66 ans) avec une moyenne d'âge de 42 ans pour les tumeurs bénignes avec un sex ratio H/F de 2,5 et de 53,5 ans pour les tumeurs malignes avec un sex ratio de 0,5 .

Notre étude était rétrospective descriptive de caractère pédagogique, portant sur 10 cas de tumeurs bénignes et malignes des maxillaires , sur une période de 1 an , allant du aout 2020 au juillet 2021 réalisée dans le service de chirurgie maxillo-faciale -esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail affilié au CHU Mohammed VI de Marrakech, d'une fréquence de 7cas/an de tumeurs bénignes et 3cas/an de tumeurs malignes qui est plus fréquent par rapport a la littérature .Durant cette étude nous avons étudié le profil épidémiologique, clinique, radiologique et anatomopathologique de ces lésions, puis 3 exercices pratiques sont proposés.

Le tableau clinique commun des tumeurs bénignes était dominé par la tuméfaction isolée ou accompagnée a une une mobilité dentaire ou une obstruction nasale avec rhinorrhée. Elle est souvent volumineuse voir géante, régulière, bien limitée, indolore, refoulant les parties molles sans les envahir rendant le geste chirurgical difficile, et imposant un temps de réparation. Pour les tumeurs malignes le tableau clinique commun etait dominé par l'ulcération bourgeonnante retrouvée dans 66,7% des cas.

L'examen radiologique est certainement un temps capital dans les étapes nécessaires au diagnostic tout en retenant l'intérêt majeur d'un bon examen clinique et une confirmation anatomopathologique.

L'importance de la radiographie et particulièrement de l'orthopantomogramme est évidente dans l'analyse diagnostique et a été pratiquée chez tous les patients (100%) dans la série des tumeurs bénignes et malignes.

Dans la série des tumeurs bénignes, l'orthopantomogramme a été complété par la tomodensitométrie chez 71,4% des cas et par l'IRM chez 14,2% des cas.

Pour les tumeurs malignes, l'orthopantomogramme a été complété par la tomodensitométrie chez tous les patients et par l'IRM chez 33,3% des cas.

L'orientation radiologique permettra ainsi d'adapter l'attitude thérapeutique.

Le type histologique le plus fréquent dans notre étude était l'améloblastome pour les tumeurs bénignes et le carcinome adénoïde kystique pour les tumeurs malignes.

Le traitement repose généralement sur l'exérèse chirurgicale.



RÉSUMÉS

Résumé

Les tumeurs des maxillaires représentent un groupe de lésions polymorphes.

Il est étudié dans cette série les tumeurs bénignes et malignes des maxillaires. Nous présentons d'abord le profil épidémiologique, clinique, radiologique et anatomopathologique de ces lésions, puis nous proposons des exercices pratiques.

Le lecteur devra interpréter les examens radiologiques en fonction des données cliniques qui lui auront été fournies. C'est une étude rétrospective descriptive au caractère pédagogique portant sur 10 cas de tumeurs des maxillaires colligés à l'unité du service de chirurgie maxillo-faciale -esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail affilié au CHU Mohammed VI de Marrakech du août 2020 au juillet 2021. Puis nous présentons à partir de cette série 3 cas sous forme d'exercices pratiques. Pour les tumeurs bénignes la moyenne d'âge était de 42 ans et de 53,5ans pour les tumeurs malignes.

La tuméfaction était le maître symptôme dans la série des tumeurs bénignes par rapport à la lésion ulcéro-bourgeonnante pour les tumeurs malignes. Pour les tumeurs bénignes les localisations étaient mandibulaires dans 85,8% par contre les localisations des tumeurs malignes qui étaient dominées par le maxillaire supérieur dans 66,7%. L'aspect radiologique pour les tumeurs bénignes était dominé sur l'orthopantomogramme par des images radio-claires et radio-opaques dans 42,8% , par contre pour les tumeurs malignes l'aspect radiologique était dominé par des images radio-claires sur l'orthopantomogramme et hyperdense sur la TDM.

La taille des lésions atteint une maximale de 12cm/11cm.

L'étude histologique des lésions a été réalisée chez tous les patients. Les améloblastomes prédominaient pour la série des tumeurs bénignes suivies des carcinomes adénoïdes kystiques comme tumeurs malignes. L'orthopantomogramme est en

général le premier examen demandé et la tomodensitométrie et l'IRM permettent de réaliser un bilan plus précis et le traitement était surtout chirurgical.

SUMMARY :

Tumors of jaws are a group of polymorphic lesions.

Benign and malignant tumors of the jaws are studied in this series. We first present the epidemiological, clinical, radiological and anatomopathological profile of these lesions, then practical exercises are proposed. The reader will have to interpret the radiological examinations according to the clinical data which will have been provided to him.

This is a retrospective educational study of 10 cases of tumors of the jaws collected at the unit of the department of maxillofacial surgery – aesthetics and Stomatology of the hospital Ibn Tofail affiliated to the CHU Mohammed VI of Marrakech from August 2020 to July 2021. Then presenting us from this series 3 cases in the form of practical exercises. For benign tumours, the average age was 42 years with a sex ratio M/F of 2.5 and for malignant tumors 53.5 years, a sex ratio of 0.5 M/F for malignant tumours.

Swelling was the main symptom in the series of benign tumors and ulcero-budding lesion for malignant tumors. For benign tumors the localizations were mandibular in 85.8%, on the other hand the localizations of malignant tumors were dominated by the upper jaw in 66.7%.

The radiological appearance for benign tumors was dominated on the orthopantogram by radio-clear and radio-opaque images in 42.8%, on the other hand for malignant tumors were dominated by radio-clear images on the orthopantogram and hyperdense on CT.

The size of the lesions reached a maximum of 12cm/11cm.

The histological study of the lesions was carried out in all the patients. Ameloblastomas predominated for the series of benign tumors followed by adenoid cystic carcinomas as malignant tumors. The orthopantogram is generally the first examination requested and the computed tomography and the MRI make it possible to carry out a more precise assessment and the treatment was mainly surgical.

ملخص

تمثل أورام الفكين مجموعته من الأفات متعددة الأشكال .

في هذه السلسلة تتم دراسة أورام الفكين الحميدة والخبيثة. نقدم أولاً الملفات الوبائية، السريرية، الإشعاعية والتشريحية لهذه الأفات،

ثم نقترحت نماذج يعمليّة.

سيتم علينا القارئ تفسير الفحوصات الإشعاعية وفقاً للبيانات السريرية التي سيتم توفيرها. هذه الدراسة مرجعية تعليمية لعشر حالات أورام

الفكين تتجمعها من وحدة قسم جراحة الوجه والفكين -

والتجميل وطب الأسنان في مستشفى نابطينة لجامعة محمد السادس بمراسمنا أغسطس 2020 إلى يوليو 2021.

ثم نعرض من خلال هذه السلسلة 3 حالات في شكل نماذج يعمليّة. بالنسبة للأورام الحميدة، كان متوسط العمر 42 سنة و 53.5

سنة بالنسبة للأورام الخبيثة.

كان التورم هو العلامة الرئيسية في سلسلة الأورام الحميدة أما الأفات المتقرحة الناشئة بالنسبة للأورام الخبيثة.

بالنسبة للأورام الحميدة، تقاس أساساً في الفك السفلي بنسبة 85.8%، أما الأورام الخبيثة فتقتصر على الفك العلوي بنسبة 66.7%.

المظهر الإشعاعي الأكثر تداوياً للأورام الحميدة علمية مخطط تقوية العظام يظهر من خلال صور إشعاعية واضحة أخرى غير شفافتين

سبة

42.8%، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فتظهر أساساً بصور إشعاعية واضحة علمية مخطط تقوية العظام موصولة كثيفة على التصوير المقطعي

بلغ حجم الأفات 12 سم / 11 سم كحد أقصى.

أجريت الدراسة النسيجية للأفات لجميع المرضى.

سادت الأورام المينائية في سلسلة الأورام الحميدة تليها الأورام الكيسية الغدانية كأورام خبيثة.

يعد تقوية العظام الفحص الأول والمطلوب بشكل عام، كما أن التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي يمكن أن إجراء تقييم أكثر دقة للعلاج

اعتماداً على الجراحة الأساسية.



Fiche d'exploitation

- Identité

2. Sexe:1 [] Masculin 2 [] Féminin

3. Age (en nombre d'années):.....[][]

-Motif de consultation

4. Tuméfaction (jugale, mentonnière, sous angulo-mandibulaire...) 1 [] Oui 2 [] Non

5. douleur 1 [] Oui 2 [] Non

6. Signes dentaires : 1 [] Névralgie 2 [] Mobilité 3 [] Saignement 4 [] Chute

7. Découverte fortuite 1 [] Oui 2 [] Non

8. Délai de consultation (en mois) : 1 [] < 6 2 [] 6 - 12 3 [] > 12

-ATCDs

-Personnels :

9. Tabac: 1 [] Oui 2 [] Non 3 [] Sevré

10. Alcool: 1 [] Oui 2 [] Non 3 [] Sevré

11. soins dentaires : 1 [] Oui 2 [] Non

12. Autres :.....

- Familiaux : 1 [] cas similaire 2 [] autres :.....

-Signes cliniques

13. Inspection :

--Tuméfaction: 1 [] Oui 2 [] Non

3 droite 4 gauche 5 bilatérales,

--Ulcération : 1 Oui 2 Non

--Inflammation : 1 Oui 2 Non

--Fistulisation : 1 Oui 2 Non

--Localisation :

--Nombre :

13. Palpation :

--Taille : 1 < 2cm 2 2<.... < 4cm 3 > 4cm

--Consistance : 1 dure 2 molle

--Limites : 1 régulières 2 irrégulières 3 non précisées

--Sensibilité : 1 Dououreuse 2 non dououreuse

--Mobilité : 1 Mobile 2 Fixe 3 non précisée

14. Examen endobuccal :

--Etat buccodentaie : 3 non précisé

--Muqueuse 1 saine 2 pathologique

--Signes dentaires :

-- Comblement vestibulaire : : 1 Oui 2 Non

--Autres :

-Examens para-cliniques

15. Orthopantomogramme : 1 Oui 2 Non

_ Aspect : 1 Radio-claire 2 radio-opaque 3 mixte

_ 1 Uniloculaire 2 multiloculaire

_ Rhizalyse : 1 Oui 2 Non

_ Siège : 1 angle mandibulaire 2 branche horizontale 3 branche montante

4 symphyse 5 hémimandibule 6 ramus 7 maxillaire

_ Dent incluse : 1 Oui 2 Non

_ dentition : 1 bonne 2 mauvaise

16. TDM faciale : 1 Oui 2 Non 19.

_ Aspect : 1 Isodense 2 hypodense 3 hyperdense 4 mixte

_ Taille:

_ Prise de contraste : 1 Oui 2 Non

_ Siege :

_ Rupture de corticale: 1 Oui 2 Non

_ envahissement des organes de voisinage. 1 Oui 2 Non

16. Dentoscaner : 1 Oui 2 Non.

17. Traitement : chirurgie 1 conservatrice 2 radicale.

18 : reconstruction : 1 Oui 2 Non

19 moyens de reconstruction :

Maxi plaque, lambeaux, prothèse

20. Etude anatomopathologique : 1 faite 2 non faite

Nature histologique :

21_ traitement complémentaire 1 Oui 2 Non

Radiothérapie, CHT .



BIBLIOGRAPHIE



1. **Kramer I R, Pindborg J J, Shear M.**
The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition.
Department of Oral Pathology,
University of London, England, United Kingdom
Eur J Cancer B Oral Oncol 1993;29B(3):169-71.
Guerin C.
2. **Classification OMS (1992) et traitement des tumeurs kystes et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires.** université de Nantes, unité de formation et de recherche d'odontologie.
Thèse de médecine 2003.
3. **Barthélémy, I., & Mondié, J.-M. (2009).**
Tumeurs et pseudotumeurs des maxillaires riches en cellules géantes. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, 110(4), 209-213. doi:10.1016/j.stomax.2009.06.002
4. OMS : rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003.
WHO/NMH/NPH/ORH/03.2
5. http://ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Mod_3_Maturation_et_Vulnerabilite_files/Dvlptbuccodentaire.pdf
6. Carnet d'anatomie Tête - Cou- Dos. Edition Maloine, Paris 2006
7. **ALAIN BOUCHET, JACQUES CUILLERET.:**
Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle (le système nerveux central, la face, la tête et les organes de sens). Deuxième édition SIMEP. Dépôt légal 1991.
8. **BRIZON J et CASTAING J.**
Les Feuilletts d'anatomie (ostéologie de la tête) ; Paris : [éd] Maloine pp 26-34.
9. **BIGNOUMBA C., LEROUXEL E., RENAUDIN F.K., PEUVREL P., BEAUVILLE de MONTREUIL C., MALARD O.**
Cancers du sinus maxillaire : pronostic et qualité de vie.
10. **Bellaiche N et Philippe B.**
Imagerie en chirurgie reconstructrice préimplantaire. Implantodontie 1999; 32:27-35.
11. **PASLER F.A.**
Manuel de radiologie dentaire et maxillo-faciale . Paris: Doin, 1987 . - 374 p.
12. **TEMAN G., LACAL A., SARAZIN L.**
Imagerie maxillo-faciale pratique. Paris: Quintessence International, 2002, pp.11-52.
13. **CAVEZIAN R., PASQUET G., BEL G., BALLER G.**
Imagerie dento-maxillaire . Approche radio-clinique. Paris: Masson, 1995 : 271 p.
14. **KLIFA P.**

Analyse comparative avec la réalité clinique des résultats radiographiques obtenus par des techniques endo ou exo-buccales classiques. Thèse : Chir. Dent. : Odontologie: Nice: 1993. Pp 34-35.

15. LACAN A.

Nouvelle imagerie dentaire Paris: Cdp., 1992, - 371 p.

16. Temam G, Lacan A, Suissa M, Samama D, Sarazin L.

Imagerie dento-maxillaire.

Encyclopédie médico-chirurgicale 2004;30-850-A-10.

17. Martin-duverneuil N, Sahli-Amor N, Chiras J.

Imagerie tumorale odontogénique des maxillaires.

J radiol 2009;90:60-649.

18. Delmar, H.

(2009). Anatomie descriptive du tiers moyen de la face. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 54(5), 399-407. doi:10.1016/j.anplas.2009.04.007

19. Civit, T., Froelich, S., Joud, A., Perez, M., & Mercier, P.

(2010). Anatomie descriptive de l'orbite. Neurochirurgie, 56(2-3), 81-88. doi:10.1016/j.neuchi.2010.02.025

20. Nguyen, P. S., Bardot, J., Duron, J. B., Jallut, Y., & Aiach, G.

(2014). Anatomie chirurgicale de la pyramide nasale. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 59(6), 380-386. doi:10.1016/j.anplas.2014.07.00

21. KAMINA P.

Dictionnaire Atlas d'anatomie. Edition Maloine, Paris 1983.

22. ROUVIERE H., DELMAS A (1997).

Anatomie humaine Tome 1. Tête et cou. (éd. 14 ème édition). (Paris: Masson, Éd.).

23. KAMINA P. : Carnet d'anatomie Tête - Cou- Dos. Edition Maloine, Paris 2006

24. 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.

25. Actual.Ondonto-stomatol.Numéro 265,octobre 2013 special anatomie page 4-6

26. BENAMAR : Les tumeurs maxillo-mandibulaires, service de pathologie CHU SBA. Elsevier Inc. 2004 Rosai AND akerman"s surgical pathology 9e.

27. DIEBOLD J., CAMILLERI J-P., REYNES M., CALLARD P. : Anatomie pathologie générale. 2ième édition. Edition Médicale Internationales. P 233-323.

28. DIOMBANA M.L., MOHAMED A.A.G., KÜSSNER H., et coll. : 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.

29. CREPY C., DINER P.A.

avec la collaboration de RAES J., BLANC P : Stomatologie ; édition la Couleuvre PP 89–98.

30. CABANE F. et BONENFANT J.L

Tumeurs et pseudo tumeurs des maxillaires. Anatomie Pathologique. Deuxième édition. Paris : Maloine SA Editeur PP 786–790.

31. DECHAUME M., GRELLET M., LAUDENBACH P., PAYER J.

Kystes et tumeurs bénignes des maxillaires. Précis de Stomatologie. Masson, Paris 1980 ; 232–252.

32. KABORE SOULEYMANE

Améloblastome des maxillaires, aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU-YO et au CHU-SS. Thèse de doctorat en médecine. Ouagadougou UFR-SDS 2007. Numéro 1226.

33. BUCHNER UNE, MERRELL P.W., CARPENTER W.M.

Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Sep; 64 (9): 1343–52.

34. DEBRY C., BOUILLON F., METHLIN A., JUNG C., CONARAUX C.

Cancers du maxillaire supérieur : étude rétrospective à partir de 29 cas. Ann Otolaryngol 1989 ; 106 (2) : 83–90.

35. CHARLES PUISSAN

Chérubisme ou chérubinisme. Encyclopédie Orphanet. Juillet 1997.

36. AURIOL M.M., Le CHARPENTIER Y.

Anatomie pathologique des lésions de la cavité buccale, des glandes salivaires et maxillaires. Edition scientifique et médicale. Elsevier Masson SAS.1997 ; 22(11) : 1–36.

37. Centre international OMS de référence pour la définition et la classification histologiques des tumeurs odontogènes, kystes et lésions apparentées des maxillaires (créé en 1966)

38. LADEINE A. L., AJAYI D.E., OGUNLEWE M.O., ADEYEMO W.L., AROTIBA G.T., BAMGBOSE B.O., AKINWANDE JUGE

Tumeurs odontogènes: un examen de 319 cas dans un hôpital d'enseignement du Nigeria. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol endod. fév 2005; 99 (2) :191–5.

39. TAWFIK M.A., ZYADA M.M.

Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt: analysis of 82 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Feb; 109 (2):e67–73. Epub 2009 Dec 6.

40. PARKINS G.E, ARMAH G.H., TETTEY Y.

Tumeurs et pseudo tumeurs orofaciales au Ghana: une étude prospective de 6 ans.Br J Surge Oral Maxillofacial cot. 2009; 47 (7):550–4. Pub nov. 2008 27.

- 41. JANAH A, SAIDI A., BOURJILAT M., BENHADDOU A., CHEKKOURI I.A., BENCHAKROU Y.**
Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. Corrélations Anatomo-radiologiques. A propos de 50 cas. Mag. Med. 2001 ; 21(359) ; 346-48.
- 42. AGBOKPONTO A. R.**
Tumeurs bénignes des maxillaires: Aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 64 cas recensés dans le service d'ORL et de CCMF du CNHU-HKM de Cotonou. Thèse de médecine. Cotonou.
- 43. AKA G. K., KOUAKOU. R. K., DJEMO B. R, OUATTARA B., GADEBGEKU S. A.**
Réhabilitation faciale par la prothèse maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule. Rev. Ivoir. Odonto-Stomatol., vol. 8, n° 2, 2006, pp. 39-48.
- 44. JING W., XUAN M., LIN Y., WU L., LUI L., ZHENG X., TANG W., QIAO J., TIAN W.**
Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jan; 36 (1):20-5. Epub 2006 Dec 6.
- 45. LADEINE A. L., AJAYI D.E., OGUNLEWE M.O., ADEYEMO W.L., AROTIBA G.T., BAMGBOSE B.O., AKINWANDE JUGE**
Tumeurs odontogènes: un examen de 319 cas dans un hôpital d'enseignement du Nigeria. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol endod. fév 2005; 99 (2) :191-5.
- 46. (OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., SOUDRE R.**
(2000). 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.
- 47. BENGODO M.C., MONABANG C., SANDO Z., KKAMPAN W., ONANA J., BENGODO G.**
Aspects radiographiques des tumeurs malignes maxillo-mandibulaires. J Afr Imag Med 2010; (3) ,3: 173-177.
- 48. SAWADOGO S.**
(2007). Etude des tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au CNHU-HKM au Bénin et aux CHU-YO et CHU-SS au Burkina Faso: A propos de 117 cas. Thèse de Doctorat en Médecine, Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé.
- 49. TONDE LUCIEN:**
Les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au Burkina Faso de 1996 à 2005. Profil épidémiologique, aspects cliniques, Histopathologiques et thérapeutiques. Ouagadougou UFR /SDS 2008. Numéro 1242.
- 50. TOURE S., SONKO L., DIALLO B., DIOP A., DIOUF R., DIOP E.M.**
Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2005 ; 106 (4) :1S68P.c(17)-26.
- 51. DEBRY C., BOUILLON F., METHLIN A., JUNG C., CONARAUX C.**
Cancers du maxillaire supérieur : étude rétrospective à partir de 29 cas. Ann Otolaryngol 1989 ; 106 (2) : 83-90.

- 52. VODOUHE S.J., AIHOUNZONON L., VIGNIKIN B., HOUNKPE Y.Y.C., MEDJI A.L.P.** Résultats anatomopathologiques des cancers des maxillaires à propos de 108 cas. *J Soc Biol Clin* 1996 ; 003 : 34–36.
- 53. YEHOUESSI–VIGNIKIN B.**
Les cancers des maxillaires et des sinus de la face, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 70 observations au CNHU de Cotonou. Thèse de Méd : Université nationale du Bénin. 1984 ; 206.
- 54. OUEDRAOGO B.**
(2008). Les tumeurs bénignes et les kystes des maxillaires : aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse de Doctorat de Médecine, Université de Ouagadougou, UFR–SDS. N°1751.
- 55. OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., SOUDRE R.**
(2000). 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.*
- 56. OUEDRAOGO D., BEOGO R., LOMPO O., KONSEM T., BOURGAREL J., SOUDRE R.**
(2006). 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.*, 13 (2), pp. 52–56.
- 57. KPEMISSI E., AMANA B., TCHANDANA K**
Tumeur mandibulaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques a propos de 91cas. *Mali médical* 2009 TOME XXIV N°3 ; PP 47–52.
- 58. PARKINS G.E., ARMAH G.P., AMPOFO A.G.**
(2007, May 7): Tumeurs et pseudo–tumeurs de la face à Korle GHANA; 8 années d'étude. *World J Surg Oncol.*, 5 (48).
- 59. BEN ACHOUR A., BEN ACHOUR D., BEN HAMDA K., BASSOUMI T., KCHOUK M., TOUIBI S., LADGHAMA A.**
Cancers éthmoïdo–maxillaires à propos de 68 cas. *Sem Hôp Paris* 1992 ; 68(1–2) : 8–11.
- 60. NDJOLO A., BISSECK C., NGOWE M., BENGODO C., ENOW O., BNAM F., BENGODO G.**
Cancers du massif facial : localisation et histopathologie. Etude de 155 cas. *Rev O.R.L Chir Cervico fac* 2003 ; 1 (1) : 4–10.
- 61. OUOBA K., DAO M., SANO D., GUIGMA Y., SAKANDE, KABRE M., BOURGAREL, SANOU A., SOUDRE B.R., BEUTTER P.**
Les cancers O.R.L et cervico–faciaux au Burkina Faso épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. *Méd Afr Noire* : 1997, 44 (8/9)
- 62. DIOMBANA M.L., MOHAMED A.A.G., KÜSSNER H., et coll.**

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.

63. CHIDZONGA M.M.

Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. Oral Oncol 2006 ; 42 (2) :177-183.

64. bahloul N.

Kit d'auto-enseignement de sémiologie radiologique des pathologies kystiques et tumorales bénignes des maxillaires.

Thèse de médecine dentaire 2002.

65. Les tumeurs des maxillaire au CHU-YO :épidémiologie et prise en charge

66. YEHOUESSI-VIGNIKIN B.

Les cancers des maxillaires et des sinus de la face, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 70 observations au CNHU de Cotonou. Thèse de Méd : Université nationale du Bénin. 1984 ; 206.

67. BROCHERIOU C.

(2009).: Classification des tumeurs bénignes des maxillaires d'origine odontogène. E.M.C., 5 (22081 A 10).

68. JEBLAOUI Y., B. N.

(2007, Nov): Algorithme pour le traitement des améloblastomes en Tunisie. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 108 (5), pp. 419-23.

69. SRIRAM G., SRIRAM G., SHETTY R.P.

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

70. KABORE SOULEYMANE

Améloblastome des maxillaires, aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU-YO et au CHU-SS. Thèse de doctorat en médecine. Ouagadougou UFR-SDS 2007. Numéro 1226.

71. N'DIAYE FATY, DIALLO, DIA TINE, LARROQUE, SPIERZGLAS et coll.

Les tumeurs bénignes des maxillaires, les épulis au Sénégal. Bull. Soc. Path. 1995 ; 88: 244-247.

72. TONDE LUCIEN:

Les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au Burkina Faso de 1996 à 2005. Profil épidémiologique, aspects cliniques, Histopathologiques et thérapeutiques. Ouagadougou UFR /SDS 2008. Numéro 1242.

- 73. OUOBA K., DAO M., SANO D., GUIGMA Y., SAKANDE, KABRE M., BOURGAREL, SANOU A., SOUDRE B.R., BEUTTER P.**
Les cancers O.R.L et cervico-faciaux au Burkina Faso épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. Méd Afr Noire : 1997, 44 (8/9)
- 74. MEDJIA.L., HOUNKKPE Y.Y C., VINGNIKIN-YEHOUESSI B., KOURA A., PRODJINOTHO F.X.**
la carcinologie O.R.L et cervico-facial AU C.N.H.U. de Cotonou (Bénin) : résultats d'une étude de 1978 à 1985. Med Afr Noire 1989 ; 36 (2) : 152-157.
- 75. TAWFIK M.A., ZYADA M.M.**
Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt: analysis of 82 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Feb; 109 (2):e67-73. Epub 2009 Dec 6.
- 76. FERNANDES AM , DUARTE CE , PIMENTA FJ , SOUZA LN , SANTOS VR , MESQUITA RA , de AGUIAR MC .**
Tumeurs odontogènes: une étude de 340 cas dans une population brésilienne. J Pathol Oral Med. nov. 2005; 34 (10) :583-7.
- 77. BUCHNER UNE, MERRELL P.W., CARPENTER W.M.**
Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Sep; 64 (9): 1343-52.
- 78. ADEBAYO E.T., AJIKE S.O., ADEKEYE O.E.**
Un examen des 318 tumeurs odontogènes à Kaduna, au Nigeria. J Surg Oral Maxillofac. juin 2005; 63 (6) : 811-9.
- 79. CHARLES PUISSAN**
Chérubisme ou chérubinisme. Encyclopédie Orphanet. Juillet 1997.
- 80. 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.
- 81. 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.
- 82. PARKINS G.E, ARMAH G.H., TETTEY Y.**
Tumeurs et pseudo tumeurs or-faciales au Ghana: une étude prospective de 6 ans.Br J Surge Oral Maxillofac cot. 2009; 47 (7):550-4. Pub nov. 2008 27.
- 83. Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**
- 84. Ann Dermatol Venereol**
2005;132:271-5



قسم الطب

أقسامها العظيمة

أنار أقبالها فهمتني.

وأنصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال الباذلة وسعيانقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأنأحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأنأكون علما ودوامنا وسائر رحمة الله، باذلة

رعايتنا الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأنأنا أبر علم طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسانية لأداه.

وأنأؤقر من علمني، وأعلم مني صنعني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأنتكون حياتي مصداقا لآياتي في سيرتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله وسؤلها المؤمنين.

والله علما أقول لشهد





جامعة القاضي عياض
UNIVERSITÉ CADI AYYAD

كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

116 أطروحة رقم

سنة 2022

مجموعة أدوات التعليم الذاتي لأورام الفكين (المواجهة السريرية-التشريحية) حول 10 حالات

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/04/11
من طرف

الآنسة: هدى المودة

المزداة في 7 دجنبر 1996 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

تورم - تقرح - ورم في الفكين - دراسة تشريحية - جراحة

اللجنة

الرئيسة

ن. منصوري حطاب

السيدة

أستاذة في جراحة الوجه و الفكين

م. البويهي

السيد

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين

المشرف

ب. عبير

السيد

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين

الحكام

ي. درواسي

السيد

أستاذ في امراض الانف والاذن و الحنجرة