



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

Année 2018

Thèse N° 09

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/02/2018

PAR

Mme. **Lina RACHID**

Née le 22 août 1992 à Casablanca

Médecin Interne au CHU Mohammed VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Tumeurs bénignes du maxillaire – odontogène–Non odontogène

JURY

Mr. H. Ammar Professeur d'enseignement supérieur d'oto-rhino-laryngologie	PRÉSIDENT
Mr. M.Lakouichmi Professeur agrégé de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie	RAPPORTEUR
Mme N. El Mansouri El Hattab Professeur d'enseignement supérieur de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie	} JUGES
Mr. A.Fakhri Professeur agrégé d'histologie- embryologie et cytogénétique	
Mr. k.Koulali Idrissi Professeur d'enseignement supérieur de traumatologie - orthopédique	

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

الأحقاف: 15





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.



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADMOU Brahim	Immunologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHABAA Laila	Biochimie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	SARF Ismail	Urologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HADEF Rachid	Immunologie

ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AMRO Lamyae	Pneumo- ptisiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- ptisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale

CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	RAFIK Redda	Neurologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
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
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatologie)	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL HARRECH Youness	Urologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
Hammoune Nabil	Radiologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



DEDICACES



*«Parfois notre lumière s'éteint, puis elle est rallumée par un autre être humain.
Chacun de nous doit de sincères remerciements à ceux qui ont ravivé leur
flamme.»*

Albert Schweitzer



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect et la reconnaissance.*

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse ...





الحمد لله رب العالمين



Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

A MA CHÈRE ET MAGNIFIQUE MÈRE KARIMA:

Maman, grande sœur et meilleure amie. Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour ta présence dans les moments les plus difficiles.

Si j'en suis arrivée là, ce n'est que grâce à toi ma maman adorée. Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et dévotion. Tu es mon exemple dans la vie. Tu es la lanterne qui éclaire ma voie.

Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être la fille.

Longue vie à toi maman. Je t'aime très fort.

A MON TRÈS CHÈRE et ADORABLE PÈRE HASSAN:

Que serait ma vie sans toi papa ? Nourrie par tes qualités et enseignements, je ne peux être qu'heureuse. Tu m'as toujours comblé d'amour, de tendresse et d'affection. Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs.

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présent à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices...j'en suis reconnaissante. Les mots me manquent pour décrire le formidable père que tu es.

Puisse Dieu tout puissant, t'accorder longévité et bonne santé, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je t'aime papa...

Que ce travail soit pour toi le gage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection.

A MES FRÈRES VASSER et AMMAR :

Pour votre amour et votre soutien,

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des amis, des irremplaçables frères et soeurs ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite. Que Dieu nous unissent pour toujours.

A MON MARI EL HOSSEINE:

Nul mot ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi. Ton amour pour moi est un don de Dieu. Tu m'as toujours soutenue, comprise et réconfortée.

Tu es et tu resteras toujours ma source d'inspiration. Merci pour ta tendresse, ton attention, ta patience et tes encouragements. Merci pour tout. Puisse Dieu nous combler de bonheur, de santé et nous procurer longue vie.

A MON AME ET MON ENFANT AHMED MANSOUR:

Tu es le rayon de soleil qui a illuminé notre vie. Quand je me rappelle la première fois que j'ai vu ton visage angélique, j'ai les larmes aux yeux et j'éprouve un besoin irrépressible de t'étreindre.

Je m'excuse pour toutes les fois où je n'ai pu passer la nuit à tes côtés à cause des gardes, toutes les fois où je n'ai pu te bercer quand tu en avais besoin.

Les mots et les phrases, ne suffisent pour exprimer mes sentiments. Je t'aime plus que tout au monde mon trésor, et que Dieu, le tout puissant, puisse te protéger et t'accorder bonheur, santé et réussite.



A L'ÂME DE MES GRANDS PARENTS :

Vous étiez toujours avec moi, dans mon cœur et dans mon esprit

J'aurais tant aimé que vous soyez présents ce jour. Puisse DIEU tout puissant, avoir vos âmes dans sa sainte miséricorde.

A MA DOUCE TITA AMINA :

L'affection et l'amour que je te porte, sont sans limite. Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour toi. Puisse dieu te préserver et te procurer tout le bonheur et la prospérité.

A MA DEFUNTE OUMI :

Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai éprouvé et continue d'éprouver à ton égard. Tu étais une seconde maman pour moi et les souvenirs qui nous unissent resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

Tu es parti trop tôt mais l'image que tu as laissée de toi est impérissable. En espérant que tu me regardes de là haut, je te dédie ce travail et toute mon affection.

Que votre âme repose en paix.

A MES BEAUX PARENTS FAOUZI et BOUCHRA :

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 MES BEAUX FRÈRES : HOUSSAM EDDINE, SAAD et SALMA

Merci de m'avoir accueilli parmi vous comme une sœur. Je vous dédie ce travail en guise de ma profonde affection. Je vous aime.

A TOUTE LA FAMILLE :

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

*A MES AMIS ET AMIES ET A L'HONNEUR DE LA 15ème PROMOTION
DES INTERNES DE MARRAKECH et l'AMIMA:*

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis 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.

Que notre fraternité reste éternelle.

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

Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



A NOTRE CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
PR. HADDOU AMMAR

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu le privilège d'être un de vos élèves.

Nous avons toujours admiré la simplicité, la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect.

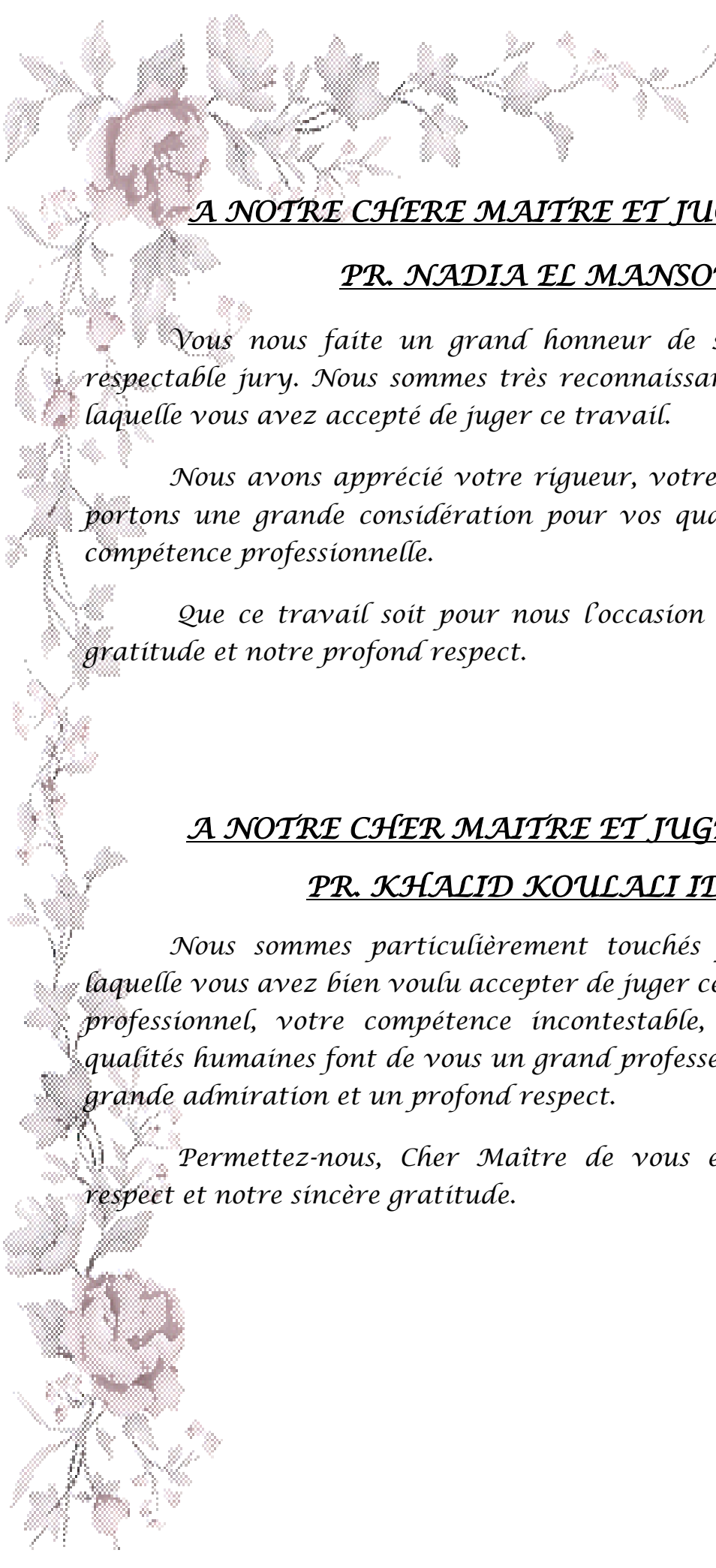
Veillez trouver dans ce travail, les marques de notre profonde gratitude et l'expression d'une infinie reconnaissance.

A NOTRE CHER MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE :
Pr. MOUHAMMED LAKOUICHI

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de nous offrir l'opportunité de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Professeur admiré par tous, et réputé pour votre rigueur, compétence, et vos qualités de pédagogue, nous avons été très impressionnés par votre grande disponibilité et votre simplicité. Vos remarques toujours précises, associées à votre sagesse ont été importantes pour nous.

J'ai pour vous cher maître, l'estime et l'admiration qu'imposent votre compétence, votre sérieux, votre dynamisme et votre gentillesse sans limite. Les mots nous manquent pour vous exprimer toute notre gratitude, veuillez toutefois accepter nos sincères remerciements et surtout notre indéfectible attachement.

En reconnaissance des efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail avec autant de simplicité que de sympathie, et en espérant être digne de votre confiance, veuillez trouver ici l'expression d'un très grand respect.



A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PR. NADIA EL MANSOURI

Vous nous faites un grand honneur de siéger au sein de notre respectable jury. Nous sommes très reconnaissants de la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Nous avons apprécié votre rigueur, votre gentillesse et nous vous portons une grande considération pour vos qualités humaines et votre compétence professionnelle.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

PR. KHALID KOULALI IDRISSE

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez-nous, Cher Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.



A NOTRE CHER MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PR. ANAS FAKHRI

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur.

Votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre gentillesse et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire. Permettez-nous, de vous adresser ici nos sincères remerciements.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations :

TDM	: Tomodensitométrie
OPT	: Orthopantomogramme
OMS	: Organisation mondiale de la santé
CMFS	: Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
HMA	: Hôpital militaire Avicenne
CBCT	: Cone beam computed tomography
Rx	: Radiographie
NFS	: Numération formule sanguine
GAJ	: Glycémie à jeun
ECG	: Electrocardiogramme



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Lieu et durée de l'étude	5
1. Lieu de l'étude	5
2. Durée d'étude	5
III. Population cible	5
1. Critères d'inclusion	5
2. Critères d'exclusion	6
IV. Méthodologie	6
1. Recueil des données	6
2. Recherche bibliographique	6
V. Analyse statistique	7
VI. Aspects éthiques	7
RESULTATS	8
I. Données épidémiologiques	9
1. Fréquence	9
2. Âge	9
3. Sexe	9
4. Niveau socioéconomique	10
II. Données cliniques	11
1. Mode de découverte	11
2. Antécédents	13
3. Mode de début et d'évolution	13
4. Délai de consultation	13
5. Sièges de l'atteinte	14
6. Signes fonctionnels	15
7. Signes cliniques	16
III. Données radiologiques	22
1. Radiographie standard	22
2. Cone beam computed tomography	25
3. TDM faciale	25
IV. Evolution	27
V. Données pré-thérapeutiques	28
VI. Données thérapeutiques	29
1. Anesthésie	29
2. Voie d'abord	29
3. Chirurgie	30
4. Radiothérapie	32
5. Traitement médical	33
6. Traitement orthodontique	33
VII. Données histologiques	34
VIII. Surveillance	37
1. Mortalité	37

2. Morbidité	37
IX. Pronostic	39
DISCUSSION	40
I. Caractères épidémiologiques	41
1. Fréquence	41
2. Âge	42
3. Sexe	42
II. Caractères cliniques	43
1. Délai de consultation	43
2. Examen clinique	43
III. Caractères paracliniques	47
1. Imagerie	47
2. Diagnostic histologique	56
IV. Classification des tumeurs bénignes du maxillaire	57
1. Tumeurs bénignes odontogènes	60
2. Tumeurs bénignes non odontogènes	63
V. Evolution	68
VI. Traitement	69
1. Buts	69
2. Principes	69
3. Moyens thérapeutiques	70
4. Indications	74
VII. Surveillance après traitement	78
VIII. Pronostic	80
IX. Prévention	81
1. Prévention primaire	81
2. Prévention secondaire	81
3. Prévention tertiaire	81
X. Recommandations	82
CONCLUSION	83
RESUMES	85
ANNEXES	89
BIBLIOGRAPHIE	104



INTRODUCTION



Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les tumeurs bénignes du maxillaire est l'ensemble des lésions bénignes qui siègent ou naissent au niveau du maxillaire. Elles regroupent des entités histologiques diverses et variées. Ce groupe lésionnel est manifestement hétérogène et la dernière classification de l'OMS 2005 réunit toujours des néoplasies vraies, certaines à potentiel agressif et des malformations à expression tumorales (1).

Généralement, ces tumeurs sont au dépend des éléments du système dentaire et sont appelées tumeurs odontogènes. Plus rarement, ce sont des tumeurs osseuses à proprement parler, dites alors tumeurs non odontogènes.

La prise en charge chirurgicale de ces tumeurs représente un véritable défi pour le chirurgien maxillo-facial, qui se voudra le plus conservateur possible, sera adapté à l'agressivité de la lésion et à sa capacité à récidiver.

Le diagnostic anatomopathologique a toujours été considéré comme difficile. Les classifications sont complexes, basées sur une histogénèse encore mal comprise, car la rareté de ces lésions ne permet pas l'étude de grandes séries (1).

Ces tumeurs posent de véritable problème à cause de :

- ✓ L'observation de série de petite taille.
- ✓ Le retard à la consultation vu la latence clinique.
- ✓ Le volume important de la tuméfaction entraînant des séquelles fonctionnelles et esthétiques.
- ✓ La difficulté de poser le diagnostic anatomopathologique.

Il serait alors judicieux d'harmoniser et codifier la prise en charge des tumeurs bénignes du maxillaire afin de renforcer l'efficacité de leur prise en charge.

Le traitement constitue un challenge pour le chirurgien : il doit traiter le patient avec un risque faible de récurrence tout en lui assurant un résultat esthétique et fonctionnel optimal (2).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Notre travail est du genre descriptif à travers le recueil des cas diagnostiqués avec preuve anatomopathologiques et opérés dans le service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech durant la période entre janvier 2009 à mai 2016.

Les objectifs de notre travail à travers cette série sont :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques.
- Décrire les caractéristiques anatomo-pathologiques des tumeurs bénignes du maxillaire.
- Décrire les aspects thérapeutiques.
- Rapporter l'expérience de notre service et la comparer à celle de la littérature.
- Proposer des recommandations quant à leur prise en charge.

Le pronostic des tumeurs bénignes du maxillaire est très variable. Il dépend du type histologique, de l'extension locorégionale de la lésion au moment du diagnostic et de l'attitude thérapeutique initiale.



PATIENTS ET MÉTHODES



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, qui a porté sur une série de 24 patients pris en charge pour tumeurs bénignes du maxillaire.

II. Lieu et durée de l'étude

1. Lieu de l'étude :

Notre étude a été réalisée au niveau de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, au niveau du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.

2. Durée d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 7 ans et demi, de janvier 2009 à mai 2016.

III. Population cible :

Les patients ont été sélectionnés à partir d'un échantillon de 24 cas colligés au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech pour tumeurs bénignes du maxillaire.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude :

Patients, hommes et femmes de tout âge, vus et opérés pour tumeurs bénignes du maxillaire.

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette étude :

- ❖ Les patients opérés pour une tumeur maligne du maxillaire.
- ❖ Les cas dont l'examen anatomopathologique était non concluant.
- ❖ Les malades qui n'avaient pas été opérés dans le service durant la période d'étude.
- ❖ Les patients dont les dossiers cliniques étaient inexploitable.

IV. Méthodologie :

1. Recueil des données :

Il a été fait à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie (Voir annexe 1).

Les fiches d'exploitation ont été remplies en faisant recours aux dossiers des malades, ce qui nous a permis d'obtenir les résultats présentés dans le chapitre suivant. Cette étude a consisté en l'analyse rétrospective des données des dossiers cliniques permettant de déterminer :

1.1 Les données cliniques

1.2 Les données paracliniques

1.3 Les modalités thérapeutiques

1.4 Les résultats anatomopathologiques

1.5 L'évolution et les complications.

2. Recherche bibliographique :

Elle a été effectuée sur les articles traitant les tumeurs bénignes du maxillaire, sur la bibliothèque de MEDLINE, HINARI, Pub Med, Science Direct, Clinical Key.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

En utilisant les mots clés suivants :

Maxillaire / Tumeurs bénignes / Kystes / Odontogène / Non odontogène / Traitement des kystes pseudotumeurs et tumeurs bénignes /ameloblastoma/ odontogenic tumours.

V. Analyse statistique :

Les données ont été saisies et analysées sur un tableau Excel.

Variables simples : Moyenne et pourcentage.

VI. Aspects éthiques

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.



RESULTATS



Les tumeurs bénignes du maxillaire.

I. Données épidémiologiques :

1. Fréquence :

La fréquence des tumeurs bénignes du maxillaire est estimée à environ 3 cas/an dans notre étude.

2. Âge :

L'âge moyen de nos patients est de 30 ans avec des extrêmes allant de 10 à 55 ans.

La figure n°1 illustre la répartition des patients selon l'âge.

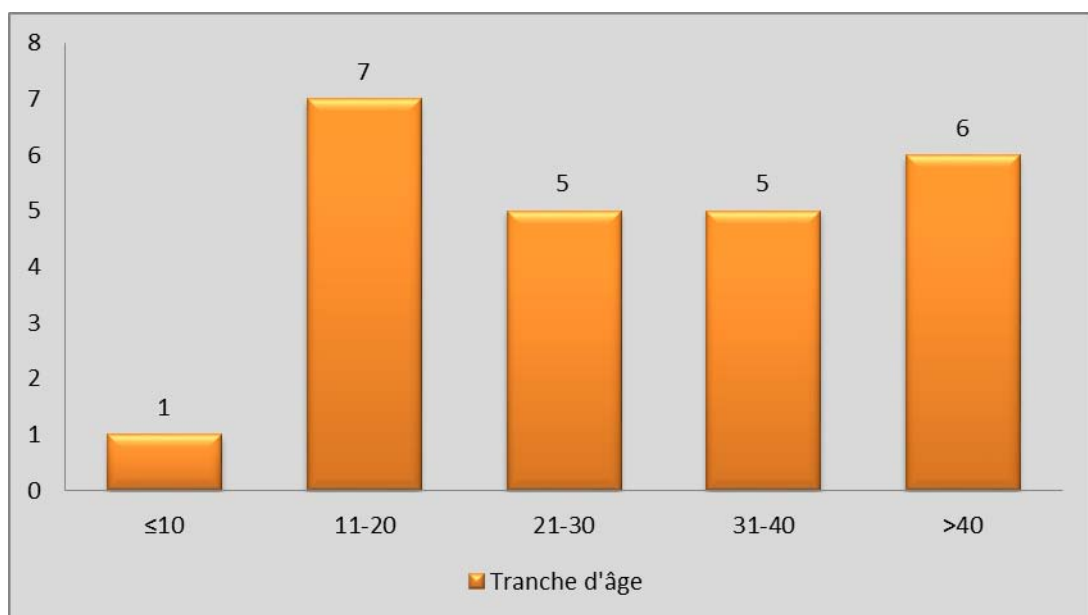


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

3. Sexe :

On note une répartition égale entre les 2 sexes (Figure2).

Le sex-ratio est de 1, avec 12 femmes (50% des cas) et 12 hommes (50% des cas).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

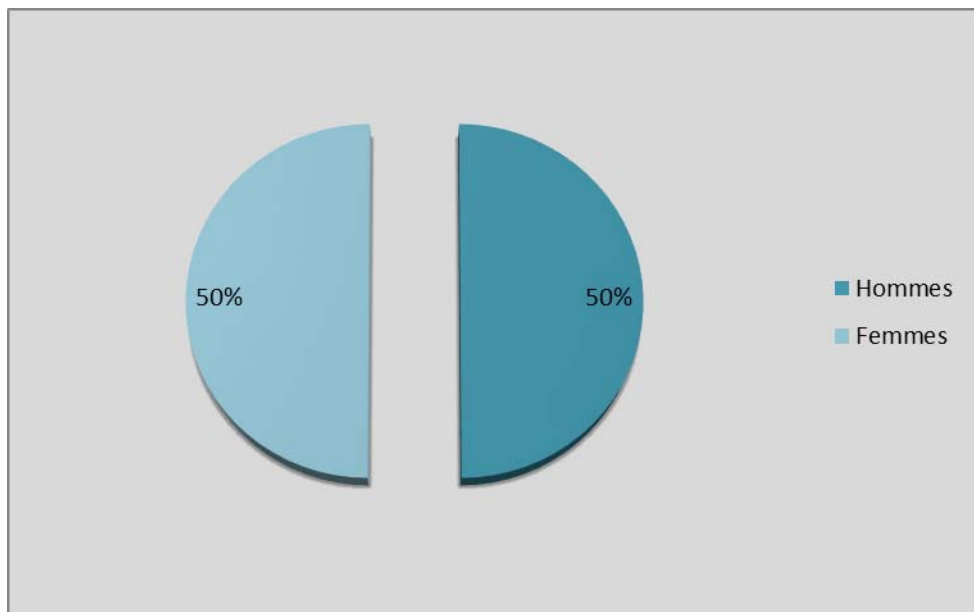


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe.

4. Niveau socioéconomique :

Les patients dans notre étude étaient essentiellement d'un niveau socio-économique moyen (Figure 3).

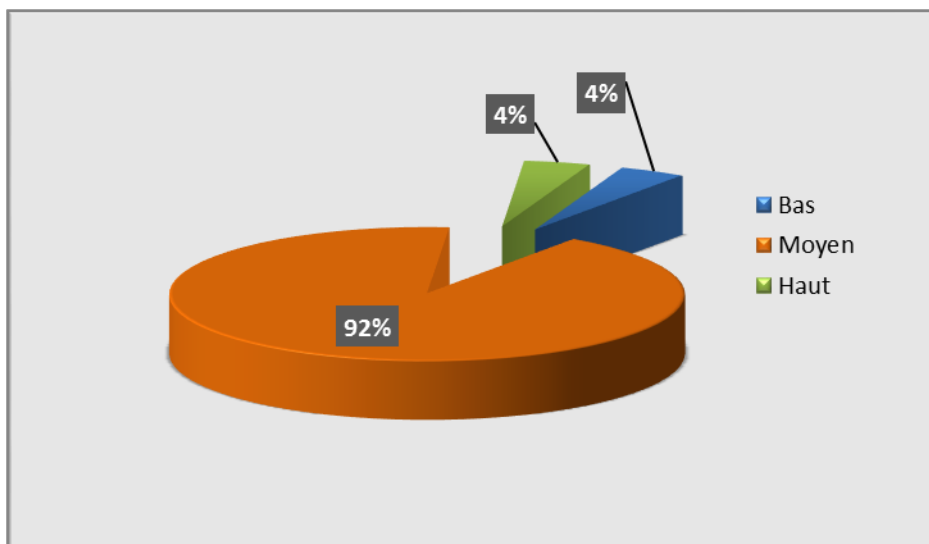


Figure 3 : Répartition des patients selon leur niveau socio-économique.

II. Données cliniques :

1. Mode de découverte

Le mode de révélation était essentiellement représenté par la tuméfaction vestibulaire et l'asymétrie faciale (100% des cas) isolées ou associées de façon variable aux signes suivants :

- ❖ Une exophtalmie dans 4.2% des cas (soit 1 patient),
- ❖ Une tuméfaction labio-palatine dans 4.2% des cas (soit 1 patient),
- ❖ Un abcès avec fièvre prolongée dans 4.2% des cas (soit 1 patient),
- ❖ Un écoulement nasal purulent avec fistule vestibulaire dans 8.2% des cas (soit 2 patients),
- ❖ Un écoulement nasal purulent et douleur sinusienne chronique dans 4.2% des cas (soit 1 patient)

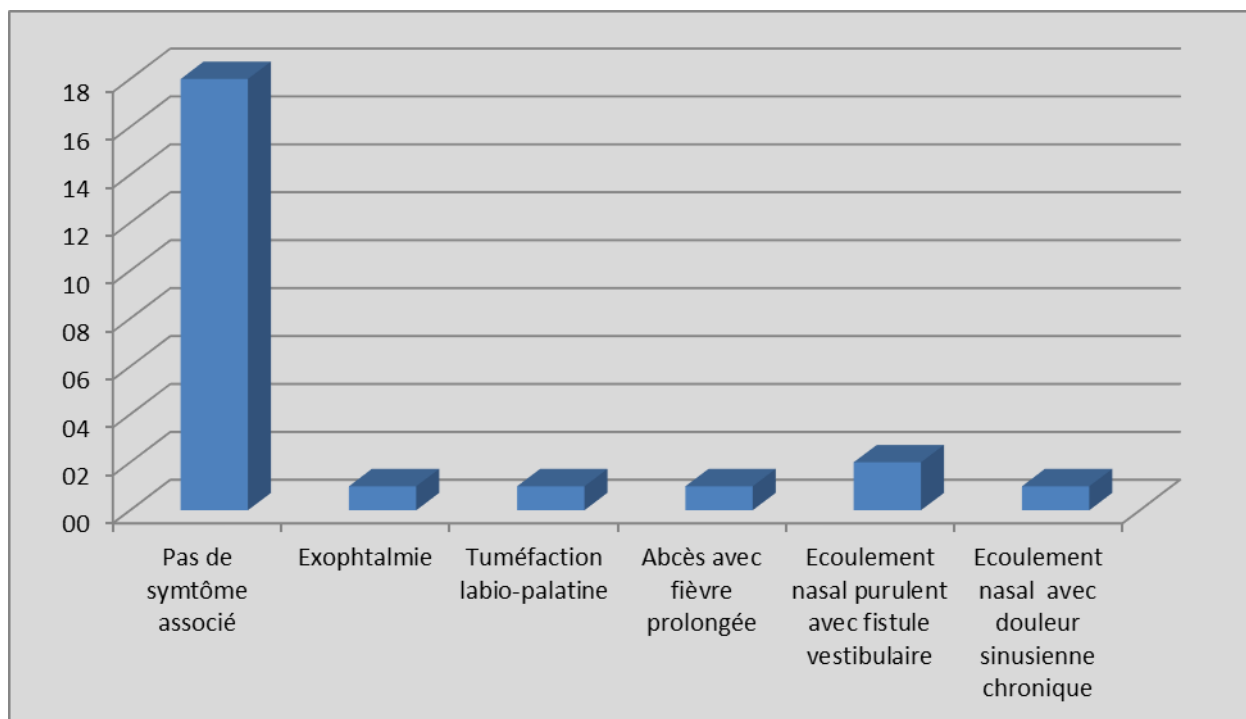


Figure 4 : Répartition des patients selon le symptôme révélateur associé à la tuméfaction vestibulaire et l'asymétrie faciale.



Figure 5 : Photographie d'une patiente : Asymétrie faciale (3).



Figure 6 : Photographie d'une patiente : Tuméfaction vestibulaire gauche (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

2. Antécédents :

Les antécédents des patients n'avaient pas de particularité (Tableau I).

Tableau I : Antécédents cliniques.

Antécédents	Patients
Médicaux	<ul style="list-style-type: none">- 1 Patient diabétique de type II.- 1 Patient suivi pour rhinite allergique.- 1 Patient asthmatique.- Pas d'antécédents de radiothérapie cervico-faciale.
Chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none">- Pas d'antécédents chirurgicaux.
Toxiques	<ul style="list-style-type: none">- 1 Patient tabagique
Familiaux	<ul style="list-style-type: none">- Pas de cas familiaux

3. Mode de début et d'évolution :

Le mode de début et d'évolution était lent chez tous les patients de notre étude.

4. Délai de consultation :

Le délai entre le début des symptômes et la consultation varie entre 2 mois et 3 ans, il est en moyenne de 8 mois (Figure 7).

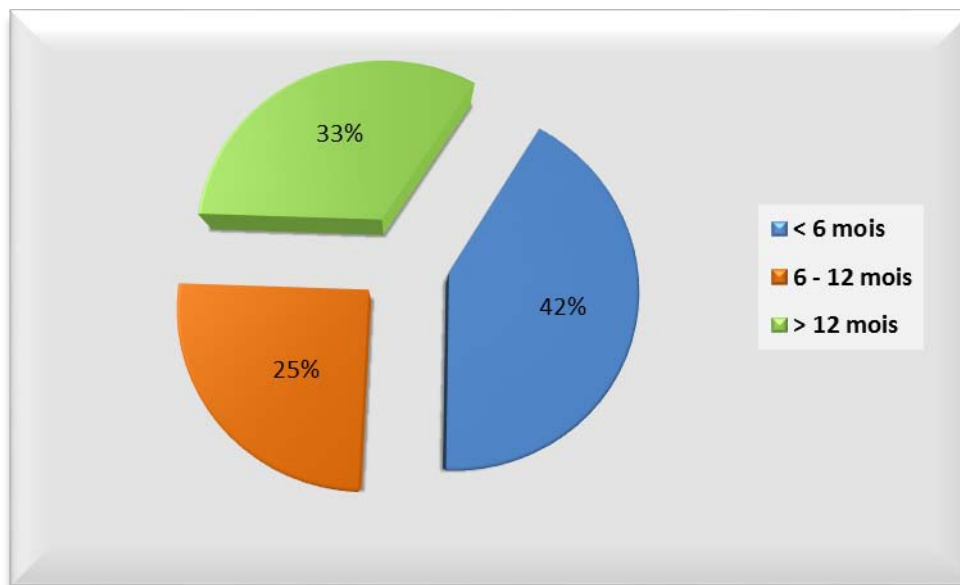


Figure 7 : Répartition des patients selon le délai de consultation.

5. Siège de l'atteinte :

L'atteinte était unilatérale chez tous les patients de l'étude et plus fréquemment du côté gauche dans 83.3 %(soit 20 cas) (Figure 8).

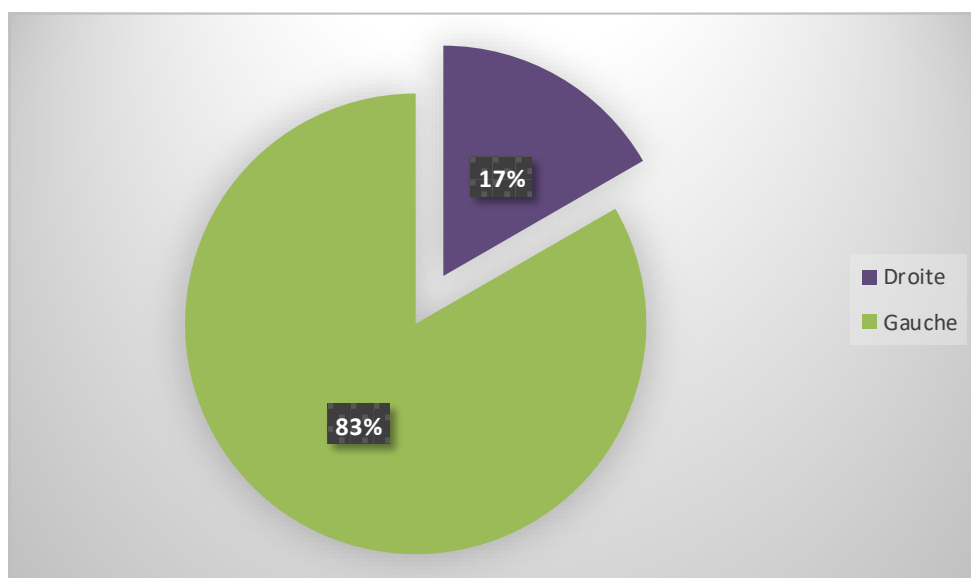


Figure 8 : Répartition des patients selon le siège de l'atteinte.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

6. Signes fonctionnels :

La tuméfaction vestibulaire et l'asymétrie faciale (Figure 9), constitue les principaux signes d'appel chez tous nos malades puisqu'elle est relevée dans tous les cas (100%). Elle est douloureuse dans 16.67% des cas et s'accompagne à d'autres signes, notamment dentaires dans 33.34%.



Figure 9 : Photographie d'une patiente : Asymétrie faciale et tuméfaction maxillaire gauche (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les manifestations cliniques révélatrices sont résumées dans le tableau suivant (Tableau II).

Tableau II : Manifestations cliniques révélatrices.

Signes fonctionnels	Nombre de cas	Pourcentage
- Tuméfaction vestibulaire et asymétrie faciale	24	100%
- Douleur	4	16,67%
- Signes dentaires :	8	33,34%
• Mobilité dentaire	2	8,33%
• Déplacement dentaire	2	8,33%
• Chute dentaire	0	0%
• Dent ectopique ou incluse	4	16.67%
- Fistule + écoulement du pus	2	8,33%

7. Signes cliniques :

7.1 Examen facial :

La symptomatologie clinique est dominée par la tuméfaction osseuse. Sa taille varie de 1 cm à 5.5 cm (Figure 10). Elle est dure (21%) ou ferme (79%) (Figure 11), recouverte d'une muqueuse congestive en regard dans 20 cas (83.33%) (Figure 12), et douloureuse chez 4 patients. Les limites de la tuméfaction étaient régulières chez la majorité des patients (96%). Les signes dentaires, représentés par une perte de dentition, un trouble de dentition et un déplacement dentaires, sont notés dans 33.34%.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

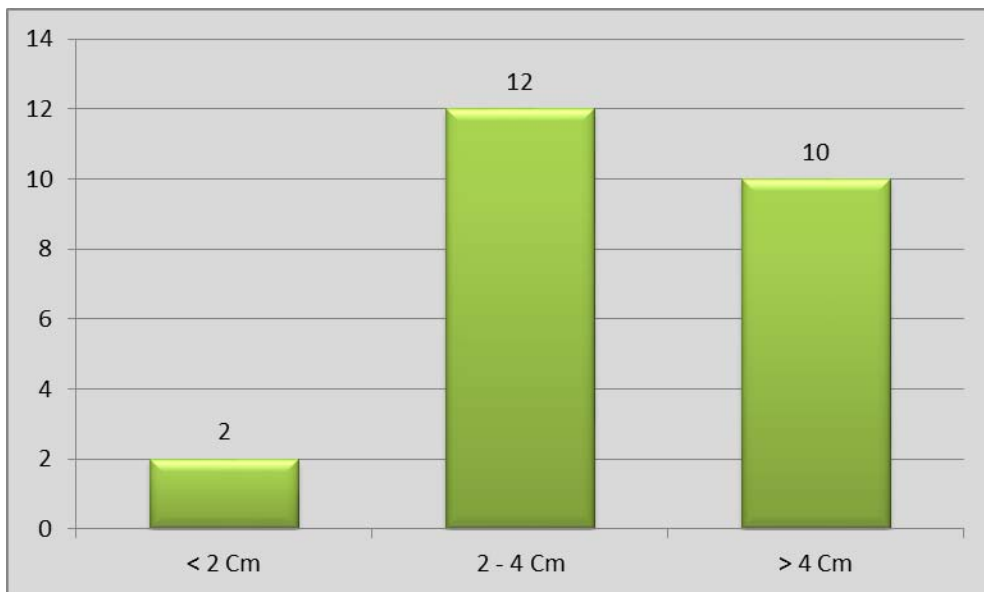


Figure 10 : Répartition des patients selon la taille de la tuméfaction en tranches dans notre série.

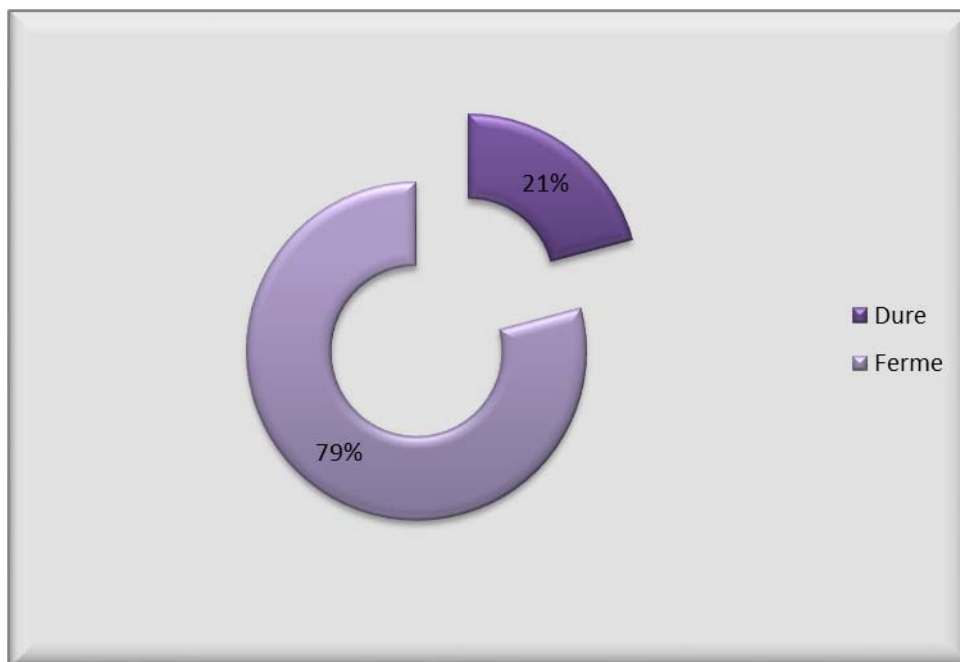


Figure 11 : Répartition des cas selon la consistance de la tuméfaction.



Figure 12 : Photographie d'une patiente : Muqueuse vestibulaire congestive (3)

7.2 Examen endobuccal :

L'examen systématique de la cavité buccale a permis de récolter les résultats suivants, illustrés dans le graphique suivant :

- La muqueuse vestibulaire était généralement congestive chez 20 patients (Figure 13).
- La tuméfaction vestibulaire était notée chez tous les patients.
- Les signes dentaires à type de mobilité et déplacement dentaire étaient vus chez 16% des cas (Figure 14).
- L'état bucco-dentaire était bon chez la moitié des cas tandis que le reste de cas était mauvais chez 20% des cas (Figure 15,16).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

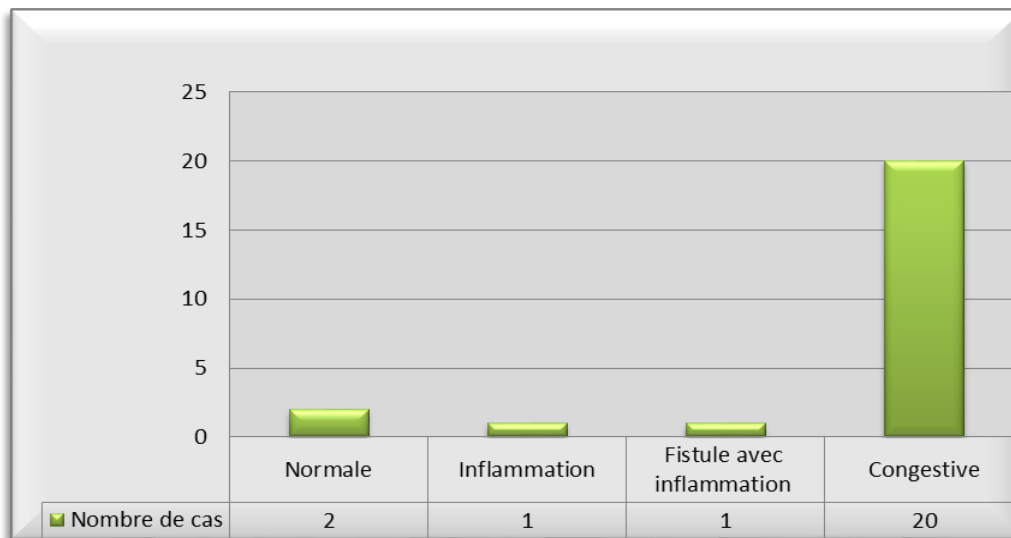


Figure 13 : Répartition des patients selon l'état de la muqueuse buccale.

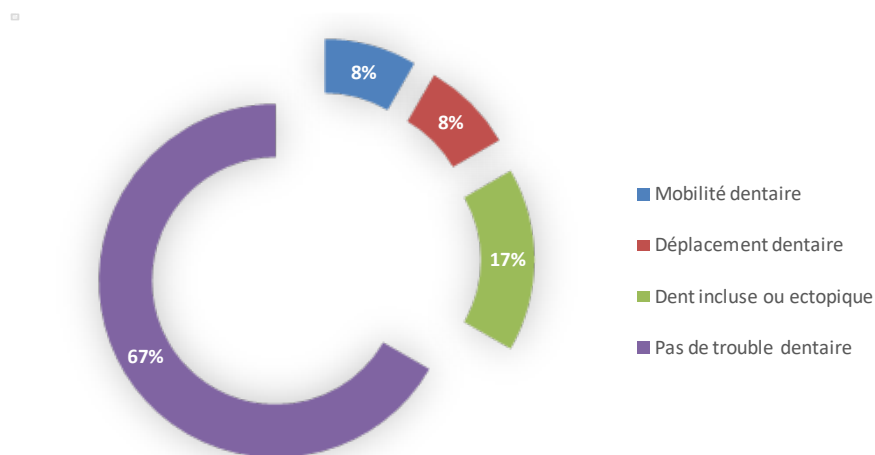


Figure 14 : Répartition des patients selon les signes dentaires associés.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

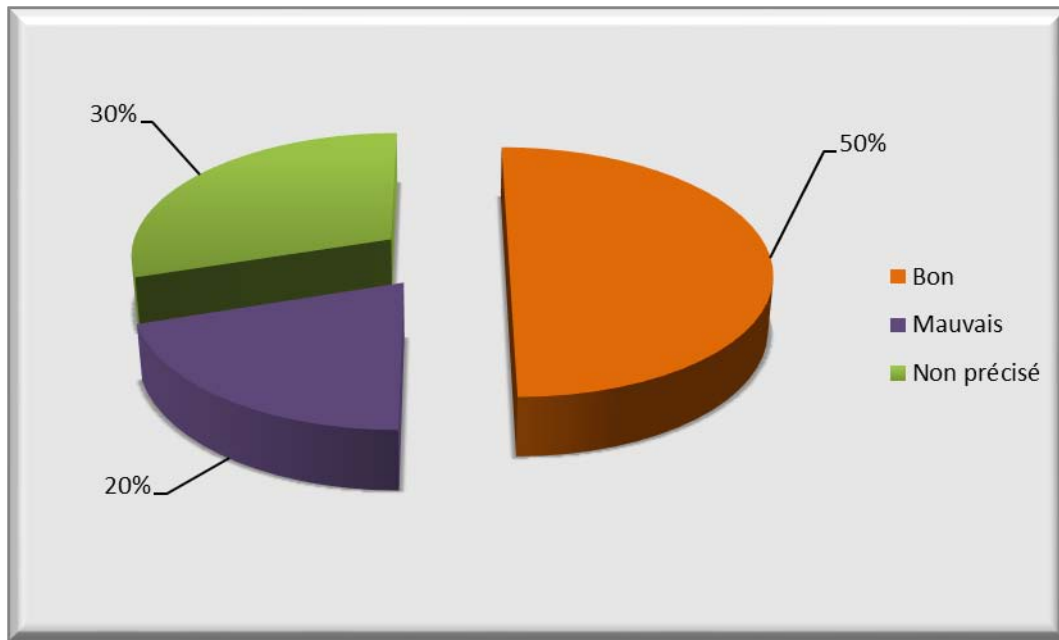


Figure 15 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire.



Figure 16 : Photographie d'une patiente montrant le mauvais état bucco-dentaire ainsi que la tuméfaction vestibulaire à droite (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

7.3 Examen ORL :

Un examen ORL complet a été effectué ,il a montré une obstruction nasale par la masse tumorale , du sinus éthmoïdal et une déviation de la cloison nasalechez un cas ainsi qu'une muqueuse nasale inflammatoire avec présence de pus chez 2 patients .

7.4 Examen des aires ganglionnaires :

L'examen des aires ganglionnaires n'a mis en évidence aucune adénopathie cervicale.

7.5 Examen ophtalmologique :

Cet examen a été réalisé chez deux patients. L'un présentait une dent incluse introrbitaire et le second une dent ectopique au niveau du plancher de l'orbite. Il a objectivé :

- Une exophtalmie chez 1 patient, soit 4.16% des cas.
- Pas de baisse de l'acuité visuelle.
- Pas d'amputation du champ visuel.
- Pas d'atteinte de l'oculomotricité.

7.6 Examen général :

L'état général était conservé chez tous les patients de notre série.

III. Données radiologiques :

Les examens paracliniques sont essentiellement des examens radiologiques.

- Un orthopantomogramme a été réalisé chez tous les patients dans notre série
- Seulement 4 malades ont bénéficié d'une incidence Blondeau
- 3 malades ont réalisé un cone Beam computed tomography
- Par contre presque la moitié de nos malades (45,83%) ont bénéficié d'une tomодensitométrie faciale.

1. Radiographie standard :

a) Radio panoramique dentaire :

L'orthopantomogramme ou radiographie panoramique dentaire a été réalisée chez tous les patients. Nous avons retrouvé une image radioclaire chez 20 patients, lytique à contours réguliers et nets (Figure 17).

Chez 18 patients, l'aspect radiologique était uniloculaire soit 75% des cas et 8.33% était multiloculaire.

On a noté la présence de dent ectopique chez 4 patients (Figure 18).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.



Figure 17 : Orthopantomogramme standard : Image radioclaire arrondie, à contours réguliers, siégeant dans l'hémi maxillaire gauche, s'étend en haut jusqu'au plancher de l'orbite gauche, en bas jusqu'à la partie moyenne des racines 24, 25, 26,28 (3).



Figure 18 : Radiographie standard : Image kystique au niveau du maxillaire supérieure gauche contenant une dent à l'intérieur (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

b) Incidence Blondeau :

Cet examen radiologique a été réalisé chez 3 patients présentant une dent ectopique au niveau du plancher de l'orbite et un patient présentant une discrète déviation du septum nasale (Figure 19).



Figure 19 : Incidence Blondeau : Formation kystique maxillaire supérieure, entourant les racines des dents 21 et 22, en rapport vraisemblablement avec un kyste péri-apical associée à une discrète déviation du septum nasale (3).

2. Cone beam computed tomography :

3 de nos patients ont bénéficié d'un CBCT (Figure 20)



Figure 20 : CBCT : Formation kystique maxillaire supérieure avec déplacement des dents en rapport 24 et 25 (3).

3. Tomodensitométrie faciale :

Le scanner facial avec et sans injection de produit de contraste a été réalisé chez 11 patients.

L'aspect radiologique retrouvé est celui d'une image ostéolytique (84%) à contours nets et réguliers (Figure 21,22) avec parfois soufflure, voire rupture de la corticale dans 3 cas (16%). Parfois il s'agit d'une image radio-opaque (3 cas). Le sinus maxillaire est le siège d'une opacité partielle ou totale dans 5 cas (26%). Il est intact dans le reste des cas.

Le résultat de la TDM rejoint celui de la radiographie standard avec plus de précision sur l'extension de la lésion vers l'orbite, dont le plancher peut être refoulé vers le haut, et vers le sinus maxillaire dont les parois, en particulier inférieure peuvent être refoulées, et parfois détruites après une longue évolution de la tumeur. Il a objectivé également une dent ectopique chez 4 patients.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.



Figure 21 : Blondeau scanner en coupe axiale sans injection de produit de contraste montrant un volumineux processus tissulaire soufflant et ostéolytique de l'arcade alvéolaire du maxillaire gauche, bourgeonnant dans la cavité buccale en faveur avec une dysplasie fibreuse



polyostosique (3).

Figure 22 : Scanner facial en coupe coronale sans injection de produit de contraste visualisant une image d'allure kystique qui s'étend au niveau de la région de la fosse canine (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Le dentascan a été demandé chez 2 patients afin de déterminer le rapport exact de la tumeur avec les racines dentaires (Figure 23).

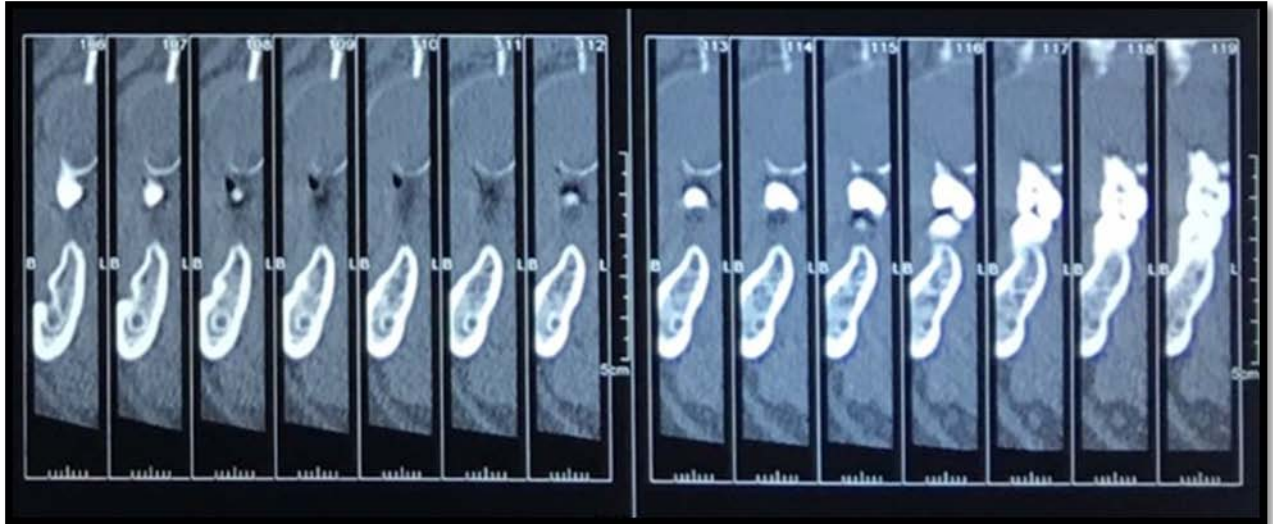


Figure 23 : Dentascan du massif facial sans injection de produit de contraste révélant une image kystique bien limité responsable d'une lyse osseuse de la paroi postérieure et latérale du sinus avec déplacement la 24 et la 25 qui sont écartées (3).

IV. Evolution :

L'évolution spontanée aboutit à la progression tumorale avec envahissement progressive des structures adjacentes pouvant entraîner des lésions tumorales géantes impressionnantes et des séquelles fonctionnelles et esthétiques difficiles à gérer.

Dans notre étude un cas d'améloblastome négligé était inopérable vu sa taille et son envahissement locorégional très avancé.

V. Données pré-thérapeutiques :

Un bilan préopératoire a été demandé afin d'apprécier l'opérabilité du malade.

Il comporte un bilan biologique standard (Numération formule sanguine, bilan d'hémostase, fonction rénale, une glycémie à jeun chez les patients âgés et diabétique), ainsi qu'un bilan radiologique fait de radiographie de thorax et un électrocardiogramme chez les patients âgés.

On évalue également l'état cardiorespiratoire, l'état nutritionnel et l'état général du patient.

A noter que 6 patients ont reçu un traitement antibiotique et un bain de bouche avant l'intervention car ils présentaient une alvéolite, une parodontite, une sinusite et une fistule.

Les patients qui présentaient des lésions en rapport avec des dents ont bénéficié d'un traitement endocanalair 48 heures avant l'acte opératoire.

VI. Données thérapeutiques :

1. Anesthésie :

La chirurgie a été réalisée sous anesthésie général chez tous nos patients.

2. Voie d'abord :

La voie d'abord chirurgicale était vestibulaire chez 100% des cas (Figure 24).



Figure24 : Photographie d'une patiente : Voie d'abord vestibulaire gauche, exérèse chirurgicale d'une tumeur odontogène adénomatoïde (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

3. Chirurgie :

Tous les malades de notre série ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Le traitement a consisté en (Figure 25, 26,27) :

Chirurgie conservatrice :

- Une simple énucléation dans 15 cas (Figure 25).
- Une énucléation tumorale associée à une électrocoagulation sélective, rinçage à l'acide acétique et l'eau oxygénée dans 4 cas.

Chirurgie radicale :

- Une exérèse large dans les 2 cas d'améloblastome.
- Une exérèse subtotale associée à un curetage du reste de la tumeur jusqu'à l'os sain dans 2 cas de kyste radulaire dans un cas de granulome réparateur à cellules géantes ayant entraîné un vaste délabrement osseux.

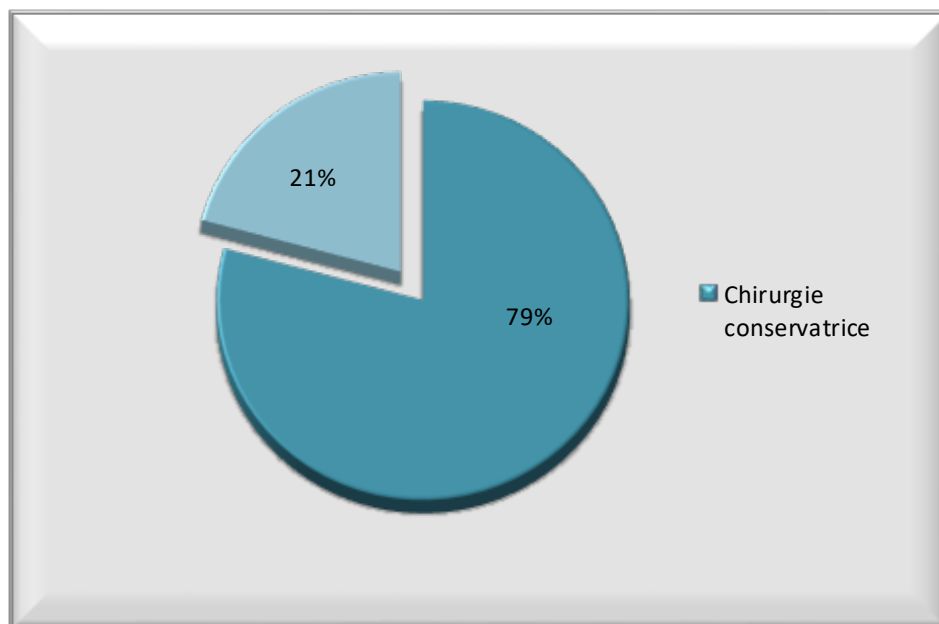


Figure 25 : Répartition des patients selon le traitement reçu dans notre série.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

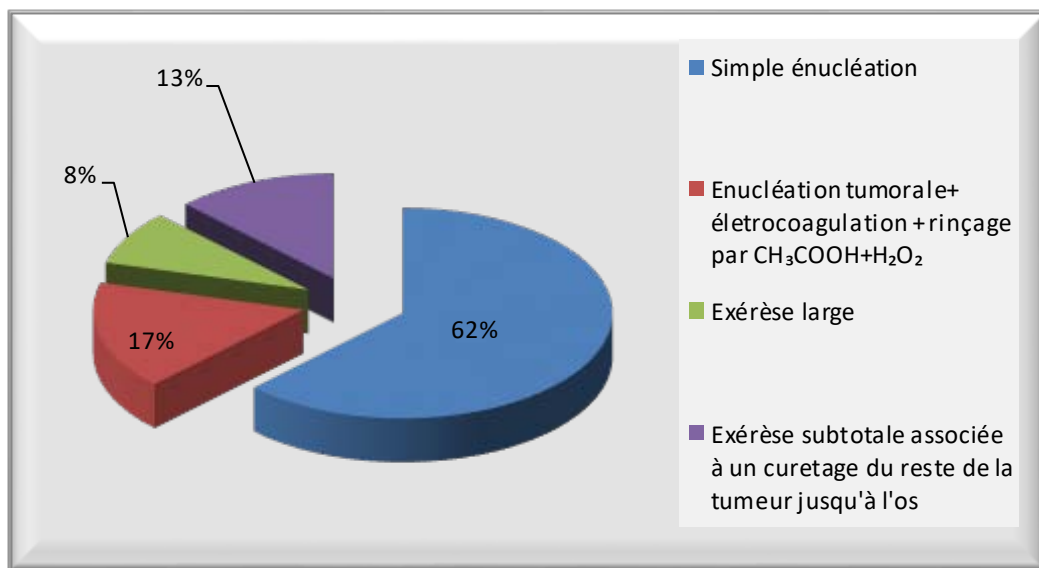


Figure 26 : Répartition des patients selon le type d'intervention chirurgicale dans notre série.



Figure 27 : Photographie d'une patiente : Voie d'abord vestibulaire droite, énucléation d'une tumeur kystique (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les dents en rapport avec la lésion ont bénéficiés d'un traitement endocanalaire 48 heures avant l'acte opératoire, suivie d'une résection apicale en per opératoire dans la majorité des cas.

L'extraction n'a été faite qu'en cas mobilité dentaire associée à un mauvais état bucco-dentaire (Figure 28).



Figure 28 : Photographie d'une patiente : Enucléation de la tumeur avec extraction de la dent en rapport avec la lésion d'une tumeur odontogène adénomatoïde (3).

4. Radiothérapie :

A noter qu'un de nos patients avait un volumineux processus tumoral avec envahissement local des tissus mous a présenté une hémorragie non contrôlable lors de la résection ce qui rendu l'acte opératoire techniquement difficile voire impossible. Ce malade a été candidat à une radiothérapie adjuvante.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

5. Traitement médical :

Un traitement à base d'antibiotique, d'antalgique, de corticoïde et de antiseptique a été prescrit en post-opératoires chez tous nos malades.

6. Traitement orthodontique :

Les patients ayant subi une édentation ont bénéficié d'une mise en place d'une prothèse dentaire du fait de la malposition des dents, afin d'éviter un trouble de l'occlusion dentaire.

VII. Données histologiques :

Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une biopsie préopératoire ni d'un examen extemporané.

Le matériel réséqué a été conservé dans du formol et a été adressé pour étude anatomopathologique.

Le diagnostic histologique a été toujours posé sur l'étude de la pièce opératoire.

L'origine odontogène des tumeurs était de loin la plus fréquente avec un pourcentage de 83% (Figure 29).

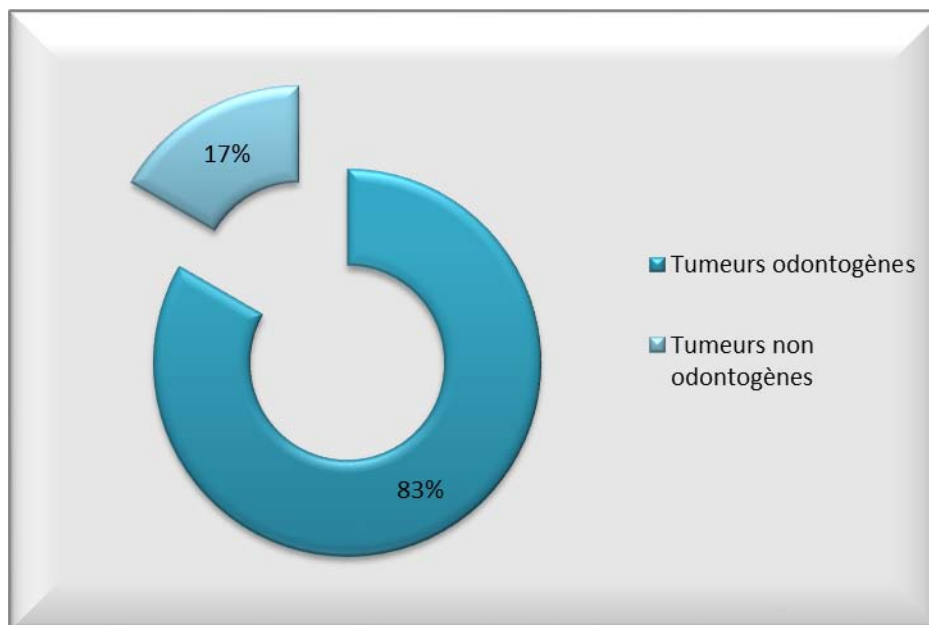


Figure 29 : Répartition des tumeurs bénignes selon l'origine odontogénique.

La répartition des tumeurs bénignes du maxillaire se fait de la façon suivante :

Les kystes radiculaires et dentigères, étaient les plus fréquents à nombre égal (29%) (Figure 30,31) (Tableau III).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

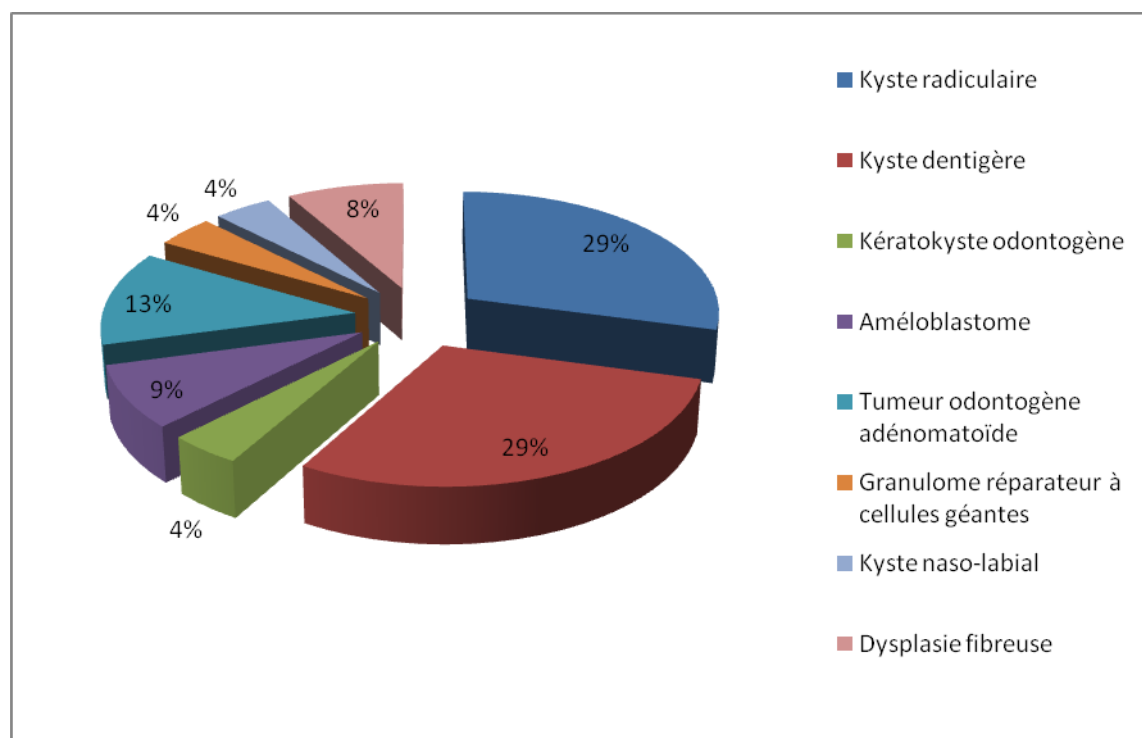


Figure 30 : Répartition des tumeurs bénignes selon le pourcentage de chaque type histologique dans notre série.

Tableau III : Répartition des tumeurs bénignes selon le type histologique.

	Type histologique	Nombre des cas	%
Tumeurs odontogènes	Kyste radiculaire	07	29%
	Kyste dentigère	07	29%
	Kératokyste odontogène	01	4%
	Améloblastome (Figure 31)	02	8%
	Tumeur odontogène adénomatoïde	03	13%
Tumeurs non odontogènes	Granulome réparateur à cellules géantes	01	4%
	Kyste naso-labial (Figure 32)	01	4%
	Dysplasie fibreuse	02	8%
TOTAL		24	100%

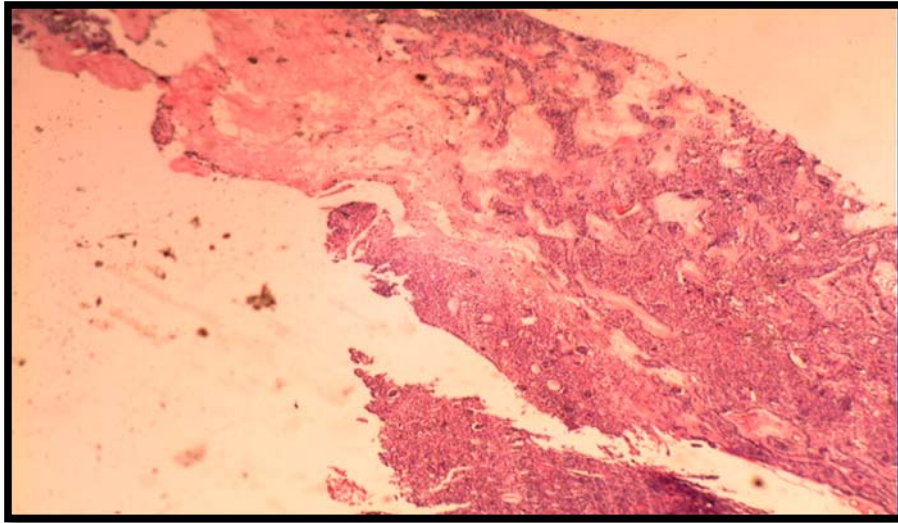


Figure 31 : Coupe histologique au fort grossissement, coloration HE qui montre un follicule améloblastique tapissé par un épithélium cylindrique palissadique en périphérie et étoilé au centre, entouré par une condensation fibro-hyaline (3).

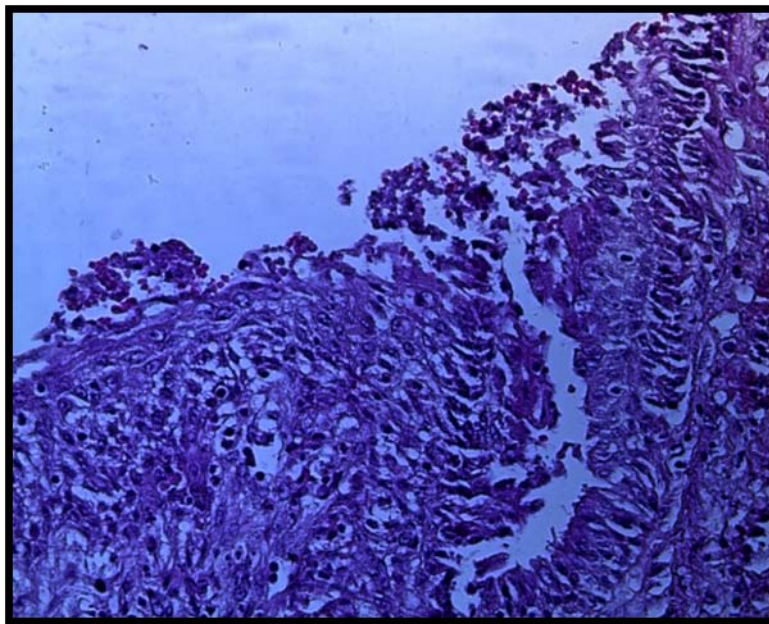


Figure 32 : Coupe histologique au fort grossissement, coloration HE qui montre une paroi kystique bordée par un revêtement pluristratifié ou pseudo stratifié, cubique à cylindrique, parfois bi stratifié avec une couche basale cubique et luminale cylindrique avec des cellules mucineuses en gobelet éparpillées en faveur d'un kyste naso-labial (3).

VIII. Surveillance :

Représente un volet capital de la prise en charge des tumeurs bénignes du maxillaire. Cette surveillance doit être régulière depuis l'acte chirurgical afin de guetter les complications à court, moyen et long terme.

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

1) Mortalité :

Aucun décès n'a été observé dans notre série.

2) Morbidité :

a) Les suites immédiates :

Les suites opératoires immédiates étaient bonnes pour tous les malades.

b) Les suites secondaires :

Un traitement à base d'antibiotique, d'antalgique, de corticoïde et de antiseptique a été prescrit en post-opératoires chez tous nos malades.

➤ Durée du suivi :

15 malades ont été suivis régulièrement à la consultation sur un recul moyen de 15 mois et avec une bonne évolution.

2 malades ont été perdus de vue depuis l'intervention, 2 ont été suivis entre 3 mois et 6 mois, puis perdus de vue.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

➤ **Complications :**

Dans un cas de kératokyste du maxillaire le patient a présenté une douleur résiduelle post opératoire qui s'est améliorée nettement après un traitement antalgique bien conduit et vitaminothérapie. La récupération a été observée après 4 semaines de traitement.

Dans le cas de kyste radiculaire et d'un volumineux améloblastome étendue aux parties molles, l'évolution a été marquée par la surinfection de la voie d'abord vu le mauvais état buccodentaire et le manque d'hygiène. Le contrôle après l'instauration d'un traitement antibiotique et des mesures d'hygiène a été satisfaisant.

c) **Les suites lointaines :**

➤ **Séquelles :**

Une édentation partielle a été notée chez deux cas ayant nécessité une réhabilitation dentaire secondaire.

Un trouble de l'articulé dentaire a été observé chez 2 patients.

➤ **Récidive :**

2 patients ont présenté une récurrence tumorale. Il s'agit d'un volumineux kératokyste odontogène et d'un améloblastome avec envahissement loco régional chez qui l'exérèse était incomplète.

➤ **Transformation maligne :**

Aucun cas de transformation maligne n'a été détecté dans notre série.

IX. Pronostic :

Le pronostic des tumeurs bénignes du maxillaire est très variable. Il dépend du type histologique, de l'extension locorégionale de la lésion au moment du diagnostic et de l'attitude thérapeutique initiale.



DISCUSSION



Les tumeurs bénignes du maxillaire.

I. Caractères épidémiologiques :

1. Fréquence :

Les tumeurs du maxillaire sont assez rares (3 cas/ an). Ceci est conforme aux données de la littérature (tableau IV) :

Tableau IV : Fréquence des tumeurs bénignes du maxillaire dans notre série en comparaison avec celle rapportée dans la littérature.

Série	Nombre de tumeurs par rapport au nombre d'année	Fréquence par an	Localisation	Nombre de tumeurs odontogènes	Nombre de tumeurs non odontogènes
JANAH (4)	50/5	10	Maxillaires	33	17
ALKHATEEB (5)	25/10	2 à 3	Maxillaire	16	9
AREGBESOLA (6)	23/11	2	Maxillaire	6	17
DODGE(7)	40/15	2 à 3	Maxillaires	26	14
DEHNER(8)	45/24	2	Maxillaires	-	24
KOVI (9)	30/4	7	Maxillaires	22	8
ELARBI (10)	37/17	2	Maxillaire	17	20
Notre série	24/7.5	3	Maxillaire	20	4

On note que la fréquence des tumeurs bénignes du maxillaire est en moyenne de 2 à 3/an dans toutes les séries, sauf dans la série de JANAH (4) et KOVI (9), mais celles-ci incluent également les tumeurs mandibulaires.

Dans notre série, les tumeurs odontogènes sont les plus fréquentes, elles représentent les quatre cinquième des cas. Cette constatation est faite également par JANAH (4) dans une série de 50 cas où il rapporte 33 tumeurs odontogènes (66%) contre 17 cas de tumeurs non odontogènes (34%). Dodge (7) en rapporte 26 cas (65%) contre 14 cas dans une série de 40 cas. Alkhateeb (5) en rapporte 16 cas (64%) contre 9 cas dans une série de 25 cas.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

2. Âge :

Dans notre étude l'âge de survenue des tumeurs bénignes du maxillaire varie entre 10 et 55 ans avec une moyenne de 30 ans. 75 % des cas ont moins de 40 ans.

Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées avec une prédominance de l'âge jeune (11).

Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature. JANAHA (4) note un âge moyen de 29 ans avec des extrêmes de 4 à 68 ans. Dans la série de Dodge (7), l'âge varie entre 15 et 64 ans avec 80% des cas ont moins de 40 ans.

Dans notre série, les tumeurs odontogènes surviennent à un âge plus jeune que les tumeurs non odontogènes, l'âge moyen est respectivement 22 ans et 30 ans. Cette constatation est discordante avec ce que rapporte Parkins (12). Dans une série de 55 cas, il note la fréquence de l'âge jeune pour les tumeurs non odontogènes avec un âge moyen de 19 ans. L'âge moyen dans les tumeurs odontogènes est de 32 ans. Jing (13) dans une série de 1642 cas et Elison (14) dans une série de 115 cas rapportent également un âge moyen de 32 ans pour les tumeurs odontogènes.

3. Sexe :

Dans notre série, on ne note pas de prédominance de sexe pour les deux groupes de tumeurs odontogènes et non odontogènes (Figure n°2), ceci est conforme avec ce que rapporte Parkins (12) puisque dans sa série, le sex-ratio est de 1,2/1. Par contre, Dodge (7) rapporte une prédominance masculine pour les tumeurs odontogènes (65%) et une prédominance féminine pour les tumeurs non odontogènes (64%).

II. Caractères cliniques :

1. Délai de consultation :

Dans notre série, le délai de consultation variait entre 2 mois et 3 ans, il est en moyenne de 8 mois.

Dans la littérature, les séries africaines (11) retrouvent de long délai de consultation avec une moyenne de 30 mois (11) ; alors que les séries européennes et américaines rapportent des cas de diagnostic précoce, au stade intra osseux des lésions (15).

Ce retard peut être expliqué par :

- L'évolution lente de la plupart des tumeurs
- L'éloignement géographique
- La négligence du fait que les tumeurs sont indolores
- La banalité des symptômes

2. Examen clinique :

Permet d'apprécier :

- La taille, la forme et les caractères de cette tuméfaction (Figure 33) : consistance, régularité
- Mobilité par rapport au plan profond et superficiel
- Examen de la motricité et la sensibilité faciale
- Examen des téguments de la face à la recherche d'une lésion ou cicatrice d'interventions antérieures
- Examen dentaire à la recherche trouble dentaire type déplacement, mobilité, agénésie, ectopie ou inclusion dentaire
- Trouble de l'articulé dentaire

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

La tuméfaction vestibulaire associée à l'asymétrie faciale, d'installation progressive, représente les signes cliniques révélateurs dans tous les cas (100%), ceci concorde avec l'étude de JANAHA (4) dans son étude où la tuméfaction osseuse a été notée dans 96% des cas et toutes les autres études (16, 17, 18, 19, 20).



Figure 33 : Photographie d'un patient présentant une tuméfaction vestibulaire gauche (3).

La tuméfaction est souvent de siège maxillaire antérieur, prémolaire, postérieure et parfois palatine. Cette constatation a été faite également par Olga (21), dans une série de 527 cas de tumeurs des maxillaires il a noté que les tumeurs siégeaient dans la moitié des cas dans la région antérieure (48%), la région postérieure (26%), la région prémolaire (19%) et parfois palatine (7%) (22).

Cette tuméfaction, asymptomatique ou inaugurée par un épisode inflammatoire, est souvent de consistance dure, elle fait « corps avec l'os » selon les propos de CERNEA, (4). Elle est responsable d'une déformation du squelette facial quand elle est volumineuse (4).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les signes dentaires sont en rapport avec le processus endo-osseux. Ils sont souvent absents mais parfois, traduisant le processus tumoral, ils se situent en regard de la tuméfaction osseuse. Ils consistent en une mobilité, un déplacement, des anomalies d'évolution (Figure 34) voire un retard de cicatrisation alvéolaire après avulsion dentaire intempestive non ou mal documentée par un examen radiographique préalable (23, 4).



Figure 34 : Photographie d'un patient présentant une tuméfaction vestibulaire gauche et l'absence de la dent 13 (3).

D'autres signes peuvent s'observer, tels une douleur, un saignement spontané ou après une extraction dentaire, une obstruction nasale, un trismus dans les localisations postérieures ou une exophtalmie (5).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Parfois la découverte peut être suite à des complications ;

- une fistule muqueuse souvent au contact d'une dent produisant une sérosité claire ou purulente.
- Exceptionnellement une ulcération muqueuse par rupture de la corticale et de la muqueuse.
- Un accident de surinfection à type d'ostéite ou de sinusite (12).

Dans notre série :

- Les signes associés à la tuméfaction sont essentiellement dentaires dans 33.34%.
- Une fistule muqueuse et un écoulement purulent ont été notés dans 8,33% des cas.
- Il n'y a pas de perturbation de la sensibilité nerveuse, ni d'adénopathie suspecte, ce qui s'accorde avec toutes les données de la littérature.
- L'exophtalmie a été observée chez un patient présentant un kyste odontogène sur dent intraorbitaire.
- L'envahissement de la fosse nasale homolatérale et du sinus éthmoïdal chez un patient.

III. Examens complémentaires :

1. Imagerie

Le propos de CERNEA « le diagnostic des améloblastomes est toujours discuté radiographies en main », peut être étendu au diagnostic de l'ensemble des tumeurs bénignes des maxillaires (4).

L'imagerie maxillaire bénéficie de 3 types d'explorations : la radiographie conventionnelle, la radiographie numérisée et la tomodensitométrie.

1.1 Radiographie standard et numérisée : (24, 25,26)

Quoique l'imagerie médicale moderne ait connu un développement colossal, la radiologie conventionnelle garde tout son intérêt diagnostique (27).

Deux incidences sont souvent indiquées :

- *L'orthopantomographie* (Figure 35) : C'est un examen souverain qui permet d'explorer les dents, l'os alvéolaire, le palais osseux, la partie basse des sinus maxillaires et la partie inférieure des fosses nasales.
- *L'incidence de Blondeau* : elle permet de visualiser les sinus maxillaires (parois, contenu, cuvette).

D'autres incidences sont parfois nécessaires ; l'incidence de profil et le cliché rétro-alvéolaire.

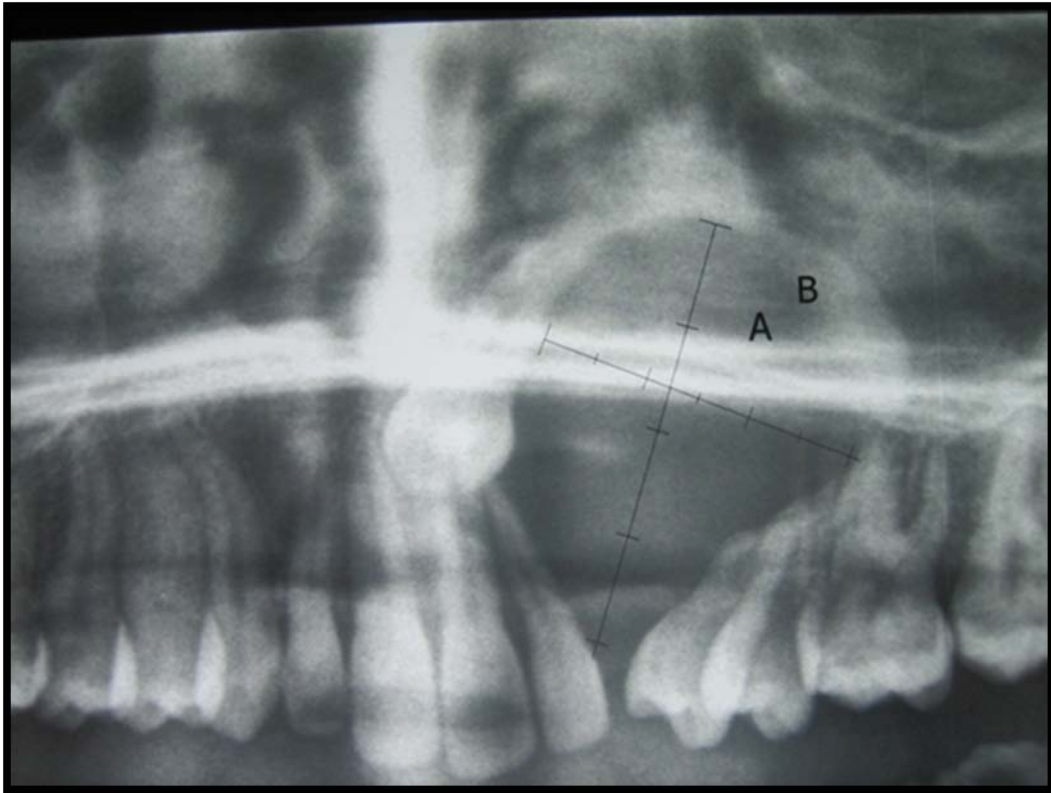


Figure 35 : CBCT : Image kystique au niveau du maxillaire supérieure gauche contenant la 13 ectopique (3).

Ce bilan permet de préciser le siège de la lésion, ses limites, ses rapports avec les racines dentaires, l'état des corticales osseuses et des sinus maxillaires et surtout l'aspect radio-clair ou radio-opaque ce qui permet une première approche diagnostique (4).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les aspects radiologiques rencontrés sont :

➤ Lacunaire

- Un aspect *mono géodique*, homogène bien limité permet d'évoquer :
 - ✓ Un kyste péri coronaire avec son rapport caractéristique vis-à-vis d'une dent incluse (Figure 36).
 - ✓ Un kyste radiculo-dentaire, dit inflammatoire, appendu à la racine d'une dent mortifiée. Cependant cet aspect mono géodique peut être rencontré dans certaines tumeurs du maxillaire tels que le schwannome ou l'améloblastome ce qui constitue un piège diagnostique.

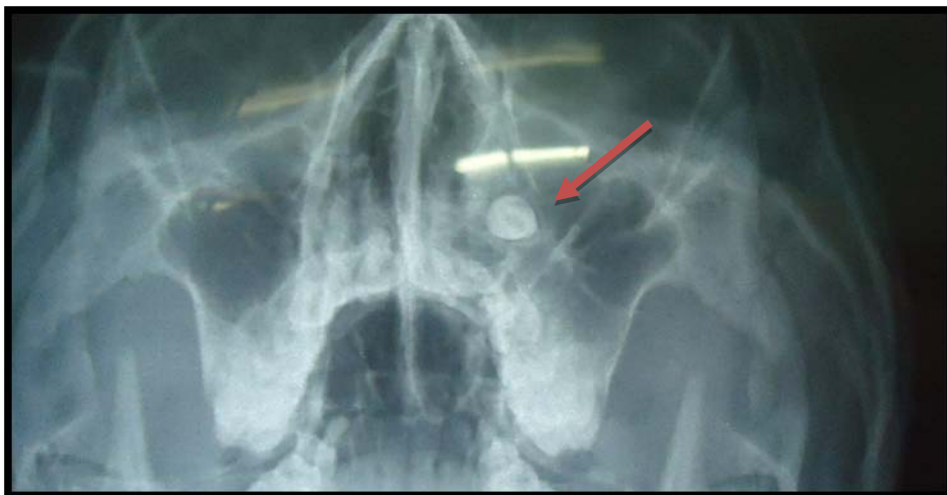


Figure 36 : Radiographie standard : Image kystique au niveau du maxillaire supérieure gauche contenant une dent à l'intérieur (3).

- Un aspect *poly géodique* dit « en bulles de savon » ou en « nid d'abeilles » est assez typique de l'améloblastome, cependant il n'en est pas pathognomonique puisqu'il peut correspondre à un fibrome odontogène, à un myxome, à un kyste épidermoïde ou à un angiome.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

➤ Opaque :

Un aspect radio-opaque offre une bonne opportunité pour précéder l'anatomo-pathologie dans sa conclusion diagnostique.

Trois types d'opacités sont décrits :

- Une opacité de densité *dentaire* permet d'orienter vers un odontome complexe lorsqu'elle se présente sous forme d'une masse opaque, irrégulière, entourée d'un halo clair qui constitue un véritable plan de clivage lors de son énucléation.
- Une opacité de densité *osseuse* permet d'évoquer un ostéome ou un fibrome ossifiant.
- Une opacité de densité *homogène de faible tonalité* dont la densité est *intermédiaire* entre celles des dents et de l'os est évocatrice des tumeurs cémentaires.

Un aspect radio-clair ponctué de calcifications peut correspondre à un fibrome ossifiant ou à une dysplasie fibreuse.

L'absence de démarcation nette par rapport à l'os environnant, l'atteinte des deux maxillaires ou de toute une hémiface est évocatrice de la dysplasie fibreuse.

- La lésion radiologique peut **contenir des dents à l'intérieur** (Figure 36).
- Les racines dentaires au contact de la lésion peuvent être normales ou détruites (**rhizalyse**).

De Tourniel (28) a proposé un tableau pour la classification radiologique des tumeurs bénignes du maxillaire (Figure 37).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

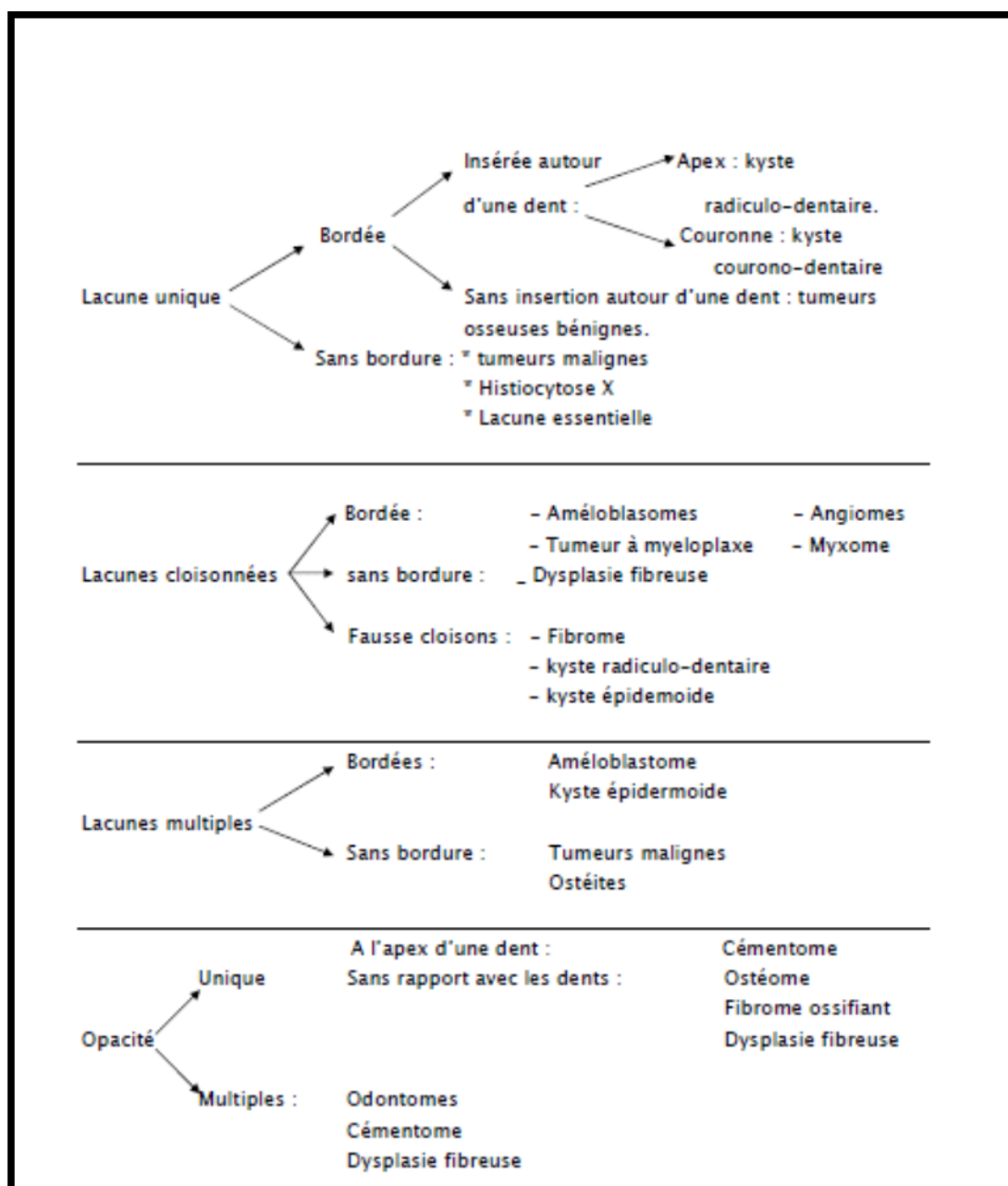


Figure 37 : Classification radiologique des tumeurs bénignes du maxillaire selon De Tourniel (28).

Dans notre série ce bilan, pratiqué chez tous nos malades, a montré des images radio-claires chez 20 et des opacités dans quatre cas.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

1.2 CBCT :

Permet d'optimiser l'analyse dento-alvéolaire et la recherche de structures denses (Figure 38). L'orientation diagnostique repose dès lors sur la corrélation précise des données cliniques et radiologiques.

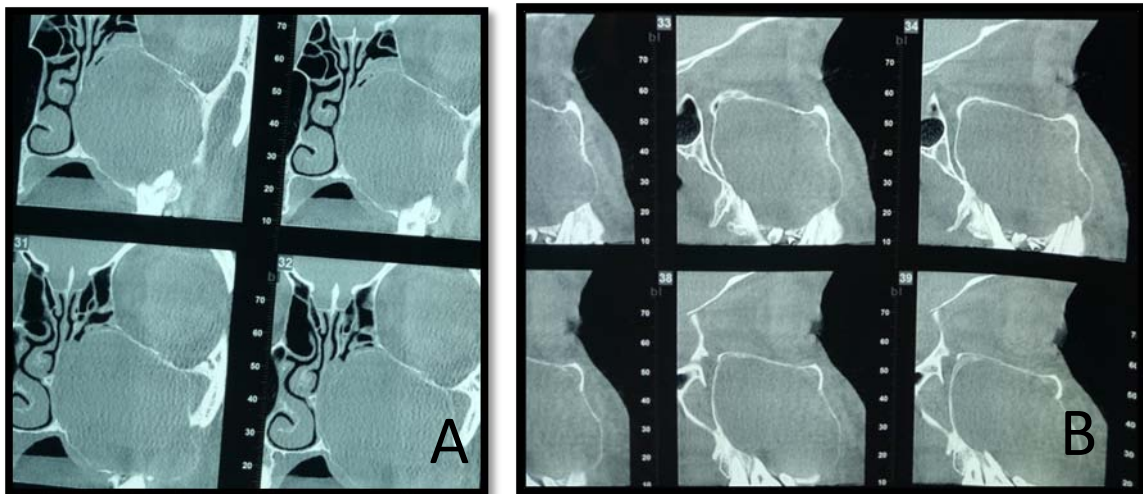


Figure 38 : Cone beam CT : **A** : Aspect mono géodique avec envahissement de la fosse nasale homolatérale et du sinus éthmoïdal. **B** : Rapports avec dents 25,26 et 27 (3).

1.3 Tomodensitométrie faciale :

L'enjeu de toute imagerie tridimensionnelle est d'apporter au clinicien la connaissance des éléments anatomiques et de leur rapport au niveau du site opératoire (24). L'imagerie médicale moderne apporte d'estimables informations en complément des techniques radiologiques conventionnelles mais il faut les utiliser avec parcimonie et non comme un examen systématique.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Deux à trois incidences bien choisies suffisent à régler la quasi-totalité des situations (24,25) (Figure 39) :

- Etayer le diagnostic,
- Définir les limites d'extension du processus tumoral,
- Adopter la stratégie thérapeutique.

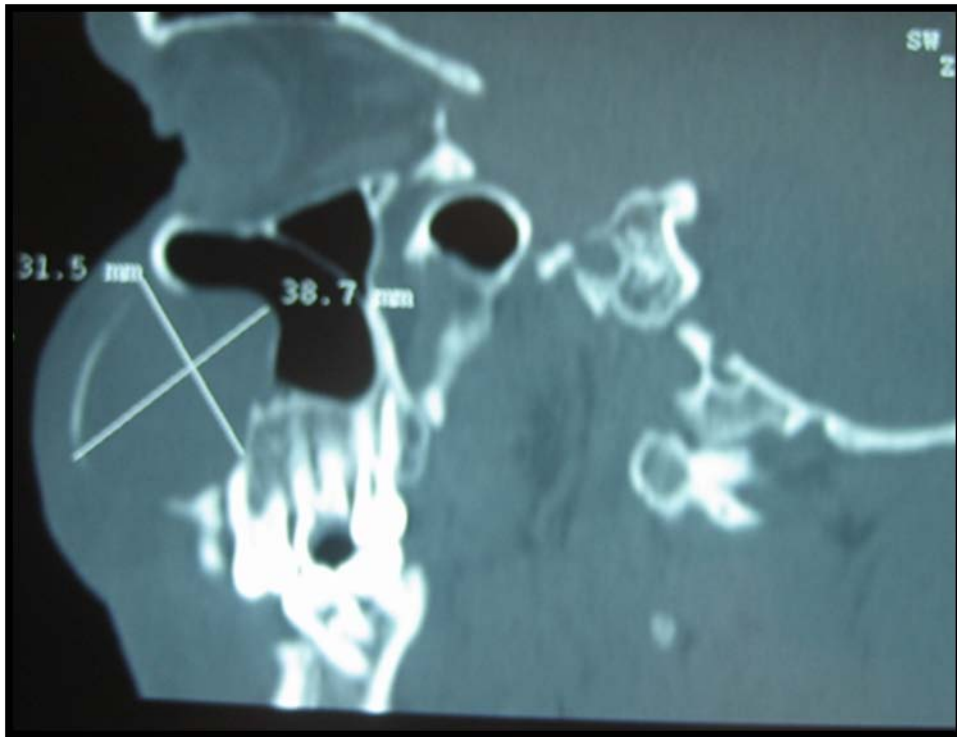


Figure 39 : TDM faciale : Image kystique au niveau du maxillaire supérieure gauche bien limitée, régulière mesurant 31.5mmx38.7mm (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

L'intérêt de cette technique est incontestable. Elle permet (24,26) :

- L'obtention directement des coupes avec la possibilité de reconstructions verticales selon l'axe du maxillaire et l'obtention d'images en vue tridimensionnelle.
- L'établissement des données topographiques dans les tumeurs manifestement extensives à développement postérieur, ce qui fournit une aide précieuse pour la conduite de l'exérèse.
- Parfois pour préciser les relations de la tumeur avec les racines dentaires (dentoscaner). (Figure 40)

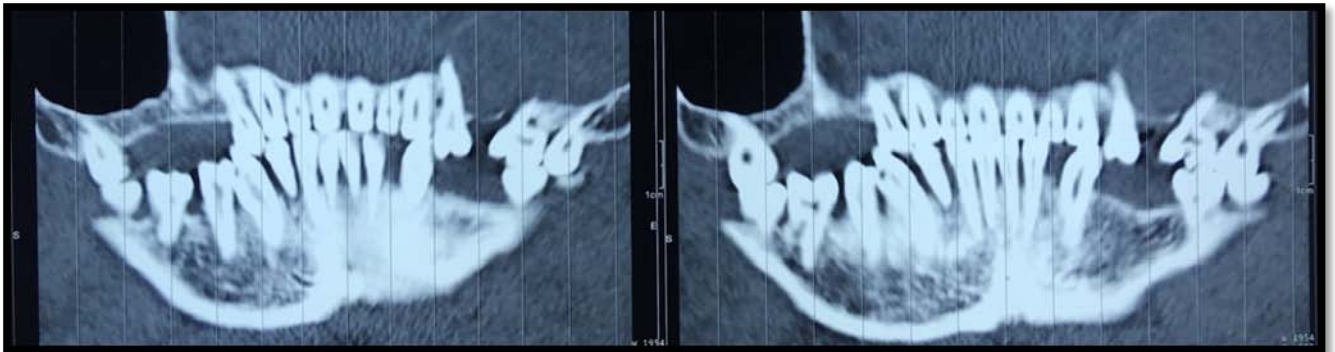


Figure 40 : Dentoscan du massif facial sans injection de produit de contraste révélant une image kystique bien limité responsable d'une lyse osseuse de la paroi postérieure et latérale du sinus avec déplacement la 24 et la 25 qui sont écartées (3).

- L'appréciation des rapports avec les cavités sinusiennes et la fosse ptérygo-maxillaire et le canal du nerf alvéolaire inférieur, car elle permet une bonne détermination des parois osseuses qui délimitent ces cavités.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

- L'appréciation de l'état de la corticale doit être précise puisque les tumeurs bénignes amincissent puis effacent la corticale sous la pression de la lésion qui demeure enclose sous une coque conjonctivo-périostée, alors que les tumeurs malignes détruisent la corticale, le périoste et envahissent les parties molles (4,29).

Dans notre série la TDM a été pratiquée chez presque la moitié des cas soit 45.83%. Elle a pu montrer :

- La présence de dents incluses dans 3 cas dont l'une s'associe à des calcifications intra kystique et une dent intra-orbitaire dans un cas au sein des kystes.
- Une lyse de la paroi osseuse du sinus et déplacement dentaire sans infiltration des parties molles dans un cas.
- Infiltration des parties molles dans deux cas ; un kyste radiculaire et un volumineux améloblastome.
- Une légère déviation du septum nasal dans un cas de kyste odontogène radiculaire.

Le coût élevé et l'inaccessibilité géographique des bilans radiologiques notamment la TDM expliqueraient non seulement la faible réalisation de bilans paracliniques mais aussi le fait que certains examens radiologiques ne soient pas demandés chez les patients atteints de tumeurs bénignes du maxillaire.

2. Diagnostic histologique :

Un prélèvement biopsique de première intention est le plus souvent un geste inutile et déplacé en raison des risques des réactions délétères pour l'exérèse ultérieure, il peut être de plus une source d'erreur. Parfois le recours à la biopsie doit être discuté dans les tumeurs d'apparition rapide et ou dépassant radiologiquement les corticales avec envahissement des parties molles (30).

Le diagnostic de certitude ne peut être apporté que par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Dans notre série, les tumeurs odontogènes sont dominées essentiellement par les kystes radiculaires et les kystes dentigères, ils représentaient (58%).

Cette constatation a été faite également par Meningaud (31) dans une série de 695 cas de kystes odontogènes, où il a noté 58,2% de kystes radiculaires. D'autres études rapportent les mêmes chiffres (32, 33).

JANAH (4) a noté une prédominance des kystes odontogènes (22%), les améloblastomes et les kystes radiculo-dentaires étaient observés à la même fréquence (20%).

Approximativement, un sixième des tumeurs que nous avons colligées sont non odontogènes. Elles sont dominées par la dysplasie fibreuse (9%).

IV. Classification des tumeurs bénignes du maxillaire (34, 35,36) :

Le diagnostic anatomopathologique a toujours été considéré comme difficile. Les classifications sont complexes, basées sur une histogenèse encore mal comprise, car la rareté de ces lésions ne permet pas l'étude de grandes séries.

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

➤ **La classification de Malassez (1865) :**

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

➤ **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 radulaire.

➤ **La classification de BLAND SUTTON (1988) :**

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

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

➤ **La classification de la British Dental Association (1914) :**

Trois groupes d'odontome y sont décrits :

- Odontome épithéliaux.
- Odontome mésenchymateux.
- Odontome composés.

➤ **La classification de ROBINSON (1945) :**

Elle concerne les kystes des maxillaires qu'il subdivise 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.

➤ **La classification de THOMAS ET GOLDMAN (1946) :**

Elle différencie les tumeurs ectodermiques, mésodermiques et mixtes.

➤ **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.

➤ **La classification de GORLIN, CHAUDRY et PINDBORG (1961) :**

Elle reprend la classification précédente en la remaniant.

➤ **La classification de VANDENBUSSCHE (1968) :**

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

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

➤ **La classification de BADEN (1971) :**

Basée sur la conduite thérapeutique.

➤ **La classification de l'OMS (1972) :**

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

➤ **La classification de REICHART ET RIES (1983) :**

Basée sur une approche histogénique.

➤ **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 odontogène, les kystes globulo-maxillaire et palatin médian.

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.

➤ **La classification de l'OMS (1992) :**

Elle ne reste plus cantonnée aux tumeurs et kystes odontogéniques mais s'étend aux néoplasmes et autres lésions liée à l'os ainsi qu'aux kystes épithéliaux certaines à potentiel agressif ou malin et des malformations à expression tumorales. Cette classification est la plus utilisée actuellement.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Cette classification distingue deux sortes de tumeurs :

1. Tumeurs bénignes odontogènes :

1.1 Tumeurs épithéliales sans induction du mésenchyme :

- a. Améloblastome.
- b. Tumeur odontogène adénomatoïde (Figure 41).
- c. Tumeur épithéliale odontogène calcifiée (tumeur de pindborg).
- d. Tumeur odontogène épidermoïde (melanoticprognoma).
- e. Tumeur odontogénique à cellules claires



Figure 41 : Coupe histologique fort grossissement coloration HE, montrant une formation kystique est bordée de cellules cubiques régulières. La prolifération tissulaire solide est faite de cellules épithéliales organisées en amas ou en nappes dont quelques noyaux sont hyperchromatiques. Le stroma est moyennement vascularisé. Aspect morphologique évoquant une tumeur odontogène adénomatoïde (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

1.2 Tumeurs épithéliales avec induction du mésenchyme :

- a. Fibrome améloblastique.
- b. Fibro-dentinome améloblastique (dentinome).
- c. Fibro-odontome améloblastique.
- d. Odontoaméloblastome.
- e. Odontomes complexe et composée.
- f. Kyste odontogénique calcifiée.

1.3 Tumeurs ectomésenchymateuses :

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

1.4 Kystes odontogènes :

- a. Kyste radiculo-dentaire (kyste radiculaire, kyste latéral, kyste résiduel).
- b. Kyste folliculaire (kyste dentigère ou péri coronaire) (Figure 42).
- c. Kératokyste odontogénique (kyste épidermoïde).
- d. Kyste périodontal latéral.
- e. Kyste glandulaire odontogénique, kyste sialo-odontogénique.

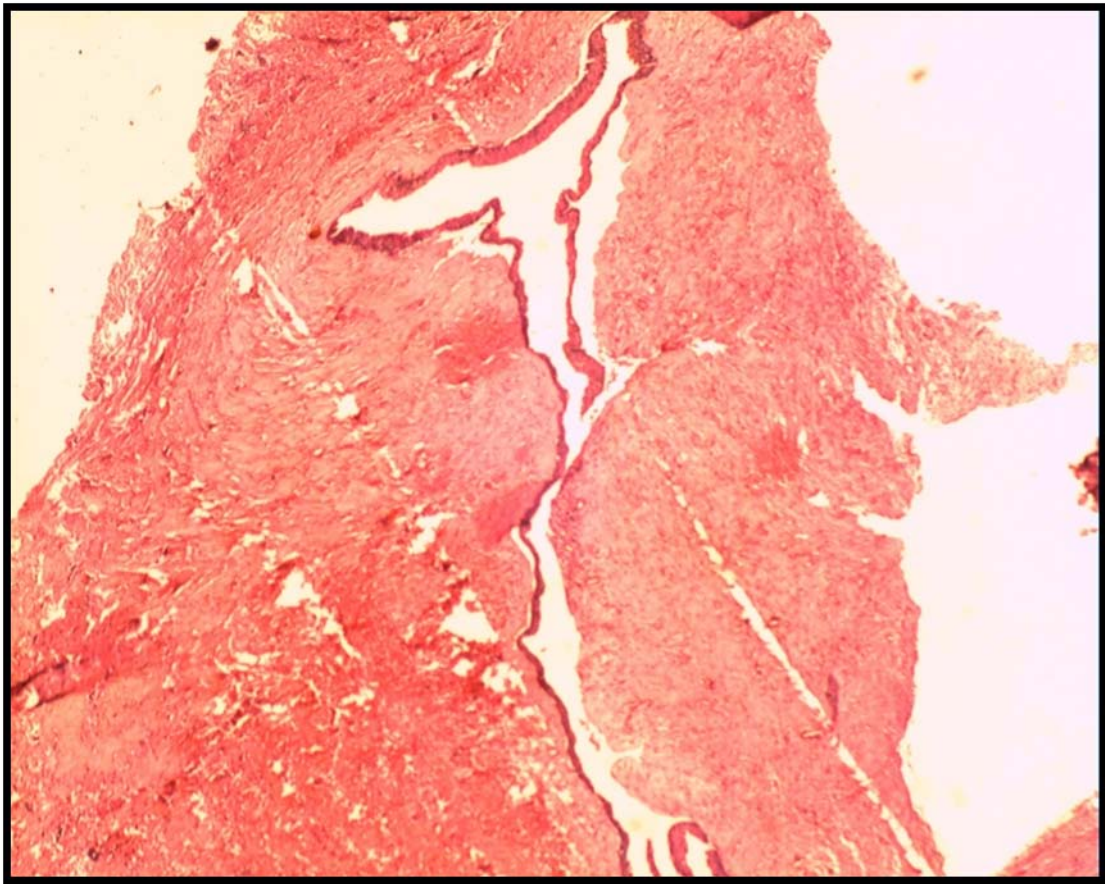


Figure 42 : Coupe histologique fort grossissement coloration HE montrant une formation kystique bordée par un épithélium squameux stratifié mince. Le reste de la paroi correspond à un tissu conjonctif mature avec des remaniements inflammatoires chroniques et hémorragiques évoquant un kyste dentigère (3).

2. Tumeurs bénignes non odontogènes :

1.1 Tumeurs ostéoformatrices :

- a. Ostéome vrai.
- b. Torus palatin.
- c. Ostéome ostéoïde.
- d. Ostéoblastome.

1.2 Tumeurs fibroblastiques :

- a. Fibrome cémento-ossifiant.
- b. Fibrome desmoïde.
- c. Dysplasie fibreuse.

1.3 Tumeurs ostéolytiques :

- a. Granulome réparateur central à cellules géantes (Figure 43).
- b. Tumeurs à cellules géantes.
- c. Tumeurs brunes de l'hyperthyroïdie.
- d. Chérubisme.

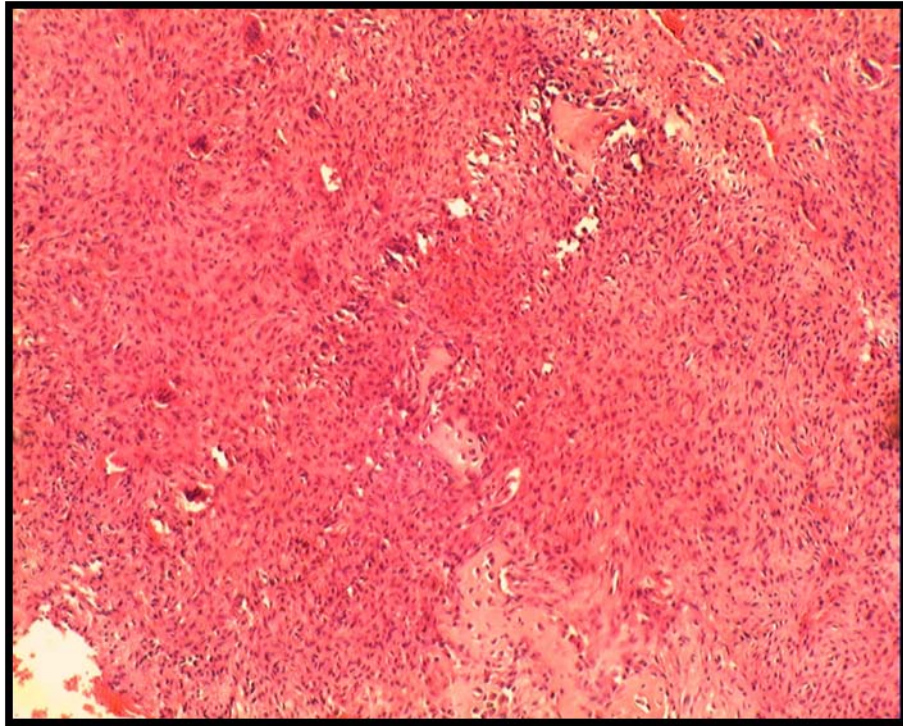


Figure 43 : Coupe histologique fort grossissement coloration HE Prolifération tumorale composée de cellules fusiformes d'allure fibroblastique sans atypies cytonucléaires. Au sein de cette fibrose existe de nombreuses cellules géantes de type Muller dont l'aspect morphologique évoque un granulome réparateur à cellules géantes (3).

1.4 Tumeurs cartilagineuses :

- a. Chondrome.
- b. Ostéochondrome (exostose).
- c. Chondroblastome bénin.
- d. Fibrome chondromyxoïde

1.5 Tumeurs mésenchymateuses :

- a. Tumeurs vasculaires.
- b. Tumeurs nerveuses.
- c. Lipome.
- d. Léiomyome.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

1.6 Autres :

- a. Kyste anévrysmal.
- b. Kyste osseux solitaire.
- c. Kyste naso-labial.
- d. Granulome éosinophile.
- e. Tumeur mélanotique neuro-ectodermique.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Tableau V : Classification de l'OMS 1992 modifiée en 2005 des tumeurs bénignes du maxillaire (1).

Tumeurs bénignes odontogènes	Tumeurs épithéliales sans induction du mésenchyme	a. Améloblastome.
		b. Tumeur odontogène adénomatoïde (Figure 41).
		c. Tumeur épithéliale odontogène calcifiée (tumeur de pindborg).
		d. Tumeur odontogène épidermoïde (melanoticprognoma).
		e. Tumeur odontogénique à cellules claires
	Tumeurs épithéliales avec induction du mésenchyme	a. Fibrome améloblastique.
		b. Fibro-dentinome améloblastique (dentinome).
		c. Fibro-odontome améloblastique.
		d. Odontoaméloblastome.
		e. Odontomes complexe et composée.
		f. Kyste odontogénique calcifiée
	Tumeurs ectomesenchymateuses	a. Fibrome odontogénique.
		b. Myxome (myxome odontogénique, fibromyxome).
		c. Cémentoblastome bénin (cémentoblastome, cémentome vrai).
	Kystes odontogènes	a. Kyste radiculo-dentaire (kyste radiculaire, kyste latéral, kyste résiduel).
		b. Kyste folliculaire (kyste dentigère ou péricoronaire) (Figure 42).
		c. Kératokyste odontogénique (kyste épidermoïde).
		d. Kyste périodontal latéral.
		e. Kyste glandulaire odontogénique, kyste sialo-odontogénique.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Tumeurs bénignes non odontogènes	<u>Tumeurs ostéoformatrices</u>	a. Ostéome vrai.
		b. Torus palatin.
		c. Ostéome ostéoïde.
		d. Ostéoblastome
	<u>Tumeurs fibroblastiques</u>	a. Fibrome cémento-ossifiant.
		b. Fibrome desmoïde.
		c. Dysplasie fibreuse.
	<u>Tumeurs ostéolytiques</u>	a. Granulome réparateur central à cellules géantes (Figure 43).
		b. Tumeurs à cellules géantes.
		c. Tumeurs brunes de l'hyperthyroïdie.
		d. Chérubisme
	<u>Tumeurs cartilagineuses</u>	a. Chondrome.
		b. Ostéochondrome (exostose).
		c. Chondroblastome bénin.
		d. Fibrome chondromyxoïde
	<u>Tumeurs mésenchymateuses</u>	a. Tumeurs vasculaires.
		b. Tumeurs nerveuses.
		c. Lipome.
		d. Léiomyome
	<u>Autres</u>	a. Kyste anévrysmal.
b. Kyste osseux solitaire.		
c. Kyste naso-labial.		
d. Granulome éosinophile.		
e. Tumeur mélanotique neuro-ectodermique.		

V.Evolution

Lorsque le diagnostic est à temps suivi d'une prise en charge correcte et adéquate, l'évolution est favorable.

Par contre l'évolution spontanée aboutit à des formes impressionnantes voir même géante et agressive localement. Ceci peut rendre le traitement chirurgical difficile voire même impossible.

VI. Traitement

Très dissemblables sur les plans étiopathogénique, diagnostique et évolutif, les tumeurs bénignes du maxillaire présentent pourtant des points communs, dont celui de requérir un traitement chirurgical dès lors qu'ils se caractérisent par une surinfection ou encore une nette augmentation de volume à l'origine de répercussions fonctionnelles, de comblement des cavités sinusiennes (37). Le traitement demeure chirurgical.

1. Buts

- ✂ Soulager le malade
- ✂ Extraire la tumeur de façon complète afin de stériliser le foyer tumoral
- ✂ Minimiser les dégâts esthétiques et restituer la fonction
- ✂ Eviter la récurrence et s'acharner à dépister une éventuelle récurrence et la traiter
- ✂ Guetter les complications
- ✂ Améliorer la qualité de vie du patient
- ✂ Assurer une prise en charge et un suivi psychologique du patient

2. Principes :

- ❖ Eradiquer la tumeur avec une rançon cicatricielle invisible ou minime.
- ❖ Préserver la fonction occlusale et le capital dentaire.

3. Moyens thérapeutiques

3.1 Traitement préventif :

Elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information à fin d'éviter les facteurs de risque par :

- Une bonne hygiène bucco-dentaire via le traitement des pathologies dentaires et gingivales.
- Les consultations fréquentes et régulières du dentiste

Ainsi une détection des lésions au stade précoce permet l'obtention de meilleurs résultats.

3.2 Traitement médical

Nécessaire en adjuvant pour tout acte chirurgical avant et après l'acte opératoire.

Les traitements utilisés sont :

- * Les antibiotiques : Adaptés au germe suspecté en tenant compte des résistances bactériennes pour lutter contre la surinfection.
- * Les anti inflammatoires : Utilisés en courte durée afin de diminuer l'œdème.
- * Les antalgiques : Pour réduire la douleur et rendre les suites post-opératoires.
- * Les solutions antiseptiques : Pour assurer une bonne hygiène bucco-dentaire, indispensable pour une bonne cicatrisation.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

3.3 Traitement chirurgical :

a) Traitement chirurgical conservateur :

➤ Énucléation :

Elle s'adresse le plus fréquemment aux lésions kystiques. Elle permet de préserver les dents et le maximum de tissu osseux.

Elle est pratiquée souvent par voie vestibulaire selon l'extension des lésions (Figure 44). Après incision muqueuse et trépanation, elle consiste à cliver très progressivement la lésion à l'aide d'un décolleur (37).

Parfois l'énucléation peut être complétée par une cryothérapie des parois osseuses ou des applications d'eau oxygénée ou d'acide acétique de façon à irriter chimiquement les éventuels reliquats tissulaires (38).



Figure 44 : Photographie d'un patient bénéficiant d'une énucléation de sa tumeur au niveau du maxillaire supérieur droit (3).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

➤ Curetage appuyé :

Il demeure un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation, il est réservé aux seules parois épaisses (37) (Figure 45).

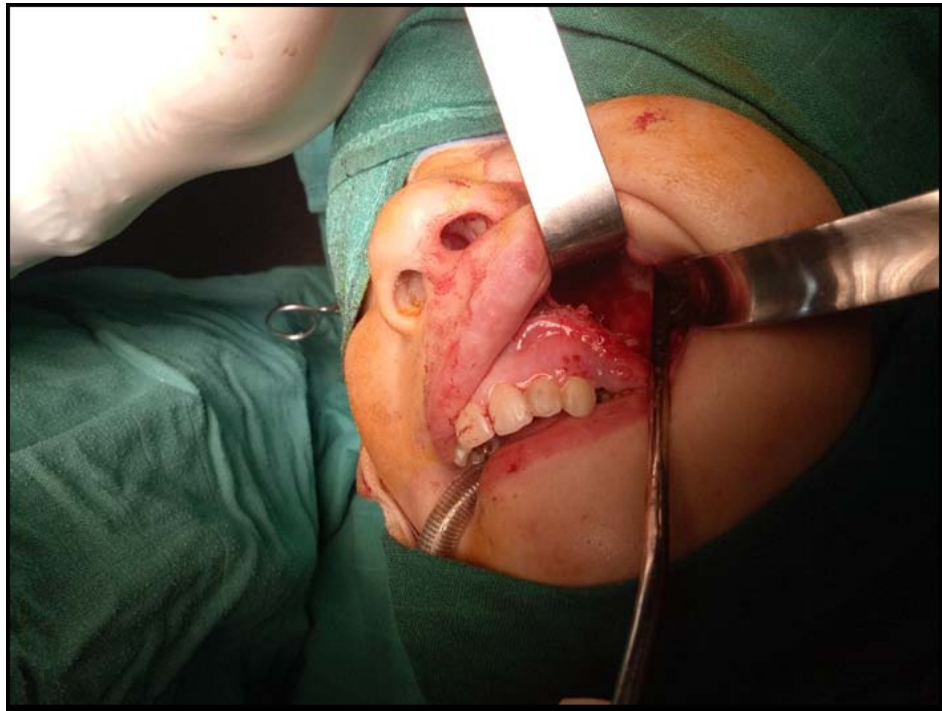


Figure 45 : Photographie d'un patient bénéficiant d'un curetage appuyé après résection de sa tumeur (3).

➤ Marsupialisation :

Cette technique est destinée à transformer la cavité kystique en une poche annexe à la cavité buccale. Pour certains auteurs, elle est indiquée dans le traitement des kystes maxillaires en présence d'une destruction osseuse étendue, lorsque le kyste est au contact de structures anatomiques nobles.

Cette attitude permet de respecter les structures voisines, mais elle ne permet pas le contrôle histologique de l'ensemble de la pièce et oblige une surveillance prolongée (39, 40).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

b) Traitement chirurgical radical (Résection osseuse) :

Elle permet une exérèse tumorale en zone saine au large des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles environnantes. Elle se fait souvent par simple abord muqueux au niveau des futurs traits d'ostéotomie (38).

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

La chirurgie conservatrice est le traitement préconisé pour la plupart des tumeurs bénignes du maxillaire. Parfois une résection osseuse peut être indiquée d'emblée pour des lésions extensives ou réputées récidivantes, afin de diminuer le taux de récurrences surtout en cas d'améloblastome.

3.4 Radiothérapie :

La plupart des auteurs considèrent que l'améloblastome est radio résistant alors qu'en 1982, Reynolds a écrit un important article sur l'effet de l'irradiation sur l'améloblastome dans lequel il a discuté les principes de base de la radiothérapie et a conclu que la radiothérapie a une place dans les tumeurs localement avancées ou en cas de refus de la chirurgie(41).

Un deuxième document important est celui d'Atkinson en 1984, qui a publié une série de 10 cas d'améloblastomes traités par radiothérapie, il conclut, sur la base de son expérience et la revue de la littérature que les améloblastomes sont radiosensibles (42). Depuis lors, il y a peu de

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

cas publiés dans la littérature sur le rôle de la radiothérapie comme modalité utile dans le traitement des améloblastomes (43–45).

Rastogi a publié en 2006 un cas d'améloblastome localement avancée de la mandibule qui a bien répondu à une radiothérapie externe à la dose de 60 Gy en 30 séances de 2 Gy au Cobalt 60 par deux champs latéraux. Ce malade est resté en bon control locale deux ans après la fin du traitement (46).

3.5 Traitement orthodontique (2)

Le chirurgien–dentiste intervient dans le dépistage précoce et également dans le suivi postopératoire et la réhabilitation prothétique. Ceci, surtout en cas de tumeur nécessitant une résection de dents en rapport avec la tumeur afin d'éviter un trouble de l'articulé dentaire et redonner un aspect esthétique convenable et harmonieux.

4. Indications :

❖ Tumeurs odontogéniques :

a) Améloblastome :

Relativement rare, 1% de toutes les tumeurs des maxillaires et environ 11% de l'ensemble des tumeurs odontogènes (47).

Cette tumeur, douée d'une agressivité singulière par son caractère extensif, comporte des taux élevés de récurrence après traitement conservateur, surtout pour la localisation postérieure étant donné la proximité de la base du crâne et de l'orbite et le fait que l'os, moins compact, soit sujet à une extension rapide des lésions (48). C'est La raison pour laquelle certains auteurs préconisent d'emblée une résection large de la lésion avec une marge de sécurité sur l'os de 1,5 à 2cm (22).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

b) Tumeur odontogénique adénomatoïde :

Anciennement dénommée adénoaméblastome, c'est une tumeur rare qui représente 3 à 7% de l'ensemble des tumeurs bénignes odontogènes (49,50).

L'énucléation, bien qu'elle soit parfois difficile, permet la guérison sans récurrence ultérieure (37,49).

c) Tumeur épithéliale odontogène calcifiée :

Individualisée la première fois par Pindborg en 1955, cette tumeur rare (0,4 à 3% des tumeurs odontogéniques). Ces tumeurs guérissent après énucléation complète. D'exceptionnelles récurrences locales et tardives ont cependant été signalées et mises sur le compte d'une exérèse incomplète (37).

d) Tumeurs odontogéniques à cellules claires :

Cette tumeur paraît plus agressive localement que l'améloblastome et peut comporter des variétés malignes avec métastases. Une résection large est souvent souhaitable (51, 52).

e) Fibrome améloblastique :

Le traitement de choix est l'énucléation simple (38, 49).

f) Odontoaméloblastome :

La résection chirurgicale doit être d'étendue suffisante pour éviter les récurrences qui sont fréquentes (38,51).

g) Odontomes :

Ils doivent être abordés de manière conservatrice. La tumeur possède une coque conjonctive périphérique permettant son clivage ; un curetage de la cavité complète ensuite le geste (52). La guérison est habituellement définitive après exérèse.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

h) Myxome :

Selon El bayi (53) les récurrences après un traitement conservateur sont fréquentes au niveau des maxillaires supérieurs (82,9%). Ce qui justifie une résection large à distance des limites de la lésion (38,53).

i) Cémentoblastome bénin :

Le traitement repose sur une énucléation simple de la tumeur et de la dent correspondante (51).

j) Kystes odontogéniques :

Ce kyste inflammatoire est le plus fréquent des formations kystiques du maxillaire.

La réputation récidivante du kyste épidermoïde nécessite un traitement plus agressif que pour tout autre kyste des maxillaires (37). Le traitement du kyste radiculaire consiste en une énucléation simple (37).

❖ Tumeurs non odontogéniques :

Le traitement est d'ordinaire conservateur, surtout pour les lésions à composante ostéocondensante dominante ou exclusive.

a) Ostéome :

Dans la plupart des cas, il s'agit plutôt d'une résection modelante permettant une épargne et une symétrisation des contours osseux (37).

b) Ostéoblastome et ostéome ostéoïde :

Le traitement de ces lésions se résume, selon la plupart des auteurs, en une exérèse chirurgicale avec curetage ou résection. Cependant, en raison de la possibilité de confusion diagnostique avec un ostéosarcome ou un cémentoblastome, certains auteurs préfèrent une résection complète (38).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

c) Fibrome cémento-ossifiant :

Il présente fréquemment un plan de clivage entre lui-même et l'os sain, le rendant ainsi accessible à l'énucléation suivie d'un curetage de la cavité résiduelle (37,54).

d) Dysplasie fibreuse :

L'indication chirurgicale dans cette forme histologique est discutée. Le traitement conservateur peut être suffisant lorsque les lésions progressent lentement et ne menacent pas des structures anatomiques importantes. Certains auteurs préconisent des résections larges mais responsables des déficits esthétiques majeurs (55).

e) Fibrome desmoïde :

Les récurrences fréquentes 25% après traitement conservateur oblige une résection d'emblée (38).

f) Tumeurs cartilagineuses :

Le traitement consiste en une exérèse qui doit être complète et radicale dès le premier geste, pour éviter toute récurrence (38).

g) Tumeurs à cellules géantes :

L'énucléation méthodique avec le curetage appuyé du tissu péri-lésionnel permet la guérison habituelle sans récurrences (37).

h) Fibromatose :

La guérison n'est possible qu'au prix d'une résection chirurgicale large (30).

i) Kyste anévrysmal :

Le traitement de choix est l'énucléation-curetage, parfois très hémorragique (37).

VII. Surveillance après traitement :

La surveillance post-opératoire, clinique et radiologique est capitale, sa périodicité dépend de la conclusion anatomopathologique. Limitée dans le temps pour les kystes odontogéniques jusqu'à obtention d'une réossification complète, elle doit, en revanche, s'étendre sur plusieurs années dans le cadre des lésions réputées récidivantes (parmi lesquelles les améloblastomes) afin de vérifier la stabilité radiologique de la trame réédifiée et de dépister une éventuelle récurrence (30).

Généralement les patients sont contrôlés en post opératoire jusqu'à la cicatrisation, puis tous les 3 mois pendant une année, puis tous les 6 mois pendant 2 à 3 ans à la recherche :

❖ **A court terme :**

• **But :**

- * Dépistage et prise en charge des complications telles que le lâchage de suture, hémorragie et la surinfection.

• **Traitement :**

- * Une antibiothérapie adjuvante ainsi qu'une bonne hygiène bucco-dentaire est nécessaire afin d'éviter ce genre de complications.

❖ **A moyen et long terme :**

• **But :**

- * Dépistage une éventuelle récurrence tumorale
- * Réhabilitation de la fonction occlusale et dentaire du patient en collaboration avec le chirurgien-dentiste
- * Prise en charge d'éventuelles séquelles esthétiques surtout en cas d'asymétrie faciale secondaire à un vaste délabrement osseux dans les formes localement avancées.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

- *Traitement :*

- * Un OPT numérisée ou une TDM faciale est réalisée une fois par an pour les variétés réputées d'être récidivantes.

Dans notre série, deux cas de récidives. Elle a été observée chez un patient présentant un améloblastome et un kyste radiculaire odontogène.

En général, les récidives des lésions bénignes sont plus fréquentes au niveau de la mandibule qu'au niveau du maxillaire.

VIII. Pronostic :

Le pronostic concerne le plus souvent le caractère récidivant de certaines tumeurs bénignes des maxillaires et la transformation maligne. A l'avenir, le développement des immuno-marqueurs permettra d'établir un pronostic (56).

La récurrence est influencée par plusieurs facteurs :

✕ Facteurs de risque intrinsèques :

- * Nature invasive de la tumeur
- * Type histologique

✕ Facteurs de risque extrinsèques :

- * Choix du traitement initial de la tumeur, comme dans le cas de l'améloblastome il a un haut risque de récurrence s'il n'est pas traité conventionnellement. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une récurrence mais d'une continuation évolutive (Berard) sur un élément demeuré en place.

IX. Prévention :

1. Prévention primaire :

Les mesures de prévention primaire s'attachent à l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie. Elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information à fin d'éviter les facteurs de risque notamment l'intérêt d'une bonne hygiène bucco-dentaire via le traitement des pathologies dentaires et gingivales.

2. Prévention secondaire :

Encore appelée « détection précoce », elle inclut le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement et le suivi qui en découlent. Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents. Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un certain risque.

Le chirurgien-dentiste constitue un maillon essentiel de la chaîne de prise en charge car il est souvent le premier praticien à faire le constat.

3. Prévention tertiaire :

Elle concerne les soins palliatifs, la réadaptation fonctionnelle, la réinsertion sociale des patients ainsi que la prise en charge des complications telles que les récurrences, les dégénérescences malignes et les séquelles esthétiques et fonctionnelles.

Elle doit :

- ✂ Identifier le réseau de professionnels de santé capable de prendre en charge les patients.
- ✂ Multiplier les centres spécialisés de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie
- ✂ Et surtout assurer une formation médicale continue du personnel de santé, chirurgiens-dentistes et médecin de famille.

X. Recommandations :

A la lumière de notre étude nous proposons les recommandons suivantes en ce qui concerne les tumeurs bénignes du maxillaire :

1. Encourager et initier d'autres études avec échantillonnage plus large afin de mieux étudier cette pathologie au Maroc.
2. Lutter contre les facteurs de risque en permettant à la population l'accès aux soins dentaires.
3. Améliorer l'état de santé bucco-dentaire de la population par la sensibilisation de la population et les organismes sociaux.
4. Sensibiliser la population sur l'intérêt de l'hygiène bucco-dentaire et le dépistage précoce de ces tumeurs par la réalisation de l'orthopantomogramme.
5. Améliorer les conditions de diagnostic en sensibilisant et en collaborant avec les chirurgiens-dentistes.
6. Renforcer le plateau technique au niveau des structures hospitalières.
7. Multiplier les réunions et les concertations avec les chirurgiens-dentistes.

Cela ne peut se faire que par la volonté et l'implication des autorités tutelles.



CONCLUSION



Les tumeurs bénignes du maxillaire.

Les tumeurs bénignes du maxillaire sont relativement rares. Elles regroupent des entités histologiques très variées.

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

Le bilan radiologique est d'une extrême importance, il permet souvent d'évoquer le diagnostic dont la confirmation est indispensable par un examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

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

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

Le chirurgien-dentiste peut intervenir aussi bien par sa collaboration à la prévention, au dépistage précoce devant une mobilité dentaire anormale il faut penser à faire une exploration radiologique.

Il faut inciter les patients à s'adresser à un centre spécialisé suite à la découverte de la moindre anomalie pour bénéficier d'un traitement précoce limitant la mutilation que cause une chirurgie radicale (2).



RÉSUMÉS



RESUME :

Les tumeurs bénignes du maxillaire regroupent des entités histologiques très variées et pouvant être divisées en 2 grands groupes : les tumeurs odontogènes et les tumeurs non odontogènes.

Malgré leur grande diversité, la description clinique de ces tumeurs est univoque, et c'est souvent le bilan radiologique qui permettra d'évoquer le diagnostic dont la confirmation est indispensable par l'examen anatomopathologique.

Notre étude est rétrospective et concerne 24 cas de tumeurs bénignes du maxillaire, colligés au service de maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, entre janvier 2009 et mai 2016.

L'analyse des données a noté une fréquence des tumeurs odontogènes qui représentaient 83% contre 17% de tumeurs non odontogènes.

Ces tumeurs surviendraient à un âge jeune, l'âge moyen était de 30 ans sans prédominance de sexe. Le délai de consultation était souvent tardif, il était en moyenne de 8 mois. La tuméfaction vestibulaire et l'asymétrie faciale étaient les signes prépondérants de la symptomatologie clinique, associée parfois à des signes dentaires dans 33,4% des cas.

Tous nos malades ont bénéficié d'un bilan radiologique qui a permis de mettre en évidence une radio-clarté dans 41,66%, une radio-opacité dans 8,33%, sans image de destruction ni d'envahissements des structures avoisinantes, permettant ainsi d'orienter vers la nature bénigne de ces tumeurs.

Le traitement était conservateur dans la quasi-totalité des cas. Il consistait en une énucléation simple dans 82% cas et un curetage appuyé dans 4 cas. La confirmation du diagnostic reposait toujours sur l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse opératoire.

L'évolution était en général favorable pour tous les cas étudiés excepté de 2 cas.

SUMMARY:

The benign tumors of the maxilla regroup varied histologic entities that can be divided into two major groups; odontogenic tumors and non-odontogenic tumors.

Despite their great diversity, the clinical description of these tumors is univocal, and it is often the radiological assessment will allow evoking the diagnosis that the confirmation is essential by the anatomo-pathological examination of the part of exeresis.

Our retrospective study concern 24 cases of benign tumors of the maxilla collected in the service of oral and maxillo-facial surgery in Avicenna military hospital in Marrakech between January 2009 and May 2016.

Data analysis noted a frequency of odontogenic tumors that represented 83% against 17% of non-odontogenic tumors.

These tumors found at a young age, the average age was 30 years without gender predominance. The period of consultation was often late; it was on average 8 months. The vestibular swelling and the facial asymmetry was the leading signs of the clinical symptomatology, sometimes associated in 33,34 % of dental signs.

All our patients have benefited from a radiological assessment; it allows highlighting a radiolucency in 41,66 % and a radio opacity in 8,33% without image of destruction or invasion in surrounding structures. So allowing to direct to the benign nature of these tumors.

The treatment was conservative in nearly all of cases, consisted of a simple enucleation in 82% cases and curettage in 4 cases. The diagnostic confirmation always based on the anatomopathological examination of the part of exeresis.

The evolution was generally favorable except 2 cases who recurred.

الملخص

تشمل الأورام الحميدة الخاصة بالفك العلوي مجموعة من الآفات العظامية ذات تركيبة نسوجية مختلفة ويمكن تقسيمها إلى قسمين كبيرين: الأورام السننية والأورام الغير السننية.

تتميز هذه الأورام بنفس الوصف السريري بالرغم من تنوعها الكبير. إن الفحص الإشعاعي هو الذي يقربنا في أغلب الأحيان من التشخيص الذي يعتمد على الاختبار التشريحي المرضي للطرف المقطوع جراحيا.

إن دراستنا هته استعادية و تشمل 24 حالة للأورام الحميدة الخاصة بالفك العلوي، قمنا بجمعها بمصلحة جراحة الوجه و الفك بمستشفى ابن سينا ما بين يناير 2009 وماي 2016.

بين تحليل المعطيات أن الأورام السننية تمثل 83% مقابل 17% من الأورام غير السننية. تظهر هذه الأورام في سن مبكر، حيث كان متوسط العمر 30 عاما من دون هيمنة الجنس.

كانت الاستشارة الطبية في كثير من الأحيان متأخرة: 8 شهرا في المتوسط. وكان التورم فستيبولير العلامة المهيمنة على الأعراض السريرية، مصحوبا بأعراض سننية في 33,34%.

لقد استفاد كل المرضى من فحوصات إشعاعية، حيث أظهرت لنا إشفاقا للأشعة في 41,66% وظليلا للأشعة في 8,33% بدون تخريب للأنسجة المجاورة، والتي مكنتنا من التكهن بالطبيعة الحميدة لهذه الأورام.

كان العلاج محافظا في معظم الحالات معتمد على استئصال الورم 82% وتجريف الحفرة المتبقية.

لقد اعتمد التشخيص الدقيق دائما على الاختبار التشريحي المرضي للطرف المقطوع جراحيا.

كان التطور جيدا في جميع الحالات باستثناء حالاتي انتكاس.



ANNEXES



I. Rappel embryologique :

1. Embryologie Faciale (57, 58,59) :

Au début de la 4^e 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 stomodeum (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 5^e semaine, on distingue (Figure 46) :

- Le bourgeon frontal, médian, présentant latéralement 3 paires de différenciation épithéliale : les placodes olfactives, optiques et otiques. Ce bourgeon donnera à partir de la 6^e semaine les bourgeons nasaux internes et les bourgeons nasaux externes droits et gauches séparés par le processus naso-frontal.
- Les 2 bourgeons maxillaires supérieurs.
- Les 2 bourgeons mandibulaires ou maxillaires inférieurs, issus du 1^{er} arc branchial.

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour des placodes sensorielles et du stomodeum. Ils tendent à se fusionner par phénomènes de confluence et de soudure jusqu'au 3^e mois. Si une anomalie survient dans cette période, il existera une malformation.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

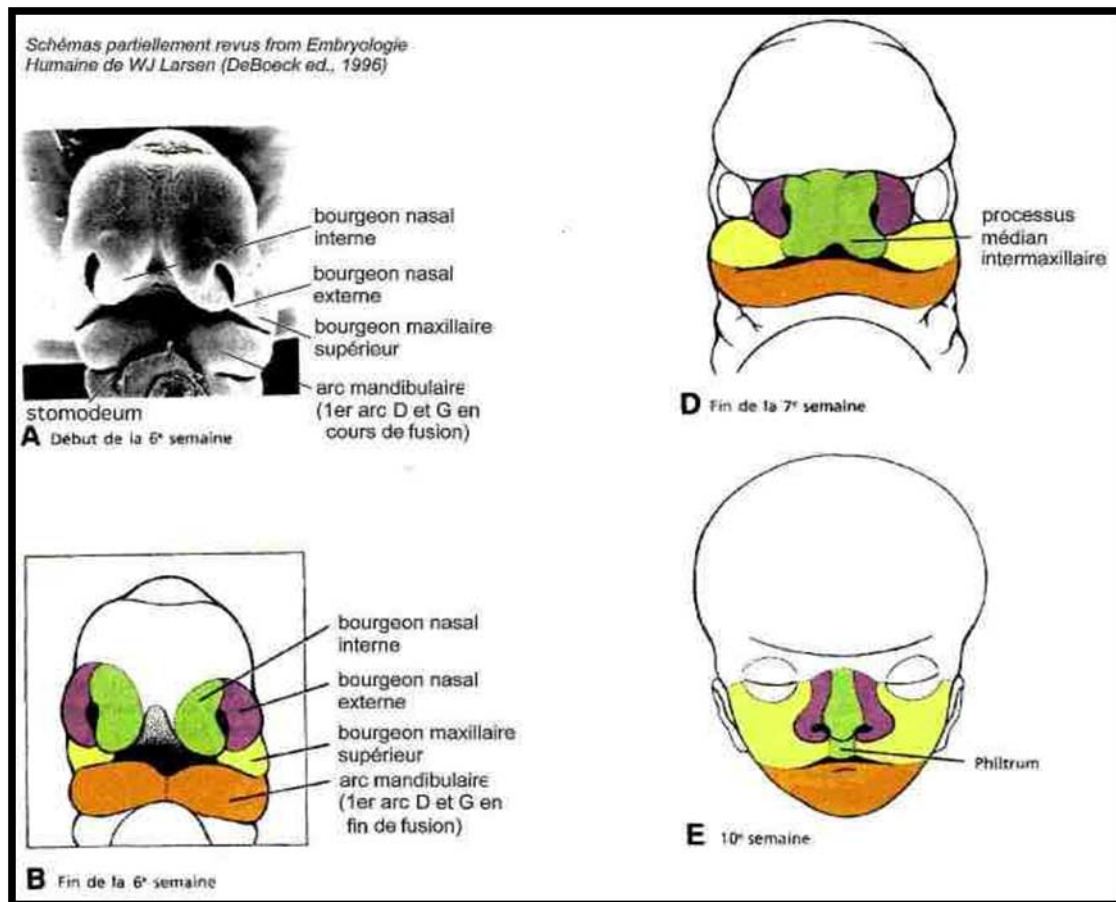


Figure 46 : Développement de la face, aspect à la fin de la 5 semaine jusqu'à 10 semaine (59).

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 vers la 7^e semaine. En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et 2 lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire après abaissement de la langue entre la 7^e et la 10^e semaine (Figure 46).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

2. Odontogénèse (60, 61) :

Chaque dent prend naissance à partir d'un bourgeon dentaire qui a une double origine épithéliale et conjonctive. Chaque bourgeon dentaire résulte d'une série d'interactions entre la lame dentaire, invagination de l'épithélium buccal primitif, et de l'ectomésenchyme, tissu colonisé par des cellules nées des crêtes du nerf trijumeau et ayant migré dans les ébauches des maxillaires. Sous l'induction de l'ectomésenchyme, l'organe de l'émail naît de la lame dentaire. Il comporte 4 assises cellulaires dont les zones de réflexion périphériques sont à l'origine de la future gaine d'Hertwig :

- Une assise interne de préameloblastes.
- Un statum intermedium aux cellules aplaties.
- Un réticulum étoilé ou gelée de l'émail.
- Un épithélium dentaire aux cellules cubiques.

Les préameloblastes induisent la différenciation des fibroblastes de surface en odontoblastes, responsables de la formation de dentine dont la sécrétion provoque le stimulus nécessaire à la maturation des préaméloblastes en améloblastes, lesquels sécrètent de l'émail à la surface de la dentine. Les cémentoblastes apparaissent en périphérie de la racine et sécrètent le ciment après désagrégation des crêtes d'Hertwig en débris épithéliaux de Malassez.

3. Eruption dentaire (57, 58,59) :

On définit comme denture l'ensemble des dents en place sur l'arcade et comme dentition les phénomènes liés à l'éruption et à l'évolution des dents sur l'arcade. La denture lactéale (ou temporaire) comporte 20 dents et se met en place entre l'âge de 6 mois à 2 ans et demi (Figure 47)

- incisives centrales et latérales : entre 6 et 12 mois.
- 1° molaire : entre 12 et 18 mois.
- canine : entre 18 et 24 mois.
- 2° molaire : entre 24 et 30 mois.

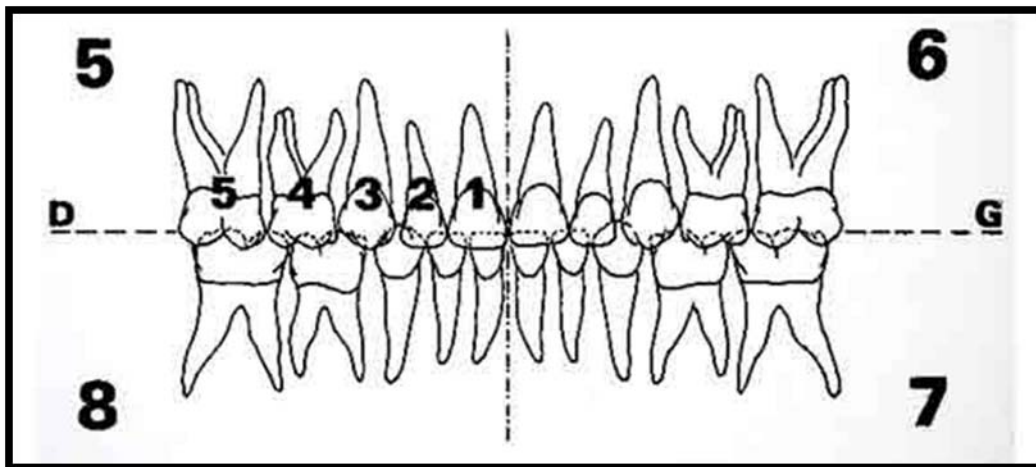


Figure 47 : Denture lactéale (59).

La denture définitive comporte 32 dents et se met en place entre l'âge de 6 ans et 18 ans (Figure 47) :

- 1° molaire : 6 ans (dent de 6 ans).
- incisive centrale : 7 ans.
- incisive latérale : 8 ans.
- 1° prémolaire : 9 ans.
- canine : 10 ans.
- 2° prémolaire : 11 ans.
- 2° molaire : 12 ans (dent de 12 ans).
- 3° molaire : 18 ans (dent de sagesse).

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

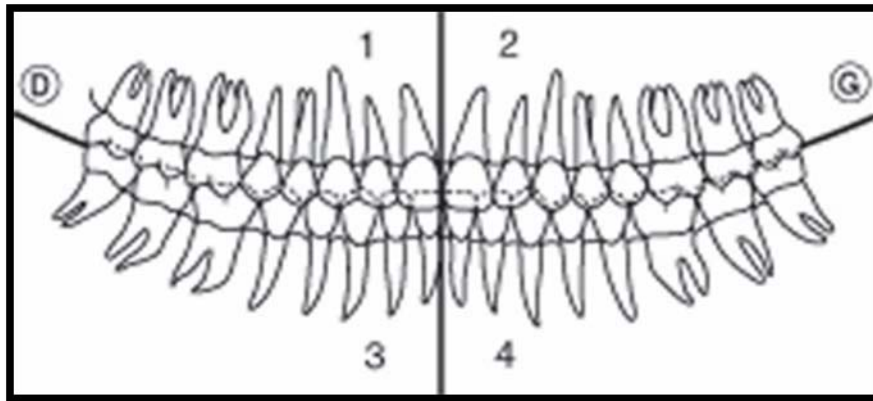


Figure 48 : Denture définitive (59).

Les dents sont disposées sur deux arcades dentaires, dont chacune peut être divisée en deux moitiés symétriques par rapport à un plan sagittal médian. Chacun des quadrants comporte pour la denture temporaire 5 dents (deux incisives, une canine et deux molaires) et pour la denture définitive 8 dents (deux incisives, une canine, deux prémolaires et trois molaires).

Dans chaque héli-arcade, les dents sont numérotées depuis l'incisive médiane jusqu'à la dernière dent, pour les dents temporaires de 1 à 5 (ou de I à V pour certains auteurs) et de 1 à 8 pour les dents définitives. La dent sera numérotée par deux chiffres, le premier désigne le quadrant dont fait partie la dent (1 : quadrant supérieur droit, 2 quadrant supérieur gauche, 3 : quadrant inférieur gauche, 4 : quadrant inférieur droit), le deuxième chiffre désigne le numéro de la dent dans le quadrant considéré. Ainsi la dent n°13 sera une dent située dans le quadrant supérieur droit, et la troisième dans ce quadrant en partant de la ligne médiane : il s'agit de la canine supérieure droite.

Pour les dents temporaires, les quadrants seront numérotés de 5 à 8, le quadrant n° 5 désigne le quadrant supérieur droit, le 6 le quadrant supérieur gauche, le 7 le quadrant inférieur gauche et le 8 le quadrant inférieur droit. Ainsi, la dent n°65 désigne une dent temporaire (ou

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

déciduale ou de lait) située dans le quadrant supérieur gauche en cinquième position par rapport à l'incisive médiane : il s'agit de la deuxième molaire.

II. Rappel anatomique (62, 63, 64,65) :

Le maxillaire est un os pair. Il constitue la majeure partie du massif facial supérieur. Il se situe sous l'orbite dont il forme une partie importante du plancher, au-dessus de la cavité orale dont il forme la partie antérieure de la voûte, latéralement par rapport à la cavité nasale dont il constitue une partie de la paroi latérale. Le maxillaire, de forme quadrilatère, possède deux faces et quatre bords.

1. Faces et bords :

a) Face médiale ou nasale (Figure 49) :

L'apophyse palatine (processus palatin) : c'est une lame osseuse épaisse, aplatie qui s'articule avec son homologue du côté opposé pour former la partie antérieure du palais osseux.

Le hiatus maxillaire : orifice du sinus maxillaire, il fait communiquer la cavité nasale avec le sinus maxillaire.

Le sillon lacrymal : situé en avant du hiatus, il se continue en bas par une crête oblique en bas et en avant, c'est la crête turbinale inférieure. Il est recouvert par la partie inférieure de l'os lacrymal et transformé ainsi en canal lacrymo-nasal.

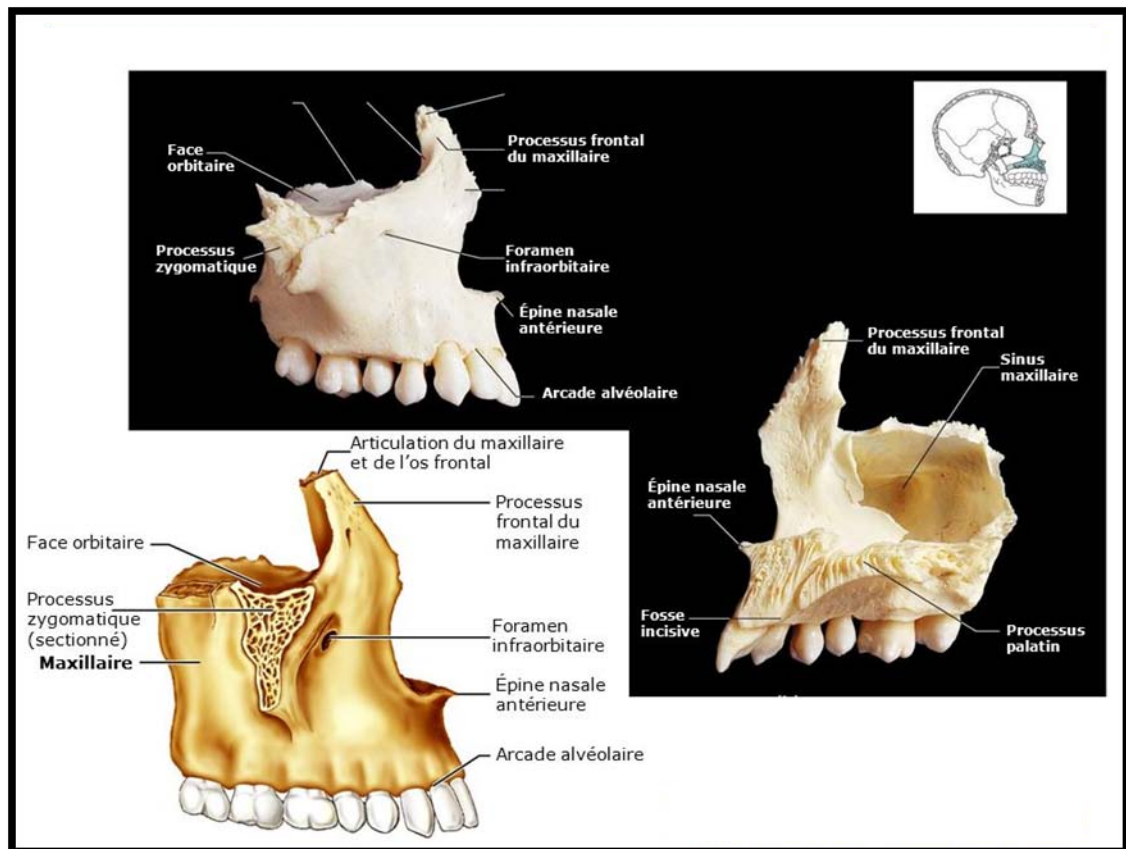


Figure 49 : Maxillaire gauche, vue médiale (63).

b) Face latérale (Figure 50) :

Elle est centrée par le processus zygomatique (apophyse pyramidale) dont le sommet s'articule avec l'os malaire. De ce sommet rugueux partent trois bords qui se dirigent vers la base médiale de l'os : bord antérieur, bord postérieur et le bord inférieur.

c) La face orbitaire (Figure 50) :

Partant de la partie moyenne de son bord postérieur, un sillon se dirige en avant et un peu médialement. Il se transforme en canal avant d'atteindre le bord antérieur. Ce sont le sillon et le canal infra-orbitaire.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

d) Face infra-temporale (Figure 50) :

Elle est convexe dans sa partie médiale formant, la tubérosité maxillaire. On y trouve les foramens alvéolaires.

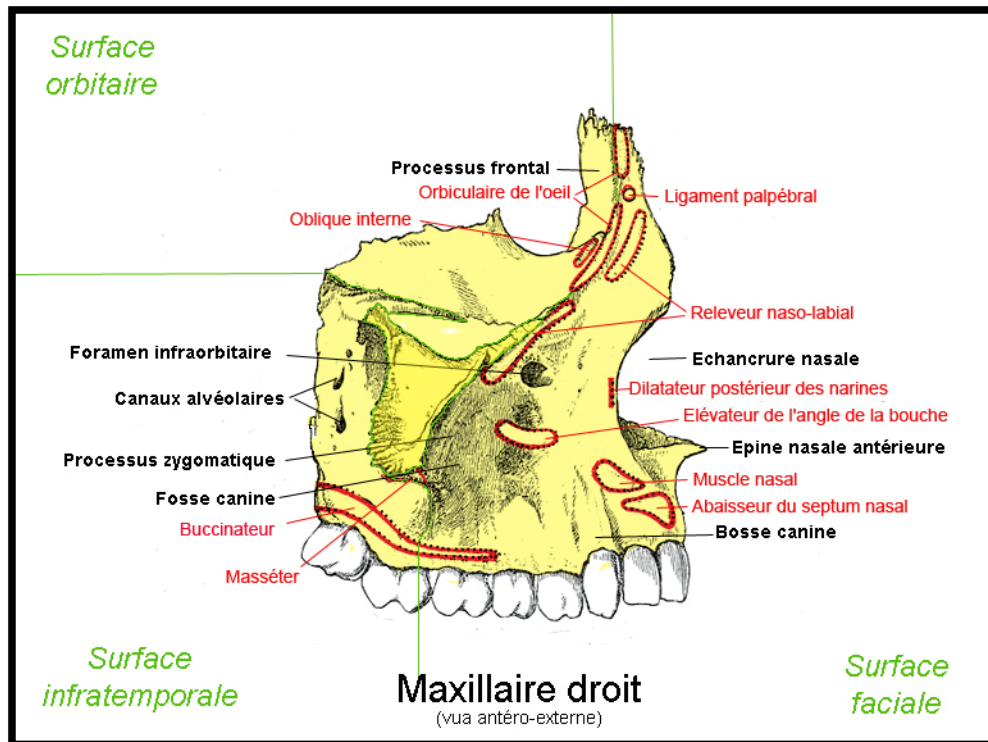


Figure 50 : Maxillaire gauche, vue latérale (63).

e) Face antérieure :

Elle présente l'orifice antérieur du canal infraorbitaire, c'est le foramen infraorbitaire.

Au-dessous de cet orifice, la face présente une dépression, la fosse canine.

f) Le bord supérieur :

Il comporte d'avant en arrière :

- L'implantation du processus frontal.
- Une encoche qui est complétée par l'os lacrymal pour former l'orifice orbitaire du canal lacrymonasal.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

g) Le bord postérieur :

Il est occupé par deux surfaces rugueuses :

- Le trigone palatin articulaire avec le processus orbitaire de l'os palatin.
- Une surface plus importante, articulaire avec le processus pyramidal de l'os palatin.

Entre les deux, le court segment restant constitue la paroi antérieure de la fosse ptérygo-palatine.

h) Le bord inférieur :

C'est le bord alvéolaire, il forme l'arcade dentaire supérieure avec celui de l'os opposé. Il est creusé d'alvéoles dentaires pour les racines des dents.

i) Le bord antérieur :

Il présente trois segments :

- Le tiers supérieur, s'articule avec l'os nasal correspondant.
- Le tiers moyen, forme l'incisure nasale.
- Le tiers inférieur, commence par la saillie de l'épine nasale antérieure, puis descend et s'articule avec celui de l'os opposé pour former la symphyse maxillaire.

2. Vascularisation (66) :

Elle est fragile, son mode de distribution conduit à utiliser des voies d'abord limitées, des décollements prudents, guidés, pour la préserver. Elle est assurée à droite et à gauche par l'artère maxillaire interne, branche de division terminale de la carotide. Adossée à la tubérosité maxillaire, elle distribue plusieurs branches à destinée maxillaire avant de traverser le foramen sphéno-palatin, au-delà duquel elle prend le nom d'artère sphéno-palatine.

3. Innervation (66) :

Elle est assurée par les branches du nerf maxillaire supérieur, branche du trijumeau qui se distribue en :

- Nerfs palatins antérieur et inférieur.
- Nerf naso-palatin
- Nerf alvéolaire supérieur.
- Nerf sous orbitaire.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

I. Identité

1. N
° d'entrée
2. N
om et prénom
3. A ≤10ans 11-20ans 21-30ans 31-40ans >40 ans
ge
4. S Masculin Féminin
exe
5. N Bas Moyen Haut
iveau socio
économique

II. Motif de consultation

.....

III. Antécédents:

1. P a. Médicaux : Oui Non
ersonnels
b. Chirurgicaux: Oui Non
.....
c. Toxico-allergiques : Tabac Oui Non Sevré
Alcool Oui Non Sevré
Allergie Oui Non
Autres
2. F Oui Non
amiliaux
.....

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

IV. Symptomatologie clinique

Le délai de consultation > 6 mois 6 - 12 mois > 12 mois

Les signes fonctionnels

Tuméfaction Oui Non

Signes dentaires Oui Douleur Non

▪ Déplacement

▪ Chute

▪ Mobilité

Autres

Le mode évolutif Rapide Lent

V. Examen clinique

Examen facial

Inspection

Tuméfaction Oui Siège Non

Droite Gauche Bilatérale

Inflammation Oui Non

Ulcération Oui Non

Fistulisation Oui Non

Autres

Palpation

Taille < 2 cm 2 - 4 cm > 4 cm

Consistance Dure Ferme

Douleur Oui Non

Mobilité Mobile Fixe

Limites Régulières Irrégulières Non précisées

Examen Muqueuse Normal Inflammatoire Ulcération Fistule

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

endobuccal	Tuméfaction		Oui <input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
		Jugale <input type="checkbox"/>	Gingivale <input type="checkbox"/>		Palatine <input type="checkbox"/>	Vestibulaire <input type="checkbox"/>
			Mobilité dentaires		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Signes dentaires		Déplacements dentaires		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Perte de dentition		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Etat buccodentaire	Bon <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>		Non précisé	<input type="checkbox"/>
	Autre	.....			
Le reste de l'examen ORL	La rhinoscopie	.....			
	L'examen otologique	.....			
	L'examen cervical	ADP	Oui <input type="checkbox"/>		Non	<input type="checkbox"/>
		Siège	.....		
Examen ophtalmologique	.....				
Examen général	.....				

VI. Examens paracliniques

Radiologie standard	Rx panoramique dentaire	.....
	Autres incidences	.....
Radiologie numérisée	.....
TDM	.....

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

faciale

Biopsie

Faite

Non faite

Nature histologique

VII. Données pré-thérapeutiques :

Bilan biologique NFS GAJ Bilan d'hémostase Fonction rénale

Bilan radiologique ECG Rx thorax

Etat général OMS 0 1 2 3 4

Traitement médical Antibiotique Bain de bouche

Visite du dentiste Faite Non faite

VIII. Données thérapeutiques :

Chirurgie Type d'anesthésie :

Type de chirurgie : Conservatrice Elargie

Abord chirurgicale

Technique opératoire

Radiothérapie

IX. Examen histologique de la pièce opératoire :

.....

X. Surveillance

Suites opératoires Bonnes Complications

Recul

Récidive Oui Non

Délai

Traitement



BIBLIOGRAPHIE



Les tumeurs bénignes du maxillaire.

1. **Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D,**
Pathology and genetics. Head and neck tumors. IARC Press (Lyon); 2005; pp284-327
2. **N. ITASSI , BOULAADASS M, TOBI I , ESSAKALI L, KZADRI M**
Améloblastome : diagnostic et traitement. A propos de 26 cas Ameloblastoma . Report of 26 cas SOPHIA
3. **Iconographie.**
Service de maxillo-facial et stomatologie, Hôpital militaire Avicenne Marrakech.
4. **Janah A, Saidi A, Bourjilat M, Benhaddou A, Chekkouri I.A.**
Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. Corrélations anatomo-radiologiques. Mag Méd. 2001 ; 21 (359) : 346-348.
5. **Alkhateeb T, Alttadi Hamasha, Almasri N.M.**
Oral and maxillofacial tumours in North Jordanian children and adolescents. Oral Maxillofac Surg. 2003 ; 32 : 78-83.
6. **Aregbesola S.B, Ugboko U.I.**
Orofacial tumours in suburban Nigerian children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005 ; 43 : 226-231.
7. **Dodge O.G,**
Tumors of the jaw. Cancer 1965 ; 18 : 205-215.
8. **Dehner L.P.**
Tumors of the mandible and maxilla in children. Cancer 1973 ; 31 : 364-383.
9. **Kovi J, Parth MC, Laing N.**
Tumors of the mandible and maxilla. Cancer. 1966 ; 19 : 1301-1307.
10. **Elarbi M, Elgehani R.**
Orofacial tumours in Libyan children and adolescents. Inter j ped otorhinolaryngo. 2009 ; 73 : 237-242.
11. **Janah A, Kadiri F, Chekkoury IA, Benchakroun Y.**
Les tumeurs bénignes des maxillaires. Approche diagnostique et thérapeutique. Rev Laryng Oto Rhinol 1995;30(3):164-70.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

12. Parkins G.E, Armah G.A, Tettey Y.

Orofacial tumors and tumour-like lesions in Ghana. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008 ; 1-5.

13. Jing W, Xuan M, Lin Y.

*Odontogenic tumors.
Oral Maxillofac Surg. 2007 ; 36 : 20-25.*

14. Elison N.M, Mattias A.w, Edd. Vuhahula. Odontogenic tumors.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005 ; 99 : 598-602.

15. Bornstein M, Filippi A, Jörg H, Altermatt J, Lambrecht T, Buser D.

Le kératokyste odontogène: kyste odontogène ou tumeur bénigne? Rev Mens Suisse Odontostomatol 2005;115(2):123-8.

16. Guerin C.

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.

17. Dhoub M et al.

Les tumeurs bénignes des maxillaires : étude de 98 cas. Rev stomatol Chir maxillo fac 2003;104(2):59.

18. Lachard J et al.

Tumeurs et pseudo-tumeurs des maxillaires. Rev stomatol chirurgie maxillo-fac 1994 ;95(2):68-197.

19. Lezy JP, Princ G.

Tumeurs bénignes et kystes des maxillaires. Abrégés de stomatologie et pathologie maxillo faciale 1987;98-103.

20. Brygo A, Leroy X, Maes J-M, Ferri J.

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

21. Olgac V, Koseoglu B.G, Aksakalli N.

*Odontogenic tumours in Istanbul.
Br J Oral Maxillofac Surg. 2006 ; 44 : 386-388.*

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

22. Misino J, Lavis J.F, Tardif A, Peron J-M.
Kystes solitaires des maxillaires.
Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2004 ; 105 (6) : 317-321.
23. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y.
Tumeurs odontogènes.
E.M.C. Stomatologie. 22-062-F-10. 1995.
24. Temam G, Lacan A, Suissa M, Samama D, Sarazin L.
Imagerie dento-maxillaire. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 2004;30-850-A-10.
25. Martin-duverneuil N, Sahli-Amor N, Chiras J.
Imagerie tumorale odontogénique des maxillaires. *J radiol* 2009;90:60-649.
26. Guilbert F, Chomette G, Charpentier Y, Auriol MM.
Les tumeurs bénignes et les pseudo tumeurs des maxillaires. *Rev stomatol- Chir Maxillofac*
1993;94(4):197-265.
27. Harnet J.C, Raybaud H, Rocca J.C, Mahler P.
Unicystic ameloblastoma in a child.
Int J Ped Otorhinolaryn extra. 2008 ; 3 : 192-196.
28. DE Tourniel J, Brocheriou F, Vigneul J.C.
Volumineux odontome complexe du maxillaire. *E.M.C. A-05-132.* 1988.
29. Zwahlen R.A, Gratz K.W.
Maxillary Ameloblastomas.
J Cranio-Maxillofac surg. 2002 ; 30 : 273-279.
30. Danielle P, christian E.J.
Stratégies d'exploration en imagerie maxillofaciale. *E.M.C. Stomatologie* 1996, 22-010-D-60.
31. Meningaud J-P, Oprean N, Poramate P-A.
Odontogenic cysts.
J Oral Sc. 2006; 48 (2): 59-62.
32. Procket A.P, Schebela C.R, Maito F.D.M.
Odontogenic cysts.
Head Neck Patho. 2008;2: 150-156.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

33. Koseoglu B.G, Atalay B, Erdem M.A.

Odontogenic cysts.

J Oral Sc. 2004; 46 (4) : 253–257.

34. 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.

35. Guerin C.

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.

36. bahloul N.

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

Thèse de médecine dentaire 2002.

37. Ruhin B, Guilbert F, Bertrand J.C.

Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. E.M.C. Stomatologie 1. 2005 : 42–49.

38. Favre–Dauvergne E, Guilbert F.

Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. E.M.C. Stomatologie 1. 2005 : 42–49

39. Hervé S, Conessa C, Chollet O, Poncet J.L.

Kystes du maxillaire.

E.M.C ORL. 20–482–A–10.

40. Bornstein M.M, Filippi A, Hans jorg, Altermatt.

Le kératokyste odontogène.

Rev Suis Odontostomato. 2005; 115 (2) : 123–128.

41. Reynolds WR, Pacyniak J.

Ameloblastoma: radioresistant or radiosensitive. J Mo Dent Assoc. 1982;62(6):36–38.

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

42. Atkinson C, Harwood AR, Cummings BJ.
Ameloblastoma of the jaw: a reappraisal of the role of megavoltage irradiation. Cancer. 1984;53(4):869-873.
43. Sheinkopf DE, Friedman JM.
Radiotherapy in the management of recurrent ameloblastoma; a long-term follow-up of a case. N Y State Dent J. 1990;56(3):36-37.
44. Miyamoto CT, Brady LW, Markoe A, Salinger D.
Ameloblastoma of the jaw treatment with radiation therapy and a case report. Am J Clin Oncol. 1991;14(3):225-230.
45. Anastassov GE, Rodriguez ED, Adamo AK, Friedman JM.
Case report: Aggressive ameloblastoma treated with radiotherapy, surgical ablation and reconstruction. J Am Dent Assoc. 1998;129(1):84-87.
46. Rastogi M, Srivastava K, Bhatt MLB, Srivastava M, Sudhir S, Srivastava AN.
Giant ameloblastoma of jaw successfully treated by radiotherapy. Oral Oncology Extra. 2006;42(1):22-25.
47. Vallicioni J, Loum B, Dasonville O, Poissonnet G.
*Les améloblastomes.
Ann oto-laryn chir cervico-fac. 2007; 124 : 166-171.*
48. Jeblaoui Y, Ben Neji N, Hddad S.
Algorithme de prise en charge des améloblastomes en tunisie. Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2007 ; 108 : 419-423.
49. Farah klibi F, Ferchichi L, Beyaa Rassou H, Zairi I.
*La tumeur odontogénique adénomatoïde.
Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2007 ; 108 : 61-64.*
50. Somporn S, Kittipong D, Hivong A.J.
*Adenomatoïd odontogenic tumors.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 ; 105 : 210-215.*
51. Teman G., Lacan A, Suissa M, Samama D.
*Imagerie dento-maxillaire.
E.M.C. Radiologie 1. 2004 : 354-376.*

52. Shetty K, Vastardis S, Giannini P.

Management of an unusually large adenomatoid odontogenic tumor. Oral Oncology Extra. 2005 ; 41: 316-318.

53. Elbayi H, Elharti K, Chbicheb S, Elwady W, Oujilal A.

*Myxome odontogénique des maxillaires.
Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2006 ; 107 : 389-392.*

54. Lamhaouar L, Khazana M, Benyahya L.

*Les fibromes cémento-ossifiants
J dent Québec. 2005 ; 42 : 13-21.*

55. Loeb I, Boutremans E.

*La dysplasie fibreuse.
Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2005 ; 106 (5) : 311-386.*

56. Jebbloui Y, BenNeji N

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

57. Blanc J.L, Chossegras C, Bellot-Samson V.

*Développement bucco-dentaire et anomalies.
Thèse de Médecine 2005.*

58. Bahloul N.

*Kit d'auto-enseignement de sémiologie radiologique des pathologies kystiques et tumorales
bénignes des maxillaires.
Thèse de médecine dentaire 2002.*

59. Ben Alaya T, Savane S, Iffenecker C, Jouan E, Pajoni D et al.

*Odonto-stomatologie.
Fracture mandibulaire. Etude radiologique standard et tomодensitométrie.
Feuillets de radiol 1997;37(3):82-170.*

60. Chevrel J.P, Fontaine C.

*Anatomie clinique.
Tête et cou. 1996;3:37-42.*

Les tumeurs bénignes du maxillaire.

61. Johannes W. R, Chihiro Y.

Anatomie humaine.

3eme édition. 1999:41-5

62. Crépy C. Anatomie cervico-faciale.

Ostéologie cranio-faciale et anatomie descriptive de la face et du cou.

Masson. 1967;1:98-111.

63. Bouchet A, Cuillert J. Anatomie topographique et fonctionnelle.

1. 2eme édition : 332-5.

Anatomie descriptive de la mandibule (2, 3, 4, 5,67)

64. Crepy C.

Ostéologie cranio-faciale et anatomie descriptive de la face et du cou. Masson et Cie.

Anatomie cervico-faciale Paris 2004;1 :235-433.

65. Sobotta.

Atlas d'anatomie humaine. Tome 1. Tête, cou, membre supérieure.

Paris : éditions médicales internationales. p 416.

66. Taylor.

Clinical maxillo-facial prosthetics.

Quintessence books, 2000 ; 304 : 171-81.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 09

سنة 2018

الأورام الحميدة للفك العلوي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 26 فبراير 2018

من طرف

السيدة لينا رشيد

المزداة في 22 غشت 1992 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الأورام الحميدة للفك العلوي - السنينة - غير السنينة

اللجنة

الرئيس

ح.عمار

السيد

المشرف

أستاذ التعليم العالي في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

م.الكويشمي

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفكين

ن.المنصوري الحطاب

السيدة

أستاذة التعليم العالي في جراحة الوجه والفكين.

أ.فخري

السيد

أستاذ في علم الأنسجة الأجنبية والوراثة الخلوية.

خ.الكولالي إدريسي

السيد

أستاذ التعليم العالي في جراحة العظام والمفاصل.

الحكام

