

**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-**

ANNEE: 2012

THESE N°: 177

**TUMEURS BENIGNES DE LA CAVITE BUCCALE :
(ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 209 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Mustapha LOULOU

Né le 16 Juin 1978 à Agadir

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Tumeurs bénignes – Cavité buccale – Epidémiologie.

JURY

Mr. A. OUJILAL

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie

Mr. M. NASSIH

Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale
Et Stomatologie

Mr. A. AL BOUZIDI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Mr. M. BOULAADAS

Professeur Agrégé de Chirurgie Maxillo-Faciale
Et Stomatologie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"ربِّهِ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ طَالَمَا تَرْضَاهُ وَأُطْلِعَ

لِي فِي خَلْقِي إِنْ بَنَيْتَهُ إِلَيْكَ

وَأَنْبِيَّ مِنَ الْمُسْلِمِينَ"

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ.



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie

4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie

6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie

7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie

8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire

9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie – Réanimation

10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie

12. Pr. BENOMAR M'hammed
13. Pr. BENSOUDA Mohamed
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Novembre 1983

16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
17. Pr. BALAFREJ Amina
18. Pr. BELLAKHDAR Fouad
19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

21. Pr. BOUCETTA Mohamed*
22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
25. Pr. NAJI M'Barek *
26. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

27. Pr. BENJELLOUN Halima
28. Pr. BENS Aid Younes
29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
30. Pr. IHRAI Hssain *
31. Pr. IRAQI Ghali
32. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

33. Pr. AJANA Ali
34. Pr. AMMAR Fanid
35. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép. TAOBANE
36. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
37. Pr. EL HAITEM Naïma
38. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
39. Pr. EL YAACOUBI Moradh
40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
41. Pr. LACHKAR Hassan
42. Pr. OHAYON Victor*
43. Pr. YAHYA OUI Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

44. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
45. Pr. DAFIRI Rachida
46. Pr. FAIK Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie

47. Pr. HERMAS Mohamed
48. Pr. TOLOUNE Farida*

Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNAOUI Mohamed
50. Pr. AOUNI Mohamed
51. Pr. BENAMEUR Mohamed*
52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
53. Pr. CHAD Bouziane
54. Pr. CHKOFF Rachid
55. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
56. Pr. HACHIM Mohammed*
57. Pr. HACHIMI Mohamed
58. Pr. KHARBACH Aïcha
59. Pr. MANSOURI Fatima
60. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
61. Pr. SEDRATI Omar*
62. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrie
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
64. Pr. ATMANI Mohamed*
65. Pr. AZZOUZI Abderrahim
66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
70. Pr. BENSOUDA Yahia
71. Pr. BERRAHO Amina
72. Pr. BEZZAD Rachid
73. Pr. CHABRAOUI Layachi
74. Pr. CHANA El Houssaine*
75. Pr. CHERRAH Yahia
76. Pr. CHOKAIRI Omar
77. Pr. FAJRI Ahmed*
78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
79. Pr. KHATTAB Mohamed
80. Pr. NEJMI Maati
81. Pr. OUAALINE Mohammed*
82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
83. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed
85. Pr. BENOUDA Amina

Chirurgie Générale
Microbiologie

86. Pr. BENSOUDA Adil
87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
89. Pr. CHRAIBI Chafiq
90. Pr. DAOUDI Rajae
91. Pr. DEHAYNI Mohamed*
92. Pr. EL HADDOURY Mohamed
93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
94. Pr. FELLAT Rokaya
95. Pr. GHAFIR Driss*
96. Pr. JIDDANE Mohamed
97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
98. Pr. TAGHY Ahmed
99. Pr. ZOUHDI Mimoun

Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

- 100.Pr. AGNAOU Lahcen
- 101.Pr. AL BAROUDI Saad
- 102.Pr. BENCHERIFA Fatiha
- 103.Pr. BENJAAFAR Nouredine
- 104.Pr. BENJELLOUN Samir
- 105.Pr. BEN RAIS Nozha
- 106.Pr. CAOUI Malika
- 107.Pr. CHRAIBI Abdelmjid
- 108.Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
- 109.Pr. EL AOUDAD Rajae
- 110.Pr. EL BARDOUNI Ahmed
- 111.Pr. EL HASSANI My Rachid
- 112.Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
- 113.Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
- 114.Pr. ERROUGANI Abdelkader
- 115.Pr. ESSAKALI Malika
- 116.Pr. ETTAYEBI Fouad
- 117.Pr. HADRI Larbi*
- 118.Pr. HASSAM Badredine
- 119.Pr. IFRINE Lahssan
- 120.Pr. JELTHI Ahmed
- 121.Pr. MAHFOUD Mustapha
- 122.Pr. MOUDENE Ahmed*
- 123.Pr. OULBACHA Said
- 124.Pr. RHRAB Brahim
- 125.Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
- 126.Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

127.Pr. ABBAR Mohamed*
128.Pr. ABDELHAK M'barek
129.Pr. BELAIDI Halima
130.Pr. BRAHMI Rida Slimane
131.Pr. BENTAHILA Abdelali
132.Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
133.Pr. BERRADA Mohamed Saleh
134.Pr. CHAMI Ilham
135.Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
136.Pr. EL ABBADI Najia
137.Pr. HANINE Ahmed*
138.Pr. JALIL Abdelouahed
139.Pr. LAKHDAR Amina
140.Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

141.Pr. ABOUQUAL Redouane
142.Pr. AMRAoui Mohamed
143.Pr. BAIDADA Abdelaziz
144.Pr. BARGACH Samir
145.Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
146.Pr. BENAZZOuz Mustapha
147.Pr. CHAARI Jilali*
148.Pr. DIMOU M'barek*
149.Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
150.Pr. EL MESNAoui Abbes
151.Pr. ESSAKALI HOUSYNI Leila
152.Pr. FERHATI Driss
153.Pr. HASSOUNI Fadil
154.Pr. HDA Abdelhamid*
155.Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
156.Pr. IBRAHIMY Wafaa
157.Pr. MANSOURI Aziz
158.Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
159.Pr. RZIN Abdelkader*
160.Pr. SEFIANI Abdelaziz
161.Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

162.Pr. AMIL Touriya*
163.Pr. BELKACEM Rachid
164.Pr. BELMAHI Amin
165.Pr. BOULANOuar Abdelkrim
166.Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

167.Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 168.Pr. GAOUZI Ahmed
 169.Pr. MAHFOUDI M'barek*
 170.Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 171.Pr. MOHAMMADI Mohamed
 172.Pr. MOULINE Soumaya
 173.Pr. OUADGHIRI Mohamed
 174.Pr. OUZEDDOUN Naima
 175.Pr. ZBIR EL Mehdi*

Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Novembre 1997

176.Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 177.Pr. BEN AMAR Abdesselem
 178.Pr. BEN SLIMANE Lounis
 179.Pr. BIROUK Nazha
 180.Pr. BOULAICH Mohamed
 181.Pr. CHAOUIR Souad*
 182.Pr. DERRAZ Said
 183.Pr. ERREIMI Naima
 184.Pr. FELLAT Nadia
 185.Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 186.Pr. HAIMEUR Charki*
 187.Pr. KANOUNI NAWAL
 188.Pr. KOUTANI Abdellatif
 189.Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 190.Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 191.Pr. NAZI M'barek*
 192.Pr. OUAHABI Hamid*
 193.Pr. SAFI Lahcen*
 194.Pr. TAOUFIQ Jallal
 195.Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 O.RL.
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196.Pr. AFIFI RAJAA
 197.Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
 198.Pr. ALOUANE Mohammed*
 199.Pr. BENOMAR ALI
 200.Pr. BOUGTAB Abdesslam
 201.Pr. ER RIHANI Hassan
 202.Pr. EZZAITOUNI Fatima
 203.Pr. KABBAJ Najat
 204.Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Neurologie
 Chirurgie Générale
 Oncologie Médicale
 Néphrologie
 Radiologie
 Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205.Pr. BENKIRANE Majid*

Hématologie

206.Pr. KHATOURI ALI*
207.Pr. LABRAIMI Ahmed*

Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208.Pr. ABID Ahmed*
209.Pr. AIT OUMAR Hassan
210.Pr. BENCHERIF My Zahid
211.Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
212.Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
213.Pr. CHAOUI Zineb
214.Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
215.Pr. ECHARRAB El Mahjoub
216.Pr. EL FTOUH Mustapha
217.Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
218.Pr. EL OTMANY Azzedine
219.Pr. GHANNAM Rachid
220.Pr. HAMMANI Lahcen
221.Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
222.Pr. ISMAILI Hassane*
223.Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
224.Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
225.Pr. TACHINANTE Rajae
226.Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-ptisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

227.Pr. AIDI Saadia
228.Pr. AIT OURHROUI Mohamed
229.Pr. AJANA Fatima Zohra
230.Pr. BENAMR Said
231.Pr. BENCHEKROUN Nabiha
232.Pr. CHERTI Mohammed
233.Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
234.Pr. EL HASSANI Amine
235.Pr. EL IDGHIRI Hassan
236.Pr. EL KHADER Khalid
237.Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
238.Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
239.Pr. HSSAIDA Rachid*
240.Pr. LACHKAR Azzouz
241.Pr. LAHLOU Abdou
242.Pr. MAFTAH Mohamed*
243.Pr. MAHASSINI Najat
244.Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
245.Pr. NASSIH Mohamed*
246.Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

247.Pr. ABABOU Adil
248.Pr. AOUDAD Aicha
249.Pr. BALKHI Hicham*
250.Pr. BELMEKKI Mohammed
251.Pr. BENABDELJILIL Maria
252.Pr. BENAMAR Loubna
253.Pr. BENAMOR Jouda
254.Pr. BENELBARHDADI Imane
255.Pr. BENNANI Rajae
256.Pr. BENOUDACHANE Thami
257.Pr. BENYOUSSEF Khalil
258.Pr. BERRADA Rachid
259.Pr. BEZZA Ahmed*
260.Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
261.Pr. BOUHOUCHE Rachida
262.Pr. BOUMDIN El Hassane*
263.Pr. CHAT Latifa
264.Pr. CHELLAOUI Mounia
265.Pr. DAALI Mustapha*
266.Pr. DRISSI Sidi Mourad*
267.Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
268.Pr. EL HIJRI Ahmed
269.Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
270.Pr. EL MADHI Tarik
271.Pr. EL MOUSSAIF Hamid
272.Pr. EL OUNANI Mohamed
273.Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
274.Pr. ETTAIR Said
275.Pr. GAZZAZ Miloudi*
276.Pr. GOURINDA Hassan
277.Pr. HRORA Abdelmalek
278.Pr. KABBAJ Saad
279.Pr. KABIRI EL Hassane*
280.Pr. LAMRANI Moulay Omar
281.Pr. LEKEHAL Brahim
282.Pr. MAHASSIN Fattouma*
283.Pr. MEDARHRI Jalil
284.Pr. MIKDAME Mohammed*
285.Pr. MOHSINE Raouf
286.Pr. NABIL Samira
287.Pr. NOUINI Yassine
288.Pr. OUALIM Zouhir*
289.Pr. SABBAH Farid
290.Pr. SEFIANI Yasser

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique

291.Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
292.Pr. TAZI MOUKHA Karim

Pédiatrie
Urologie

Décembre 2002

293.Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
294.Pr. AMEUR Ahmed *
295.Pr. AMRI Rachida
296.Pr. AOURARH Aziz*
297.Pr. BAMOU Youssef *
298.Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
299.Pr. BENBOUAZZA Karima
300.Pr. BENZEKRI Laila
301.Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
302.Pr. BERNOUSSI Zakiya
303.Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
304.Pr. CHOHO Abdelkrim *
305.Pr. CHKIRATE Bouchra
306.Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
307.Pr. EL ALJ Haj Ahmed
308.Pr. EL BARNOUSSI Leila
309.Pr. EL HAOURI Mohamed *
310.Pr. EL MANSARI Omar*
311.Pr. ES-SADEL Abdelhamid
312.Pr. FILALI ADIB Abdelhai
313.Pr. HADDOUR Leila
314.Pr. HAJJI Zakia
315.Pr. IKEN Ali
316.Pr. ISMAEL Farid
317.Pr. JAAFAR Abdeloihab*
318.Pr. KRIOULE Yamina
319.Pr. LAGHMARI Mina
320.Pr. MABROUK Hfid*
321.Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
322.Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
323.Pr. MOUSTAINE My Rachid
324.Pr. NAITLHO Abdelhamid*
325.Pr. OUJILAL Abdelilah
326.Pr. RACHID Khalid *
327.Pr. RAISS Mohamed
328.Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
329.Pr. RHOUE Hakima
330.Pr. SIAH Samir *
331.Pr. THIMOU Amal
332.Pr. ZENTAR Aziz*
333.Pr. ZRARA Ibtisam*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334.Pr. ABDELLAH El Hassan
335.Pr. AMRANI Mariam
336.Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
337.Pr. BENKIRANE Ahmed*
338.Pr. BENRAMDANE Larbi*
339.Pr. BOUGHALEM Mohamed*
340.Pr. BOULAADAS Malik
341.Pr. BOURAZZA Ahmed*
342.Pr. CHAGAR Belkacem*
343.Pr. CHERRADI Nadia
344.Pr. EL FENNI Jamal*
345.Pr. EL HANCHI ZAKI
346.Pr. EL KHORASSANI Mohamed
347.Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
348.Pr. HACHI Hafid
349.Pr. JABOUIRIK Fatima
350.Pr. KARMANE Abdelouahed
351.Pr. KHABOUZE Samira
352.Pr. KHARMAZ Mohamed
353.Pr. LEZREK Mohammed*
354.Pr. MOUGHIL Said
355.Pr. NAOUMI Asmae*
356.Pr. SAADI Nozha
357.Pr. SASSENOU ISMAIL*
358.Pr. TARIB Abdelilah*
359.Pr. TIJAMI Fouad
360.Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

361.Pr. ABBASSI Abdellah
362.Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
363.Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
364.Pr. ALLALI Fadoua
365.Pr. AMAR Yamama
366.Pr. AMAZOUZI Abdellah
367.Pr. AZIZ Noureddine*
368.Pr. BAHIRI Rachid
369.Pr. BARKAT Amina
370.Pr. BENHALIMA Hanane
371.Pr. BENHARBIT Mohamed
372.Pr. BENYASS Aatif
373.Pr. BERNOUSSI Abdelghani

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie

374.Pr. BOUKLATA Salwa
 375.Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 376.Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 377.Pr. EL HAMZAoui Sakina
 378.Pr. HAJJI Leila
 379.Pr. HESSISSEN Leila
 380.Pr. JIDAL Mohamed*
 381.Pr. KARIM Abdelouahed
 382.Pr. KENDOOUSSI Mohamed*
 383.Pr. LAAROUSSI Mohamed
 384.Pr. LYAGOUBI Mohammed
 385.Pr. NIAMANE Radouane*
 386.Pr. RAGALA Abdelhak
 387.Pr. SBIHI Souad
 388.Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 389.Pr. ZERAIDI Najia

Radiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 424. Pr. AFIFI Yasser
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra
 427 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429 Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAoui Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448.Pr. LAATIRIS Abdelkader*

Rhumatologie
 Dermatologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique

449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra*
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad*
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhoussain *
 482. Pr. MRANI Saad *
 483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie

490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAoui Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib*
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha
 Pr. ZOUHAIR Said*
 Pr. L'kassimi Hachemi*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. AIT BENHADDou El hachmia

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Neuro-chirurgie
 Neurologie

Pr. AGADR Aomar *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. BASSOU Driss *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. KADI Said *

Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Rhumatologie
 Traumatologie orthopédique
 Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

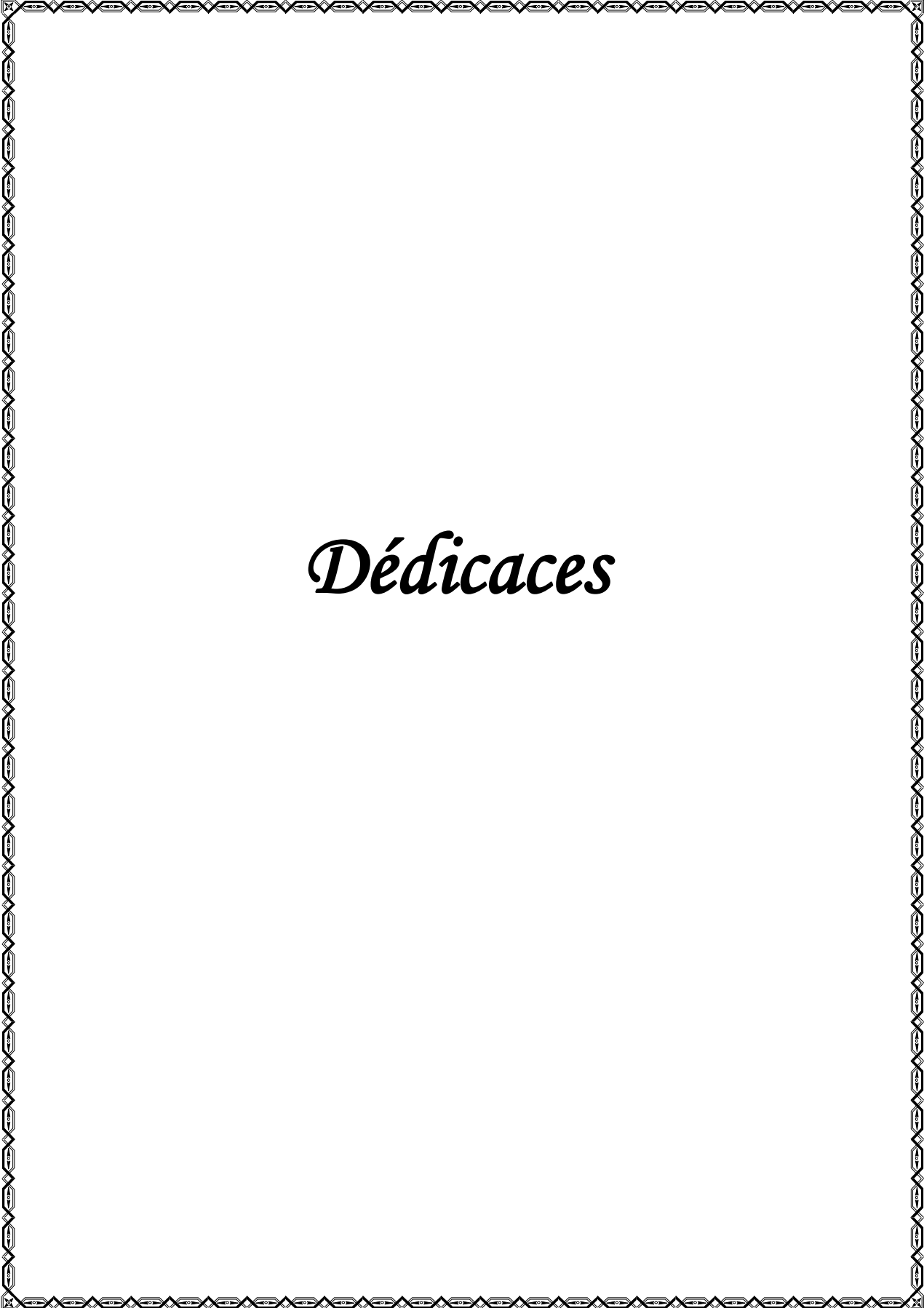
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. KANOUNI Lamya
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. BOUSSIF Mohamed*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. ZOUAIDIA Fouad
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
 Gastro entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie réanimation
 Radiothérapie
 Radiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Médecine aérologique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbès	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSI Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*** *Enseignants Militaires***

A decorative border composed of a repeating geometric pattern of small diamonds and squares, enclosing the central text.

Dédicaces



A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A

FEU SA MAJESTÉ LE ROI

HASSAN II



Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis

A

SA MAJESTÉ LE ROI

MOHAMED VI



*Chef suprême et chef d'état major général
des forces armées royales.*

Que dieu le glorifie et préserve son royaume.

A

*SON ALTESSE ROYALE LE PRINCE HERITIER
MOULAY EL HASSAN*



Que dieu le garde.

A TOUTE LA FAMILLE ROYALE



A Monsieur le Médecin Général de Brigade

ALI ABROUQ:

Professeur d'oto-rhino-laryngologie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A Monsieur le Médecin Colonel Major

MOHAMMED HACHIM :

Professeur de médecine interne.

Directeur de l'HMIMV –Rabat.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération*

A Monsieur le Médecin Colonel Major
KHALID LAZRAK :

Professeur de Traumatologie Orthopédie.

Directeur de L'Hôpital Militaire de Meknès.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A Monsieur le Médecin Colonel Major
MOHAMMED JANATI IDRISI :

Professeur de Chirurgie viscérale.

Directeur de L'Hôpital Militaire de Marrakech.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A Monsieur le Médecin Colonel Major
HDA ABDELHAMID:

Professeur de Cardiologie.

Directeur de l'E.R.S.S.M et de L'E.R.M.I.M.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A la mémoire de mes grands parents

Aucun mot ne pourra exprimer ma grande tristesse en votre absence...

Vos visages gais et souriants...

Votre tendresse infinie...

Et votre amour incomparable...

Resteront à jamais gravés dans mon cœur...

Je vous remercie pour tous les beaux moments que nous avons partagé en famille...

Je te remercie pour m'avoir appris à prendre des décisions dans la vie...

Je te remercie pour ton grand amour...

Tu me manques beaucoup grand père...

J'aurai aimé que tu sois à mes côtés ce jour...

Mais le destin en a décidé autrement...

J'espère que tu es fier de moi grand père ...

Je t'aime...

Que vos âmes reposent en paix...

A ma très chère mère

Votre patience, votre bienveillance, votre dévouement et votre courage sont admirables.

Vous étiez toujours présente pour nous écouter, nous reconforter et nous montrer le droit chemin.

Vous avez déployé énormément d'efforts pour que nous ne manquions de rien.

Vous êtes une mère formidable.

Je t'aime et je te souhaite longue vie dans la bonne santé et le bonheur.

Aujourd'hui je suis comme un arbre sans fruit.

Je n'ai que ce modeste travail à vous offrir en attendant des jours meilleurs.

A Mon Cher père

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Votre fils dévoué.

A mes très chères sœurs

AMAL, ET FATIM ZAHRA

Chacune de vous possède dans ma vie une place originale, l'estime la chaleur et l'amour qui nous unissent.

Je suis très heureux de pouvoir vous présenter par ce travail le témoignage de mon profond amour et les liens de fraternité qui nous unissent.

Je vous souhaite une vie pleine de joie et de réussite.

A mes très chers frères

Adil ; Fouad, et Salaheddine

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ton aide, ton soutien, ta compréhension et ton amour ; tu étais toujours présente pour m'orienter et me conseiller puisses tu trouver dans ce travail le témoignage de mon amour le plus sincère.

A mes tantes et mes oncles

Je vous remercie pour tous les moments de joie et de fêtes que nous avons partagés,

Je vous remercie aussi pour tous les voyages que nous avons fait et que nous ferons ensemble...

*A mon très cher oncle le Médecin Général ABDELGHANI METHQAL
et à son épouse HADJA FATIMA*

Votre soutien, votre dévouement et votre amour ont été une grande source de motivation pour moi.

Votre aide m'a toujours été précieuse. Je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

Je vous dédie ce modeste travail en guise de remerciement pour vos conseils et encouragements qui m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

A mes cousins et cousines

Je n'oublierai jamais les souvenirs d'enfance que, j'espère, partagerons aussi avec nos enfants...

A Mon Meilleur ami et sa petite famille

ABDESALAM AZELMATH

Et son épouse Noura

Merci pour ton amour, ton amitié. Tu étais toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter

Que Dieu te protège et te procure joie et bonheur et que notre amitié reste à jamais.

A tous mes amis d'enfance

Amachay Omar, Youssef el Ghazbouri ...

Amis d'enfance, vous partagerez toujours une partie de ma vie et de mon cœur.

Que Dieu vous procure tout le bonheur que vous méritez.

A mes meilleurs amis et leurs familles

DR Youssef Benyass

DR Brahim beddouch

DR Othmane chekrouni

DR Nidal Bercheq

DR Chater Amine

DR Rachid El Houba

DR Rachid Zerrouk

DR Hassan Balal

DR Ahmed Alayoud

DR Med Said Bouya

DR Mohamed Bhairis

DR Kamal Fikhi

DR Jawad Lahma

DR Med Chakir Machraoui

Si Mohamed Azeggar, Drissi Mohamed, Mustapha Berrachadi, Hamada Kasri

Vous êtes plus que des amies, vous êtes mes frères et vous n'avez jamais cessé de me soutenir durant toute notre amitié ainsi que vos familles.

Nous avons partagé des souvenirs agréables et vous avez toujours fait preuve d'une vraie amitié et d'un amour propre.

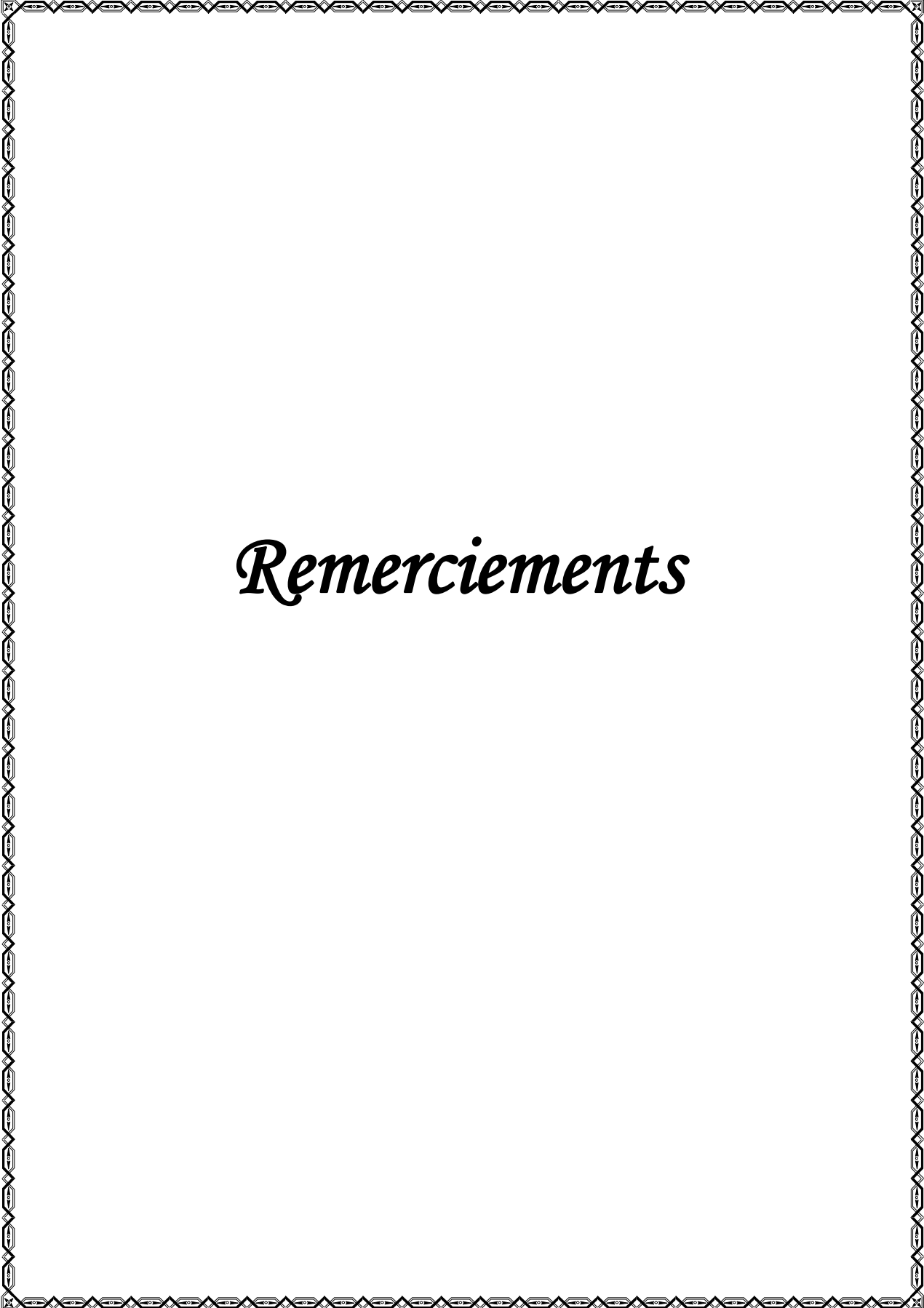
Que dieu préserve notre amitié pour qu'elle ne se dénoue jamais.

*À tous ceux ou celles qui me sont chers
et que j'ai omis involontairement de citer.*

À Tous Mes enseignants tout au long de mes études.

*À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce
travail.*

*À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens
et diminuer leurs souffrances*

A decorative border composed of a repeating geometric pattern of small diamonds and squares, enclosing the central text.

Remerciements

A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur Abdelilah Oujilal
Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie
Hôpital des spécialités CHU Rabat

Vous avez bien voulu nous faire honneur en acceptant de présider le
Jury de cette thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles sont pour nous un exemple
à suivre.

Soyez assuré de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur Mohammed Nassih

Professeur de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Hôpital Militaire de Meknès.

Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à chaque étape de sa réalisation.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute admiration.

Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Al Bouzidi Abderrahmane

*Professeur d'Anatomie pathologie Hôpital
militaire d'instruction Med-V*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger cette thèse.*

*Nous avons apprécié vos qualités d'enseignant et de médecin, votre
dynamisme et votre extrême sympathie.*

*Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre vive
reconnaissance et notre gratitude.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Boulaadas Malik

Professeur de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Hôpital des spécialités CHU Rabat

Nous sommes particulièrement heureux et honorés que vous avez bien accepté de juger notre thèse.

Nous avons été particulièrement touchés par la simplicité, la gentillesse et la rigueur de travail qui vous caractérisent.

Permettez nous de vous exprimer notre profond respect et vive reconnaissance.

À nos maîtres

Monsieur le professeur Assistant Abdeljalil Abouchadi

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Hôpital militaire d'instruction Med-V

Monsieur le professeur Agrégé Khalil Aboulaala

Réanimation anesthésie

Hôpital militaire d'instruction Med-V

Nous vous remercions de votre aide à l'élaboration de ce travail, votre soutien était de grand apport.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.



Sommaire



I - INTRODUCTION	1
II. RAPPELS	3
A- RAPPEL ANATOMIQUE	4
B- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	14
C- RAPPELS HISTOLOGIQUES	15
III. ETUDE ANATOMO- PATHOLOGIQUE, ETIOLOGIE & CLINIQUE	17
A. PSEUDO-TUMEURS OU TUMEURS HYPERPLASIQUES	18
1. L'épulis	18
a. Etiologie.....	18
a.1. Causes locales	18
a.2. Causes générales	18
a. 3. Origine tissulaire	19
a.3 .1. L'épulis serait une tumeur d'origine Osseuse	19
a.3.2. L'épulis d'origine conjonctive ou réticulo-endothéliale	19
b. Clinique	20
b.1. L'épulis du sujet denté	20
b.2. Epulis du sujet édenté appareillé	21
b.3. Epulis de la femme enceinte	22
b.4. Epulis du nouveau-né ou congénital	22
b.5. Epulis d'origine médicamenteuse	23
c. Etude anatomopathologique	25
c.1. Aspect macroscopique	25
c.2. Aspect microscopique	25
c.2.1. Epulis simples	25
c.2.2. Epulis à cellules géantes	26

2. Botryomycome	27
a. Etiologie.....	27
b. Clinique	28
c. Etude anatomopathologique	31
c.1. Aspect macroscopique.....	31
c.2. Aspect microscopique	31
3. Diapneusie	32
a. Etiologie.....	32
b. Clinique	32
c. Etude anatomopathologique	33
c.1 Aspect macroscopique.....	33
c.2. Aspect microscopique	33
B- LES KYSTES DE LA MUQUEUSE BUCCALE	36
1. Les kystes mucoïdes.....	36
a. Kyste mucoïde labial inférieur ou mucocèle.....	36
a.1. Etiologie.....	36
a.2. Clinique.....	36
a.3. Etude anatomopathologique	36
a.3.1. Aspect macroscopique.....	36
a.3.2. Aspect microscopique	37
b. Kyste mucoïde du plancher ou grenouillette.....	39
b.1. Etiologie.....	39
b.2. Clinique	40
b.2.1. La grenouillette sub-linguale	40
b.2.2. La grenouillette sus-hyoïdienne.....	43
b.3. Etude anatomopathologique	43

b.3.1. Aspect macroscopique.....	43
b.3.2. Aspect microscopique	43
2. Les kystes dermoïdes	44
2.1. Etiologie.....	44
2.2. Clinique	45
2.3. Etude anatomo-pathologique.....	45
a. Aspect macroscopique.....	45
b. Aspect microscopique	46
C- TUMEURS EPITHELIALES BENIGNES	48
1. Papillome	48
a. Etiologie.....	48
b. Clinique	48
c. Etude anatomopathologique	51
c.1. Etude macroscopique.....	51
c.2. Etude microscopique	51
2. Papillomatose.....	51
a. Etiologie.....	51
b. Clinique	52
c. Etude anatomopathologique	52
c.1. Aspect macroscopique.....	52
c.2. Aspect microscopique	53
3. Le keratoacanthome	53
4-Les tumeurs épithéliales bénignes glandulaires	54
a-Adénomes des glandes salivaires accessoires	54
b-Adénome pléomorphe.....	54
c-Adénome monomorphe.....	56

d-Adénome à cellules basales.....	57
e-Adénome canaliculaire	57
D. TUMEURS CONJONCTIVES BENIGNES : Fibromes.....	60
1. Etiologie.....	60
2. Clinique	60
3. Etude anatomopathologique	63
a. Aspect macroscopique.....	63
b. Aspect microscopique	63
E. TUMEURS DU TISSU ADIPEUX : Lipomes.....	64
1. Etiologie.....	64
2. Clinique	64
3. Etude anatomopathologique	64
a. Aspect macroscopique.....	64
b. Aspect microscopique	65
F. TUMEURS VASCULAIRES BENIGNES: ANGIOMES.....	68
1. Hémangiomes ou angiomes vasculaires	68
a. Etiologie.....	68
b. Clinique	68
c. Etude anatomopathologique	71
c.1. Aspect macroscopique.....	71
c.2. Aspect microscopique	71
2. Lymphangiomes ou angiomes lymphatiques	72
a. Etiologie.....	72
b. Clinique	72
c. Etude anatomopathologique	75
c.1. Aspect macroscopique.....	75

c.2. Aspect microscopique	75
G- TUMEURS NERVEUSES BENIGNES.....	76
1- Névrome ou neurome traumatique	76
2- Neurilemmome ou schwannome bénin	76
3- Neurofibrome solitaire	81
4- Tumeur neuroectodermique mélanotique (melanotic prognoma)	83
IV- MATERIEL ET METHODE.....	85
V- RESULTATS.....	89
VI- DISCUSSION.....	96
VII- CONCLUSION	107
VIII- RESUME.....	109
IX- BIBLIOGRAPHIE	113



I - Introduction :



Les tumeurs bénignes de la cavité buccale représentent toutes les néoformations histologiquement bénignes ou de bénignité relative se développant à partir des éléments constitutifs de la muqueuse buccale.

La tumeur bénigne ne détermine pas d'autres troubles dans l'organisme que ceux pouvant éventuellement se manifester par son volume et par la compression périphérique induite par son développement sur les tissus sains qui l'entourent.

Ces lésions sont réparties cliniquement selon leur aspect macroscopique, mais leur diagnostic reste histologique et leur classification dépend de la nature des tissus qui les composent.

Leurs étiologies sont diverses et dominées par la mauvaise hygiène buccodentaire, la consommation de tabac et par certaines infections virales, notamment les human papilloma virus (HPV).

Leur fréquence est élevée mais reste difficile à apprécier; près d'un tiers de la population serait concerné.

En dehors d'études ciblant des populations bien spécifiques, lors de campagne de dépistage s'adressant à des enfants scolarisés, des personnes en maison de retraite, ou des jeunes recrues de l'armée, peu de publications se sont penchées sur une étude épidémiologique dans la population générale.

Une étude rétrospective a été réalisée entre 2003 et 2009 sur les tumeurs bénignes de la cavité buccale à propos de 209 observations au sein du service de chirurgie plastique maxillofaciale et stomatologie de l'HMIMV de Rabat qui a pour but d'évaluer la fréquence, la nature et les facteurs prédisposants des tumeurs bénignes de la cavité buccale dans une population aléatoire.



II. Rappels



A- RAPPEL ANATOMIQUE

1- La cavité buccale : (1, 2)

La bouche, cavité située entre le massif osseux facial supérieur et la mandibule, est limitée par (Fig. 1) :

- en avant, les lèvres.
- en haut, la voûte palatine, qui la sépare des cavités nasales;
- en bas, le muscle mylohyoïdien, sous lequel siège la région cervicale;
- latéralement, la face interne des joues;
- en arrière, le voile du palais en haut, les piliers antérieurs et postérieurs ainsi que la tonsille (l'amygdale) latéralement, et la base de la langue en bas. Derrière cet isthme débute la région oropharyngée.

La cavité buccale peut se diviser en deux parties par les arcades alvéolodentaires, en forme de fer à cheval (fig. 2).

En dehors de ces arcades, la face interne de la joue présente une fine saillie horizontale, la linea alba, reflet de la ligne d'occlusion des dents où naît, en regard de la deuxième molaire supérieure, l'ostium du conduit parotidien (canal de Sténon), excréteur de la glande parotide. La joue se poursuit en haut et en bas par les vestibules, espaces virtuels à l'état de repos. Ceux-ci sont interrompus sur la ligne médiane par les freins labiaux. En avant, la joue se prolonge par la face interne des lèvres et l'orifice buccal. Sa limite postérieure est la commissure intermaxillaire, figurée par une ligne arciforme verticale, joignant les deux régions rétro-molaires supérieure et inférieure.

En dedans des arcades dentaires, l'espace est largement occupé par le corps de la langue (la langue mobile). Cette cavité a pour limite supérieure le palais osseux auquel fait suite le voile en arrière, et pour limite inférieure le plancher buccal qui contourne la langue. On peut ainsi définir un plancher antérieur; et un plancher latéral (Fig. 3). Le frein de la langue compartimente incomplètement le plancher antérieur en deux zones latérales marquées par les crêtes salivaires ou sublinguales, liées à la saillie des glandes sublinguales. À leur extrémité antéro-interne s'ouvre l'ostium du conduit sub-mandibulaire (canal de Wharton), excréteur des glandes sub-mandibulaires. Latéralement, le plancher buccal se poursuit par la face interne mandibulaire dont la largeur toute relative en arrière justifie la dénomination de sillon pelvimandibulaire. Plus important, le sillon pelvilingual détermine la zone de réflexion du plancher dans la langue proprement dite. La langue mobile est subdivisée en une pointe, un bord latéral, une face ventrale et une face dorsale. Le « V » lingual, bien identifié par les papilles caliciformes, délimite la langue mobile de la base proprement dite. Cette dernière, jointe au voile du palais et au pilier antérieur de l'amygdale, constitue la limite postérieure de la cavité buccale. Ces trois éléments appartiennent à la partie orale du pharynx (l'oropharynx).

L'anatomie topographique de la cavité buccale étant relativement complexe, il est plus aisé de la représenter sous forme de schémas simplifiés. Ceux-ci, faciles à reproduire, doivent être insérés dans le dossier du malade afin d'y mentionner avec précision les lésions constatées (siège précis; formes et dimensions).

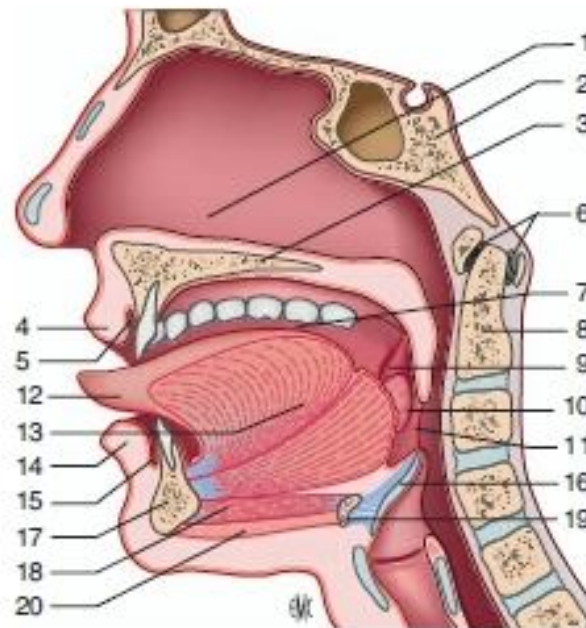


Figure 1. Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane.
 1. Fosse nasale ; 2. os sphénoïde ; 3. palais ; 4. lèvre supérieure ;
 5. vestibule supérieur ; 6. atlas ; 7. ostium de Sténon ; 8. axis, 9. pilier
 antérieur ; 10. amygdale ; 11. pilier postérieur ; 12. langue mobile ;
 13. base de langue ; 14. lèvre inférieure ; 15. vestibule inférieur ;
 16. épiglote ; 17. os mandibulaire ; 18. muscle géniohyoïdien ; 19. os
 hyoïde ; 20. muscle mylohyoïdien. (3)

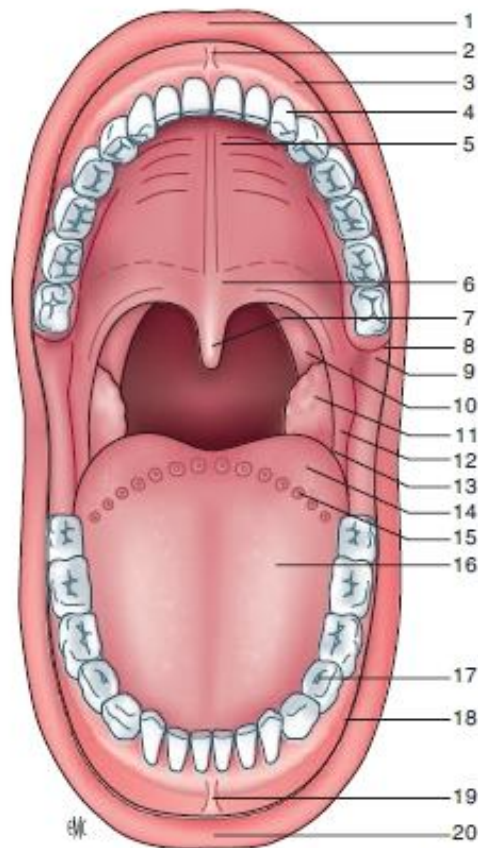


Figure 2. Cavité buccale, vue antérieure.

1. Lèvre supérieure ; 2. frein labial supérieur ; 3. vestibule supérieur ; 4. arcade dentaire maxillaire ; 5. palais osseux ; 6. voile ; 7. luette ; 8. face interne de joue ; 9. commissure intermaxillaire ; 10. pilier postérieur de l'amygdale ; 11. amygdale ; 12. pilier antérieur de l'amygdale ; 13. repli palatoglosse ; 14. base de langue ; 15. « V » lingual ; 16. langue mobile ; 17. arcade dentaire mandibulaire ; 18. vestibule inférieur ; 19. frein labial inférieur ; 20. lèvre inférieure. (3)

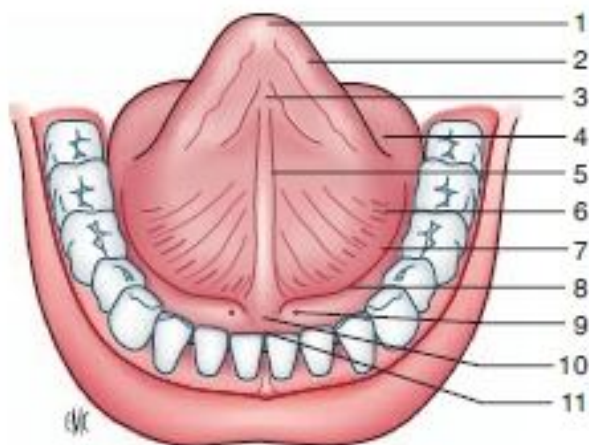


Figure 3. Région pelvilinguale, vue antérieure.
 1. Pointe de langue ; 2. bord latéral de langue ; 3. face ventrale de langue ;
 4. repli palatoglosse ; 5. frein de langue ; 6. sillon pelvilingual ; 7. plancher
 postérieur ; 8. crête sublinguale ; 9. ostium de Wharton ; 10. plancher
 antérieur ; 11. sillon pelvimandibulaire. (3)

2- Les glandes salivaires

On distingue deux types de glandes salivaires :

a- les glandes salivaires principales [4]

- **la glande parotide**; c'est la plus volumineuse, sa situation est superficielle au dessous et en avant du méat auditif externe et en arrière du ramus. Elle est de forme pyramidale et possède un canal excréteur : conduit parotidien (canal de Sténon) qui débouche dans la cavité buccale à la face interne de la joue par un orifice punctiforme en regard du collet de la deuxième molaire supérieure. Son poids est de 20 à 30 grammes.
- **La glande sub-mandibulaire**, a la taille d'une grosse amande située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Elle longe la base de la branche horizontale de la mandibule, se déverse dans la bouche par le conduit sub-mandibulaire (le canal de Wharton) au sommet de la caroncule linguale. Son poids est de 5 à 10 grammes. Elle est explorable par les doigts sous mandibulaires, palpable par la voie buccale à travers la muqueuse du sillon gingivo-lingual. (figure 4)
- **La glande sub-linguale** a une forme allongée aplatie transversalement située entre le mandibule et la racine de la langue, de part et d'autre du frein lingual. Son canal excréteur (canal de Rivinus) débouche au niveau de la papille sublinguale en dehors de la caroncule linguale.(figure 5)

b- les glandes salivaires accessoires(GSA) :

Ces glandes sont disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale exceptée au niveau des gencives et du vermillon des lèvres.

Leur existence et leur situation sont variables en fonction des individus ; elles peuvent être: labiales, jugales, palatines, vélaires, linguales, dorsales ou marginales. (Figure 6).

3- Anatomie des maxillaires : [5]

Les maxillaires constituent la majeure partie du squelette de la face:

a- **le maxillaire inférieur ou mandibule**, est pourvu du corps de la mandibule et de deux branches mandibulaires droite et gauche. Celles-ci présentent à leurs extrémités supérieures deux apophyses: le coroné et le condyle. Le condyle s'articule avec l'os temporal.

b- **le maxillaire** de structure beaucoup plus complexe, apparaît creusé sur la ligne médiane des cavités nasales. Il forme le plancher de l'orbite en haut. Il présente deux cavités sinusiennes latérales, les sinus maxillaires.

Ces deux os ont en commun en regard des gencives, l'os alvéolaire ou sont enchâssés les dents.

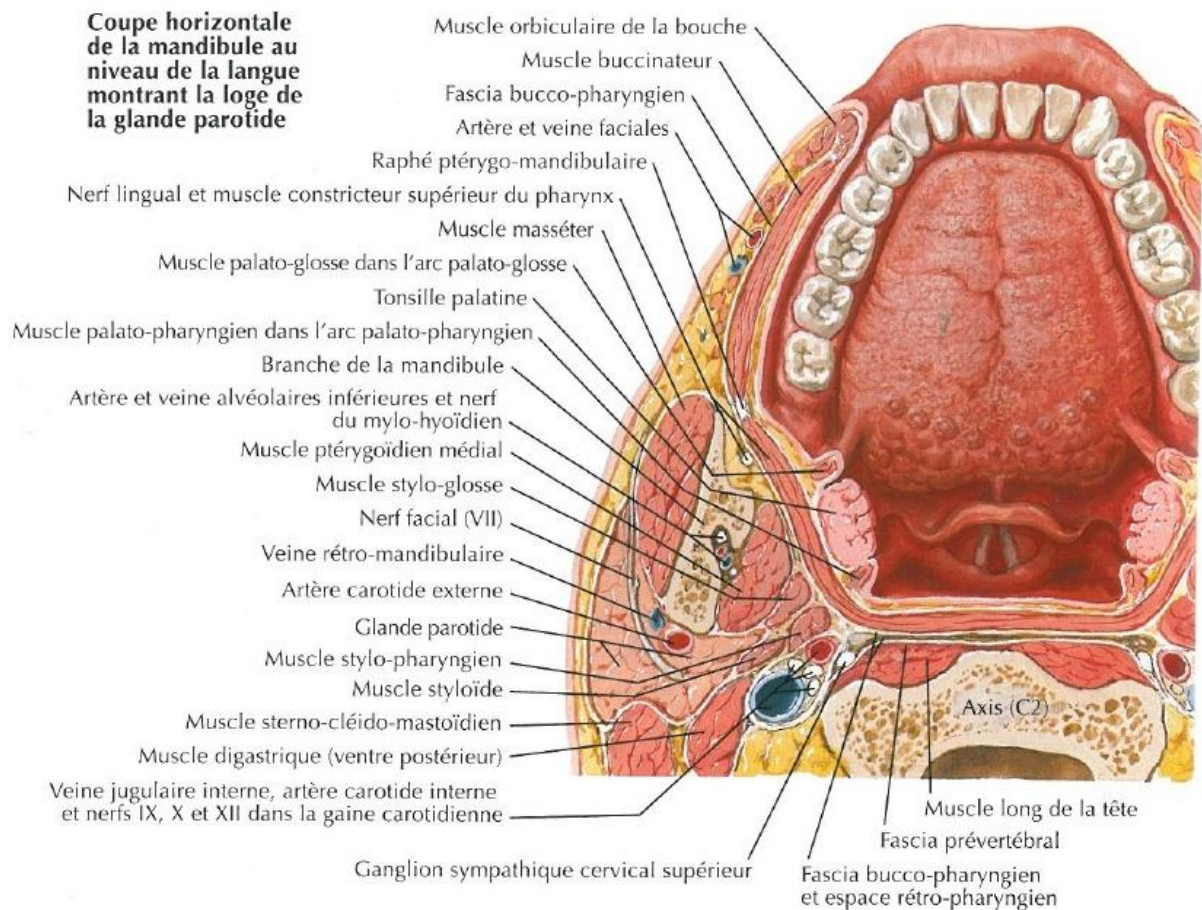


Figure 4: Coupe horizontale de la mandibule au niveau de la langue montrant la glande parotide. (6)

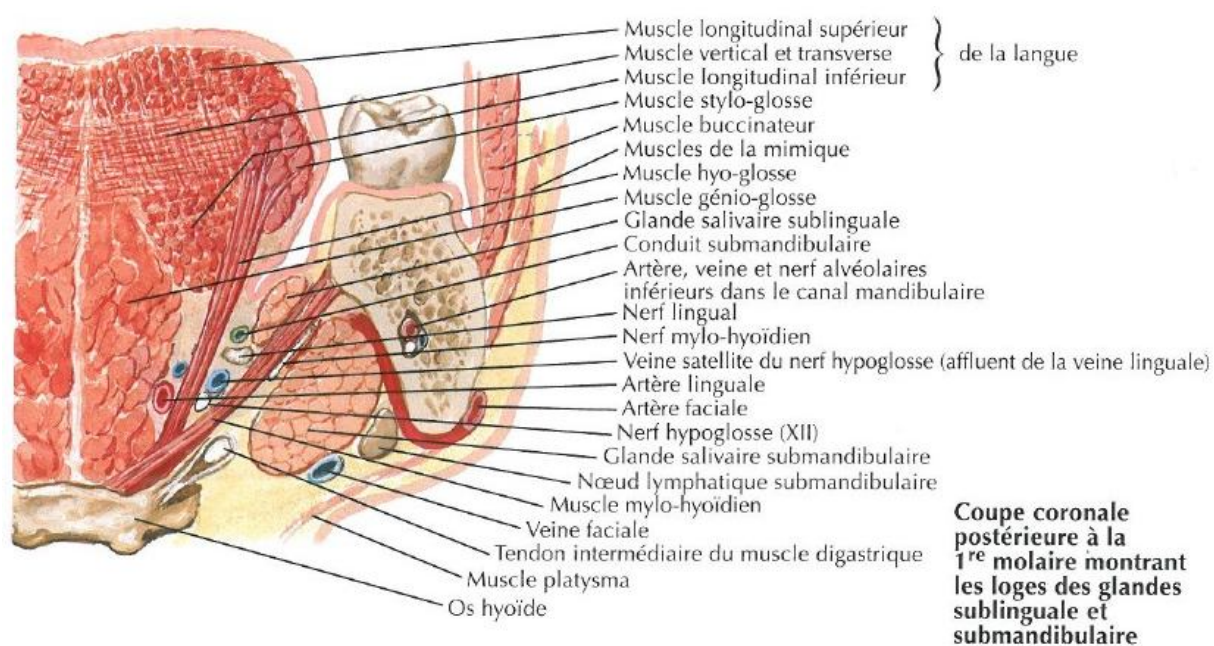


Figure 5: Coupe coronale postérieure à la première molaire montrant les loges des glandes sublinguales et submandibulaires.(6)

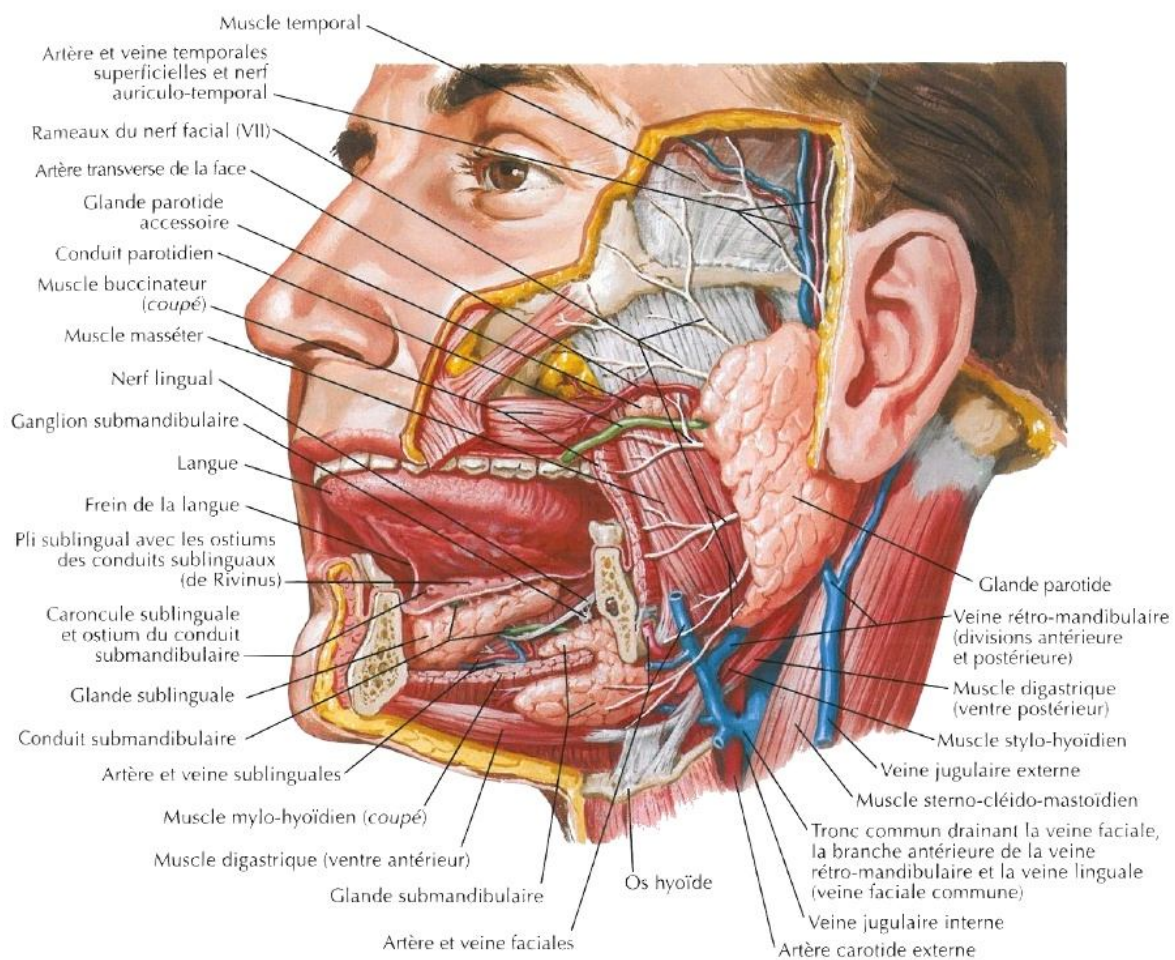


Figure 6: Glandes salivaires et rapport. (6)

B- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [7,8]

La cavité buccale est le siège de nombreuses fonctions telles que la mastication, la succion, la digestion, la phonation et la salivation.

Dans les conditions physiologiques normales, le milieu buccal est très favorable à la croissance de micro-organismes.

La pression partielle en oxygène O_2 varie selon les différents sites considérés et permet aussi bien la croissance des organismes aérobies que celle des anaérobies stricts.

La physiologie de la cavité buccale dépend en grande partie des éléments constitutants de la salive, celle-ci étant produite chez l'homme par les glandes salivaires. La salive possède quatre fonctions distinctes: digestive, protectrice, excrétrice et endocrinienne. Elle facilite la formation du bol alimentaire ainsi que la déglutition grâce aux substances lubrifiantes mucilagineuses qu'elle contient. La fonction digestive proprement dite est assurée par l'amylase salivaire qui amorce la digestion des féculents. Elle assure la protection de la muqueuse buccale et des dents. En effet les mucines salivaires protègent la muqueuse buccale contre le dessèchement, les substances toxiques et irritantes présentes dans les aliments et les enzymes bactériennes. Elle assure également la lubrification des muqueuses indispensables aux fonctions de déglutition et de phonation. Les peroxydases complètent l'action des mucines grâce à leur pouvoir antibactérien.

L'EGF (épithélial growth factor) salivaire renforce le potentiel de cicatrisation des tissus muqueux. La protection des dents résulte de l'influence de la salive sur les phénomènes de minéralisation de l'émail.

Les glandes salivaires, en sécrétant de 0,6 à 1,5 l d'eau par jour, participent au maintien du degré d'hydratation de l'organisme à un niveau suffisant.

C- RAPPELS HISTOLOGIQUES

I- Au niveau de la cavité buccale [5]

L'épithélium est pavimenteux, pluri-stratifié, composé de cellules étroitement liées les unes aux autres. Il tend à se kératiniser au niveau des points de friction tel que le palais.

L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation.

Variations topographiques

La muqueuse buccale est divisée en plusieurs territoires qui sont en relation avec des structures musculaires ou osseuses sous jacentes. Il est habituel de décrire 3 types de muqueuses en fonction de la topographie :

❖ La muqueuse masticatrice

Elle recouvre les gencives et le palais dur. Elle est kératinisée en surface et présente des crêtes épithéliales longues, réalisant des invaginations profondes dans le tissu conjonctif.

❖ La muqueuse bordante

Souple et flexible, elle revêt les versants muqueux des lèvres, joues, plancher, face ventrale de la langue et palais mou. Elle est non kératinisée en surface et présente des crêtes basales peu accusées.

❖ La muqueuse spécialisée du dos de la langue

Elle est kératinisée et pourvue de papilles intervenant dans la fonction gustative.

2-Glandes salivaires [4]

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs, Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses, ou des deux prenant alors le nom d'acini mixtes. Les Parotides sont essentiellement séreuses; les glandes sous mandibulaires mixtes à prédominance séreuse, les sublinguales essentiellement muqueuses. Les glandes salivaires accessoires sont selon la localisation soit muqueuses pures: glandes palatines, soit séreuses pures : glandes linguales. Mais on peut trouver des formes mixtes dans toutes les glandes en particulier dans la parotide, aux âges extrêmes de la vie, les acini se drainent dans les canalicules inter-canalaires, puis striées et enfin excréteurs, les cellules inter-glandulaires contiennent également dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

3- Maxillaires [5]

Le corps de ces deux pièces squelettiques comporte comme tout os de membrane:

- une corticale où prédominent les processus d'ostéo-formation et de remodelage de l'os. Le cortex est formé d'os compact recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, le périoste. On y retrouve des canaux de Havers, espaces circulaires entourés de 6 à 12 lamelles osseuses concentriques séparées par des lignes d'apposition et peuplées de couronnes d'ostéocytes.

- une spongieuse où la résorption osseuse prédomine, elle est constituée de trabécules bordés d'ostéoblastes et creusée de logettes contenant des ostéocytes.

*III. Etude anatomo-
pathologique,
étiologie & clinique*

A. PSEUDO-TUMEURS OU TUMEURS HYPERPLASIQUES

1. L'épulis

Le terme "épulis" vient du grec "épi" : sur et "oulon" : gencive, et désigne une tumeur qui a pour siège la surface des gencives. Les arabes connaissaient l'épulis qu'ils soignaient par le "fer et le feu".

a. Etiologie (9, 10, 11,12)

a.1. Causes locales

C'est tout ce qui peut être à l'origine d'une irritation ou une infection chronique des gencives, ainsi que certaines hyperplasies gingivales qui conduiraient à la formation d'une épulis.

On peut citer:

- Un traumatisme prothétique telle une blessure par prothèse mal adaptée.
- Influence dentaire: par exemple une éruption dentaire à l'origine d'une périodontite (évolution des dents de sagesse inférieures).
- Une épine irritative : tartre ou racine à l'origine d'une gingivite.

On note qu'une même cause ne provoque pas les mêmes effets: les résultats sont différents en fonction des individus.

a.2. Causes générales

Font intervenir la notion du terrain, souvent les sujets atteints présentent:

➤ Un trouble humoral tels:

- un trouble de l'hémostase
- un désordre érythrocytaire (anémie)

- un désordre leucocytaire (éosinophilie parasitaire)
- une variation ou perturbation endocrine (hyperplasie gingivale gravidique ou menstruelle, ménopause et parfois prise de contraceptifs oraux)

➤ **Un traitement en cours tels:**

- les hydantoïnes (traitement de certaines formes d'épilepsie)
- les cyclosporines (médicament employé pour les greffes d'organe).

On note qu'il existe parfois des épulis idiopathiques, sans cause connue, parfois cette affection peut être héréditaire.

a. 3. Origine tissulaire (13, 14 ,15)

L'épulis est une tumeur développée aux dépens de la muqueuse gingivale ou de la partie osseuse immédiatement sous-jacente, ainsi:

a.3.1. L'épulis serait une tumeur d'origine Osseuse

Cette théorie s'appuie sur la présence des épulis à cellules géantes ou à myéloplaxes qui ont un pouvoir ostéolytique. Ces épulis ont une expression gingivale alors que leur point de départ se situerait dans l'os alvéolaire.

a.3.2. L'épulis d'origine conjonctive ou réticulo-endothéliale

La propriété qu'ont les cellules conjonctives jeunes et les cellules réticulo-endothéliales de se différencier, expliquerait la variété des formes histologiques d'épulis : inflammatoire, vasculaire, fibreuse et giganto-cellulaire.

Cette coexistence de l'atteinte de l'os et de la muqueuse est un argument important en faveur de la similitude avec les tumeurs hyperplasiques des maxillaires.

b. Clinique (9, 10 ,11) (Fig.7)

C'est une lésion rencontrée le plus souvent au niveau de la région incisivo-canine supérieure ou inférieure et sur le versant vestibulaire de préférence, mais peut apparaître dans la région molaire. Cliniquement l'épulis se présente sous différentes formes.

b.1. L'épulis du sujet denté:

- Siège: c'est une tumeur exclusivement gingivale, touchant maxillaire et mandibule dans une même proportion; sa localisation préférentielle est le point interincisif médian maxillaire,
- Point de départ : l'épulis peut naître, soit aux dépens des structures gingivales, soit à l'intérieur même de l'alvéole dentaire,
- Morphologie:
 - Volume: variable, d'une ou plusieurs papilles interdentaires jusqu'à l'oeuf de pigeon. Conséquences: cela peut empêcher le patient de maintenir une occlusion ou même d'assurer l'herméticité des lèvres; d'où la possibilité de troubles fonctionnels, phonétiques, cosmétiques et psychologiques.
 - Aspect : c'est une masse bourgeonnante, arrondie ou oblongue. Lorsqu'elle se situe dans le secteur incisif maxillaire, la présence du frein labial lui confère une forme caractéristique en bissac, lorsque son volume est important, elle peut mouler les dents qui la supportent et être alors marquée de leur empreinte.

- Couleur variable, car fonction de la forme anatomopathologique : du rouge vif, pour les épulis vasculaires traduisant ainsi une hypervascularisation, au rouge veineux ou violacé, la fibrose étant alors prédominante.
- Consistance : la palpation est indolore, variable, car fonction de la forme anatomopathologique : souple lors de la prédominance des éléments vasculaires, rénitente lors de la prédominance de la fibrose.
- Retentissement sur la denture: les épulis peuvent entraîner des mobilités dentaires, ils potentialisent les facteurs irritatifs locaux, et donc contribuent à accélérer le processus hyperplasique, ce qui accroît par effet retour à la mobilité dentaire. Ils peuvent aussi provoquer des migrations dentaires, les dents vont être chassées par la tumeur, voire expulsées.

b.2. Epulis du sujet édenté appareillé :

Cette tumeur répond, dans ce cas, à un traumatisme par compression ou par pincement.

➤ En prothèse adjointe partielle ou complète:

La compression d'une selle de prothèse, par exemple dans la région tubérositaire, peut se traduire par l'apparition d'une tumeur qui se développe en un pédicule s'insinuant sous l'intrados et s'épanouissant largement une fois la limite de la prothèse dépassée.

Il peut aussi rapprocher les "hyperplasies fibreuses", situées au niveau de la crête maxillaire édentée, suite aux traumatismes d'une prothèse mal adaptée, le bord de la prothèse, dans la région antérieure surtout, s'insinue entre les parties molles et provoque l'apparition de la tumeur. C'est une tuméfaction qui double la crête alvéolaire, en avant de celle-ci et est parallèle à cette crête; elle est généralement sessile parfois pédiculée; il arrive qu'elle soit double, on la nomme alors "en feuillets de livre".

➤ **En prothèse conjointe**

La tumeur résulte de la présence d'éléments conjoints inadaptés, d'attachements, sources de pincements gingivaux. Sa morphologie est fonction du lieu du traumatisme et de l'espace laissé libre pour le développement de la tumeur.

b.3. Epulis de la femme enceinte

Encore nommé épulis de grossesse. Les facteurs irritants locaux transforment une gingivite gravidique en une manifestation plus spectaculaire; la tumeur a un aspect plurilobé, les différents lobes ayant eu pour point de départ une papille interdentaire qui s'est hyperplasiée.

b.4. Epulis du nouveau-né ou congénital

Se développant dans les premières semaines de la vie, elle se voit le plus souvent au maxillaire supérieur dans la région incisive et le plus souvent chez les filles. Elle peut gêner la succion. Elle ne récidive pas après ablation, mais parfois les dents qui poussent à l'emplacement de la tumeur sont altérées. Son histogénèse est controversée; il est formé à partir d'éléments embryonnaires originaires de la crête odontogène résiduelle.

b.5. Epulis d'origine médicamenteuse

C'est le cas de la gingivite hyperplasique hydantoinique : d'origine thérapeutique chez l'épileptique traité au di-hydan.

C'est aussi le cas de la gingivite hyperplasique due à la cyclosporine: en effet, ils apparaissent des épulis souvent multiples chez les transplantés cardiaques ou rénaux sous l'influence des immunosuppresseurs, source de complications infectieuses.



Figure (7) : Épulis en voie d'épithélialisation. (16)

c. Etude anatomopathologique

c.1. Aspect macroscopique (13,17)

Elle présente l'aspect d'une tuméfaction molle, rougeâtre, en forme de framboise relativement mobile, dont la base est plus ou moins large et cernée par une muqueuse gingivale normale offrant une consistance élastique et ferme, il s'agit de sa forme pédiculée; on peut également la trouver sous sa forme sessile, c'est à dire à large base d'implantation, la muqueuse est alors tuméfiée, œdémateuse, violacée avec des confettis de muqueuse normale sur sa surface et saignant facilement.

c.2. Aspect microscopique (9,18)

Il s'agit d'une formation fibroblastique très vascularisée revêtue par un épithélium malpighien qui peut être un peu kératinisé en surface; cet épithélium est souvent relativement épais. Il peut exister une ulcération d'origine traumatique.

Ce tissu hyperplasique renferme toujours des histiocytes; ces cellules sont la forme souche à partir de laquelle s'individualisent les autres types de cellules que l'on trouve dans les diverses formes d'épulis. C'est ainsi que nous sommes amenés à individualiser deux groupes d'épulis :

c.2.1. Epulis simples

D'après GERY et NOEPPEL, elles peuvent revêtir trois formes histologiques : inflammatoire, vasculaire et fibreuse. Mais toutes les formes intermédiaires sont possibles.

➤ **L'épulis inflammatoire:**

Qui n'est d'autre qu'un granulome hyperplasique, parfois exubérant (voisin du bourgeon charnu). Le tissu de granulation qui la constitue présente des néovaisseaux inorganisés et des cellules inflammatoires.

➤ **L'épulis vasculaire:**

Toutes les transitions existent entre les différentes formes, depuis les bourgeons charnus irréguliers plus riches en néovaisseaux que les autres, jusqu'à ceux dont le système de néovascularisation est manifestement exubérant et hyperplasique (botryomycome de PONCET et DOR ou angiome hyperplasique), puis, de là jusqu'aux véritables angiomes.

➤ **L'épulis fibreuse (parfois analogue aux chéloïdes):**

Constituée par du tissu fibreux toujours diffus, jamais encapsulé, recouvert par un épithélium mince ou hyperplasique.

Dans ces formes, il n'est pas rare d'observer une ossification métaphasique.

c.2.2. Epulis à cellules géantes

C'est la forme la plus fréquente. Elle est inflammatoire et hémorragique; encore appelée granulome périphérique à cellules géantes. Il s'agit d'une tuméfaction sessile ou pédiculée de couleur parfois un peu brunâtre.

Sous le revêtement épithélial qui est un peu épaissi, la partie centrale est constituée d'un tissu conjonctif riche en petits vaisseaux avec quelques dépôts pigmentaires hémossidériniques, un infiltrat inflammatoire fait d'histiocytes et d'autres éléments. On y observe des cellules géantes plurinuclées, ressemblant à

des myéloplaxes (éléments de nature macrophagiques). Parfois peuvent exister au sein de ce tissu conjonctif quelques travées osseuses métaphasiques.

Enfin pour mémoire, nous pouvons citer certaines formes exceptionnelles d'épulis qui sont:

- les épulis congénitales ou tumeurs à cellules granuleuses ou adamantinomes spongiocytaires,
- les épulis résultant d'une inflammation spécifique due à la tuberculose ou l'actinomyose,
- les épulis par prolifération épithéliale ou papillome de la gencive.

2. Botryomycome :

Encore appelé granulome pyogénique ou télangiectasique relativement rare, est une prolifération inflammatoire persistante, d'aspect tumorale. Le nom de botryomycome vient d'une confusion faite à l'origine avec un papillome consécutif à la castration du cheval et attribué lui-même, à tort, à un champignon appelé botryomycome.

a. Etiologie (12, 13,19)

Il s'agit le plus souvent d'une réponse inflammatoire exagérée à un traumatisme.

En effet, la théorie parasitaire est abandonnée et c'est la théorie microbienne qui est admise par la plupart des auteurs. L'agent causal serait le botryocoque, germe voisin du staphylocoque; c'est pourquoi DESAUX le range dans les staphylococcies cutanées. Mais cette opinion n'est pas universellement admise. GAIN et POMZIN pensent dans certains cas, à une origine spirillaire. Pour SPIRE, le botryomycome n'est plus qu'un "bourgeon charnu".

D'ailleurs, les résultats des inoculations avec le botryocoque sont très inconstants et le botryomycome n'est plus inoculable.

Le botryomycome peut avoir pour origine:

- Cause locale (traumatique, inflammatoire)
- Cause générale: altération de la crase sanguine (anémie, variation du temps de saignement, de coagulation...). Celle-ci, n'est souvent elle même que l'expression d'un trouble général. Encore faut-il savoir que, si elle préside toujours à la formation de la tumeur, elle peut disparaître ou persister.

b. Clinique (15, 20,21) (Fig. 8, 9) :

C'est une tumeur saillante, qui se développe quelques jours ou quelques mois après un petit traumatisme, en particulier une morsure. Le botryomycome saigne au moindre contact, il présente la caractéristique clinique qui est l'existence d'un sillon qui le sépare des téguments sains.

Il présente une consistance ferme, élastique, résistante, il est de la grosseur d'un petit pois ou plus. Il est situé le plus souvent à la lèvre inférieure, peut également se trouver au niveau gingival et plus rarement sur la face interne des joues. Souvent ulcéré, il finit par se surinfecter, se trouvant alors recouvert d'un exsudat purulent. Ceci peut amener un doute diagnostique et faire croire au praticien qu'il est en présence d'une tumeur maligne.



Figure (8) : un jeune de 17ans qui présente un granulome pyogénique localisé au niveau des gencives. (22).



Figure(9) : Granulome pyogénique labial inférieur ; noter l'aspect inflammatoire et hyperémique. (23).

c. Etude anatomopathologique (10, 13, 24)

c.1. Aspect macroscopique

Généralement, le botryomycome est une tumeur unique, arrondie, parfois cylindrique, du volume d'une framboise, de couleur rouge plus ou moins vif, saignant au moindre contact, à surface granuleuse, exulcérée. Elle est rétrécie à sa base par un sillon qui la sépare des téguments sains. Cette pédiculisation est caractéristique.

c.2. Aspect microscopique

Après une longue période de discussion, l'accord est à peu près complet. Aujourd'hui, le terme de granulome télangiectasique (KUTTNER, LECENE et HARTMANN) semble conforme aux conceptions actuelles.

L'histologie confirmera la nature hyperplasique de la lésion constituée de néocapillaires d'aspect angiomateux, séparés par un tissu interstitiel lâche, oedémateux, avec des fibres et des cellules conjonctives.

Dans les lésions anciennes, un infiltrat de cellules inflammatoires donne à la tumeur un aspect granulomateux ce qui, avec l'absence d'épithélium, la distingue d'un angiome vrai. L'aspect est parfois très proche de l'épulis très vascularisée.

3. Diapneusie

a. Etiologie (10, 25,26)

Le nodule diapneusique est la conséquence d'une irritation chronique. Cette lésion peut être provoquée par:

- une morsure,
- une prothèse mal adaptée,
- une zone d'édentation,
- une destruction ou une malposition dentaire,
- un diastème interdentaire,
- un tic de succion,
- et enfin, une réinclusion des dents temporaires.

A l'irritation mécanique, se surajoute le contact des foyers infectieux dentaires (caries, parodontites).

b. Clinique (10)

C'est une fausse tumeur fréquemment rencontrée dans l'exercice quotidien de notre profession, elle est faite d'un soulèvement en "hernie". Elle s'observe principalement au niveau de la lèvre inférieure au voisinage de la commissure, au niveau de la face interne de la joue et enfin, surtout au niveau de la partie inférieure et sur les bords latéraux et la pointe de la langue.

La diapneusie se traduit pas une tuméfaction de 2 à 3 cm de diamètre, elle est indolore, sessile, souple, de couleur rosée ou blanchâtre et recouverte d'une muqueuse normale qui subit peu à peu les effets d'une inflammation chronique sclérogène.

Cette pseudo-tumeur est toujours située en regard d'un facteur traumatisant ou d'une cause d'aspiration de la muqueuse. **Figure(10) ;(11).**

c. Etude anatomopathologique (10, 13,19;25)

c.1 Aspect macroscopique

Il s'agit d'un nodule sessile plus ou moins irrégulier, de consistance d'abord molle, ferme ensuite, et de même couleur que la muqueuse environnante, sauf en cas de poussée inflammatoire.

c.2. Aspect microscopique

La diapneusie est constituée de tissus collagène quasi avasculaire, emprisonnant des fibres musculaires désorganisées par l'attraction chronique qui a engendré la lésion; le nodule est recouvert d'un épithélium malpighien hyperplasique, légèrement kératinisé en surface.



Figure (10) : Diapneusie labiale inférieure ; noter l'aspect ferme et bien délimité. (23).



Figure(11) : Diapneusie du bord gauche de la langue mobile. (27).

B- LES KYSTES DE LA MUQUEUSE BUCCALE

1. Les kystes mucoïdes (28)

Les kystes mucoïdes développés aux dépens des glandes salivaires accessoires peuvent siéger en un point quelconque de la muqueuse buccale. Ils se développent, cependant, plus fréquemment sur la lèvre inférieure qui est souvent exposée aux traumatismes.

a. Kyste mucoïde labial inférieur ou mucocèle

a.1. Etiologie (voir étiologie des grenouillettes)

a.2. Clinique (13,29) (Fig.12)

Il est plus fréquent que les grenouillettes et présente la même symptomatologie : peu de signes fonctionnels, consistance molle, rupture spontanée possible avec récurrence systématique, un aspect bleuté caractéristique, comme chez la fillette de 8 ans présentée dans la figure 4. On le trouve chez l'adulte aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Il se situe en regard de la canine inférieure à égale distance du bord libre de la lèvre et du sillon gingivo-labial.

La palpation est indolore, la tumeur est plus ou moins fluctuante et bien limitée. Il n'y a pas d'adénopathie.

a.3. Etude anatomopathologique (13)

a.3.1. Aspect macroscopique

Il s'agit d'une tuméfaction de couleur bleutée plus ou moins fluctuante et bien limitée. La lumière du kyste contient un liquide clair, épais et filant.

a.3.2. Aspect microscopique

De même que pour les grenouillettes, la paroi présente une structure variable: on observe une prolifération histiocytaire, ainsi que des fibres de collagène sclérosées, la limite interne de la paroi peut présenter des amas épithéliaux malpighiens pluristratifiés atrophiques qui subissent une métaplasie,



Figure(12) : Kyste mucoïde de la face inférieure de la langue. (27).

b. Kyste mucoïde du plancher ou grenouillette

b.1. Etiologie (13,25)

La similitude des lésions entre les grenouillettes et les kystes de la lèvre inférieure montre qu'il s'agit de la même maladie. Il est permis de penser que les traumatismes retrouvés de façon constante à l'origine des kystes de la lèvre inférieure, peuvent être évoqués pour les grenouillettes. Ces traumatismes sont en relation avec des tics, des habitudes vicieuses(13).

Par ailleurs, les kystes localisés plutôt médians, de volume restreint, semblent bien provenir de la dégénérescence d'une glande salivaire labiale accessoire, à la suite de la destruction des canalicules excréteurs.

En ce qui concerne les grenouillettes latéralisées, de volume plus important, on propose différentes hypothèses:

➤ La théorie embryonnaire :

(IMBERT et GEANBRAU, CUNEO et VEAU) (13)

Ce serait une dysembryoplasie, autrement dit la prolifération de débris épithéliaux embryonnaires, situés dans le fond du sillon paralingual externe d'où provient la glande sublinguale.

➤ La théorie glandulaire acquise:

Pour SUZANNE, VON HIPPEL et MINZ, cette transformation est muqueuse, spéciale, de tous les éléments de la glande : acini et tissu conjonctif (13).

Pour LECENNE (13) et séparément DELAIRE (25), il s'agit d'une dystrophie, d'une dégénérescence du tissu glandulaire.

Le processus est une auto-digestion des acinii aboutissant, comme au niveau du pancréas, à un faux kyste; il existe une réaction enzymatique pathologique liée à la présence de la hyaluronidase, de la mucinase salivaire.

La fonte mucoïde du conjonctif entraîne la disparition du conjonctif interstitiel et rend compte de l'aspect particulier pris par l'épithélium salivaire devenu limitante externe du kyste.

Il est habituel de retrouver un facteur traumatique : mordillement, prothèse agressive, plaie, morsure.

b.2. Clinique (13, 14, 25,29) :

On peut distinguer, la grenouillette sub-linguale et la grenouillette sus-hyoïdienne néanmoins plus exceptionnelle, bien qu'elle puisse coexister avec la précédente et se présente souvent comme une récurrence post-opératoire de celle ci.

b.2.1. La grenouillette sub-linguale : Figure (13)

Elle se caractérise pendant longtemps uniquement par des signes physiques, une tuméfaction est observée fortuitement entre la langue et la branche horizontale, plus fréquemment chez la petite fille.

En augmentant de volume, elle gagne la ligne médiane et finit par gêner mécaniquement les mouvements de la langue entraînant des gênes de la phonation et de la mastication. Lorsque le patient ouvre la bouche et soulève la langue, on observe une tuméfaction unilatérale ovalaire à grand axe antéro-postérieur du volume d'un œuf de pigeon sans réaction inflammatoire d'alentour.

La tumeur est de couleur bleuâtre. On la palpe en faisant bomber le plancher avec la pulpe des doigts qui refoule la région sous-maxillaire. La grenouillette est indolente, souple, peu tendue, fluctuante plus que rénitente et de limites imprécises. Elle adhère intimement au plancher buccal et présente une absence de connexion avec le plan osseux.

L'orifice du canal de WHARTON, refoulé en dedans, est normale, son cathétérisme est possible, la sonde passe au dessus du kyste.



Figure(13) : Grenouillette sublinguale. (16).

b.2.2. La grenouillette sus-hyoïdienne

Beaucoup plus exceptionnelle que la précédente. Elle s'étale dans la région sous-maxillaire et soulève la peau de la région sous-mentale qui conserve son aspect normal et reste mobile sur le kyste. .

b.3. Etude anatomopathologique

b.3.1. Aspect macroscopique (28.29)

De même que le kyste mucoïde de la lèvre, la grenouillette est constituée par une paroi très mince et fragile: son contenu est un liquide clair et filant, son apparence bleutée et sa consistance légèrement rénitente permettent de la reconnaître aisément. Il est assez rare qu'elle traverse le mylo-hyoïdien et descende en bissac dans la région sus-hyoïdienne.

b.3.2. Aspect microscopique (13.29)

Il met en évidence deux aspects de la lésion:

➤ De type canalaire simple:

La dilatation d'un élément glandulaire sécréteur entraîne la formation d'un kyste rétentionnel. S'il persiste quelques éléments de cet épithélium. Il s'agit d'un épithélium malpighien pluristratifié de type atrophique subissant une métaplasie. Il existe de petites lésions dégénératives, limitées, des glandes salivaires au contact du kyste.

La cavité est remplie d'un liquide mucoïde, de débris épithéliaux et de quelques leucocytes.

➤ **De type canalo-interstitiel :**

La dégénérescence du tissu conjonctif péri-kystique prédomine, il existe une dégénérescence vasculaire avec ballonnisation des cellules du granulome. La lésion mucoïde infiltre tout l'interstitium de la glande salivaire adjacente, les lobules salivaires sont atrophiés souvent remaniés par une infiltration chronique.

2. Les kystes dermoïdes :

Nous ne ferons signaler que les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

2.1. Etiologie (13,29)

Ces kystes sont la conséquence de la persistance d'enclaves épithéliales et d'éléments sous-épithéliaux; ceci entre la troisième et la quatrième semaine de la vie intra-utérine.

Après le remaniement que subit la région cervicale:

- Les kystes dermoïdes résultent de l'emprisonnement de l'ectoderme:
 - soit lors de la soudure des arcs mandibulaires.
 - soit lors de la formation du champ méso-bronchial comme dans le cas des kystes du plancher de la bouche.
- Pour les kystes amygdaloïdes, l'enclavement de l'ectoderme est du côté du pharynx dans le fond des deuxième et troisième sillons branchiaux internes.
- Pour les kystes thyroïdiens, le point de départ est le canal thyroglosse, étant le reste de l'ébauche thyroïdienne médiane qui va de la base de la langue au corps thyroïde.

2.2. Clinique (13, 29,30) :

Le kyste est en général médian, au dessus du mylohyoïdien, il s'insinue entre les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse.

En arrière, il s'enfonce vers la base de la langue; en avant, il présente une masse arrondie au contact de la mandibule.

Lorsqu'il est latéral, il se situe dans la région sous-maxillaire et se développe vers la peau ou la muqueuse en avant de la glande sous-maxillaire donnant l'aspect d'un double menton.

A l'examen, lorsque le patient soulève sa langue, on découvre une tumeur paramédiane qui s'étale et soulève le frein de la langue.

L'aspect de cette tumeur est une masse arrondie, régulière, lisse et de coloration jaunâtre visible à travers la muqueuse.

A la palpation, la tumeur est molle, pâteuse, sans fluctuation. LINHART a décrit le signe du godet comme pathognomonique (13) : le doigt laisse son empreinte dans la tumeur.

Bien qu'étant une anomalie du développement, le kyste dermoïde du plancher de la bouche est rarement observé à la naissance et apparaît habituellement chez l'adulte avant 35 ans. La répartition est égale entre les sexes. Les kystes varient en taille de quelques millimètres à dix centimètres.

2.3. Etude anatomo-pathologique

a. Aspect macroscopique (13)

Le kyste est en général médian, situé au dessus du mylo-hyoïdien. Il s'insinue entre les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse. Lorsqu'il est latéral, il

occupe la région sous-maxillaire et se développe vers la peau ou la muqueuse. Quels que soient son siège et son volume, il est séparé des parties molles voisines par une couche cellulaire qui en permet facilement l'énucléation. Par contre, les kystes médians présentent une adhérence osseuse qui se fait, soit à la face postérieure de la symphyse mentonnière au niveau des apophyses génies (kystes adgénies) soit beaucoup plus rarement à l'os hyoïde (kystes adhyoïdiens). Cette adhérence, faible et inconstante, se fait par l'intermédiaire d'un cordon fibreux qui se confond avec les tendons des muscles génies. Pour les kystes latéraux, l'adhérence est exceptionnelle, elle se fait avec l'os hyoïde ou l'apophyse styloïde.

La paroi du kyste est ordinairement mince (1 mm environ) en dehors des cas de suppuration. Elle est cependant, résistante, du fait de sa constitution fibreuse. C'est pourquoi elle ne se rompt pas facilement au cours des manoeuvres de libération.

b. Aspect microscopique (13)

D'après l'étude histologique de la paroi et le contenu de la poche, il est classique, avec TERRIER et LECENE, de distinguer trois variétés:

- Kystes dermoïdes véritables : qui se rencontrent presque exclusivement au plancher de la bouche, leur paroi présente tous les caractères de la peau: revêtement épithélial stratifié avec couche cornée et cellules renfermant de l'éléidine; derme véritable; présence de follicules pileux et de poils, de glandes sébacées et parfois de glandes sudoripares plus ou moins rudimentaires jamais de dents ni de tissu osseux),

Le contenu est épais, grumeleux, jaunâtre ou grisâtre, constitué par de la kératine grasse.

- Kystes amygdaloïdes : l'aspect de la paroi est celui de la muqueuse bucco-pharyngée et non plus celui de la peau: épithélium pavimenteux stratifié, sans éleidine, ni couche cornée, ni follicules pileux, ni glandes sébacées. Au dessous de l'épithélium, on trouve dans la paroi. une couche de cellules lymphoïdes, avec centres germinatifs, très épaisse, Ils sont exceptionnels dans la région du plancher ou dans la région sous-maxillaire.

- Kystes thyroïdiens : provenant de l'ébauche thyroïdienne médiane. Encore plus exceptionnels que les précédents. Leur paroi a un revêtement formé d'une couche unique d'épithélium cylindrique à plateau et souvent à cils vibratils. Leur contenu est séreux.

C- TUMEURS EPITHELIALES BENIGNES

1. Papillome

a. Etiologie (9, 19,24)

L'étiologie des papillomes est mal connue. Pour certains, les papillomes se développent à la suite d'une irritation mécanique de type morsure. D'autres auteurs invoquent une origine virale: le papillomavirus, la nature virale de la lésion peut être affirmée lorsqu'il existe, au sein de l'épithélium, des cellules volumineuses à cytoplasme clair et à noyaux de petite taille rétractés, réalisant un aspect de koilocytes.

b. Clinique (10, 14, 31) figure (14 ; 15) :

Le papillome se présente sous forme d'arborescences ou de formations en choux-fleurs s'élevant au dessus du niveau de la muqueuse.

Leurs localisations essentielles dans la cavité buccale sont les palais mous ou durs et, par ordre de fréquence décroissante, la langue, la gencive, les joues et les lèvres.

La tumeur est indolore, bien délimitée, sa taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres et la couleur est rosée ou blanchâtre. Elle peut être pédiculée ou sessile.

Le papillome peut survenir à tout âge et touche également les deux sexes, il affecte plus la fille que le garçon. Il est ferme à la palpation et induré à sa base.



Figure(14) : Femme de 66 ans présentant un papillome de la langue ventrale. (22).



Figure 15 : Papillome lingual. (27).

c. Etude anatomopathologique

c.1. Etude macroscopique (9,24)

Le papillome est une tumeur exophytique, à base souvent étroite avec parfois même un pédicule, il peut s'agir d'une tumeur à base large, sessile.

Cette tumeur bien délimitée, est en général de taille réduite, mesurant moins d'un centimètre.

Elle peut prendre un aspect végétant, inflammatoire ou verruqueux, dans ce dernier, elle semble enracinée dans le chorion on les appelle, papillomes inversés.

c.2. Etude microscopique (24, 25,26)

Le papillome est une tumeur épithéliale constituée de végétations plus ou moins allongées, présentant un axe conjonctif fibreux souvent grêle et un revêtement malpighien parfaitement bien différencié.

En surface, s'observe habituellement une couche kératosique qui peut dans certains cas être épaisse.

Dans la forme verruqueuse, la prolifération épithéliale émet en profondeur de nombreuses ramifications anastomosées, bien distinctes du conjonctif.

Il n'existe aucune anomalie cytonucléaire ni architecturale.

2. Papillomatose

a. Etiologie (10, 19,20)

Son étiologie est inconnue. La lésion apparaît chez des édentés porteurs d'anciennes prothèses totales mal adaptées et mal entretenues. Elle peut apparaître chez des sujets dont la denture est saine. Dans le premier cas, la

papillomatose est considérée comme une hyperplasie réactionnelle: dans le second cas, comme un processus tumoral vrai qui peut dégénérer (THOMA).

Chez l'enfant, cette papillomatose serait en rapport avec un défaut de situation juxtapalatine de la langue, chez les enfants au palais étroit et profond. Elle témoignerait d'une anomalie de la desquamation superficielle et physiologique.

b. Clinique (19,32)

Cette lésion tumorale est constituée par de multiples élevures de la taille d'une tête d'épingle, hémisphériques ou filiformes, réalisant un véritable "chevelu" de la muqueuse qui repose sur un fond érythémateux.

Elle siège parfois au niveau du plancher et de la langue, mais elle est généralement localisée au niveau de la partie médiane du palais antérieur. Des papillomes multiples peuvent faire partie du syndrome d'hypoplasie dermique focale (syndrome de GOLTZ). Des lésions de papillomatoses multiples des lèvres sont aussi observées dans le décours de la maladie de Cowden ("syndrome des hamartomes et néoplasmes multiples").

c. Etude anatomopathologique (10, 19, 29, 33)

c.1. Aspect macroscopique

Elle est formée de nombreux papillomes hémisphériques ou filiformes de 2 à 4 millimètres de largeur et de 2 à 3 millimètres de longueur.

c.2. Aspect microscopique

Ces papilles sont verticales, centrées sur un axe conjonctif entouré par un épithélium malpighien. Parfois apparaît une hyperkératose et une dyskaryose discrète.

Il existe quelques phénomènes inflammatoires.

3. Le keratoacanthome (34)

Le kératoacanthome est une tumeur cutanée bénigne fréquente dont l'origine probable est le follicule pileux. Elle siège sur les surfaces exposées, surtout le visage. Elle survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (Rapport 1,811), surtout après 50 ans. Cliniquement, l'aspect est celui d'une tuméfaction en dôme ou en bourgeon, bien circonscrite, indolore, de 1 à 2 centimètres de diamètre, la kératine centrale prenant un aspect cratériforme. L'aspect initial est celui d'un petit nodule qui s'accroît rapidement pour atteindre sa maturité en quatre à huit semaines. La tumeur demeure inchangée pendant un à deux mois puis peut régresser spontanément les cinq à dix semaines suivantes.

Environ 10% des kératoacanthomes siègent sur les lèvres, tandis que les localisations intra buccales sont très rares.

On reconnaît actuellement deux types de kératoacanthome, selon leurs caractéristiques histologiques et biologiques. Le type I (en forme de bourgeon) est le résultat de l'épaississement et de l'extension des parois des parties superficielles des follicules pileux.

Le type II (en forme de dôme), naît des parties profondes du follicule ou de sa base.

4-Les tumeurs épithéliales bénignes glandulaires : [35]

Les tumeurs bénignes des glandes salivaires accessoires sont très rares et sont principalement des tumeurs épithéliales. Les tumeurs conjonctives sont exceptionnelles

a-Adénomes des glandes salivaires accessoires

Les adénomes des glandes salivaires accessoires sont rares et non spécifiques à ce type de glandes car Ils touchent toutes les autres glandes salivaires. Ils sont de plusieurs types, qui présentent essentiellement des différences histopathologiques et topographiques.

Cliniquement, ils sont assez similaires, se présentant généralement sous la forme d'un nodule ferme.

b-Adénome pléomorphe

L'adénome pléomorphe est une tumeur longtemps dénommée tumeur mixte du fait de sa double composante épithéliale et mésenchymateuse. Elle représente la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires (45 à 65 %). Elle siège le plus souvent dans les glandes principales, essentiellement la parotide, mais atteint également les glandes salivaires accessoires. Elle touche dans ce cas là le palais dur ou mou (5 % des cas) ou la lèvre supérieure, mais peut se développer sur toute la muqueuse buccale. Exceptionnellement, elle peut apparaître sur une ectopie du tissu salivaire dans la région latérale du cou, le squelette facial, ou un ganglion lymphatique.

Elle est plus souvent découverte à l'âge adulte mais représente aussi la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires chez l'enfant et l'adolescent. On note une nette prédominance pour le sexe féminin de 40 à 50 ans (âge moyen 43 ans).

La dégénérescence maligne est rare (2 à 3 % des cas) mais plus fréquente pour les adénomes pléomorphes des glandes salivaires accessoires que des glandes salivaires principales. La récurrence est fréquente, suite à une exérèse incomplète.

Cliniquement, l'adénome pléomorphe est une lésion à croissance lente, intermittente, souvent indolente. Le nodule est ferme, sans être dur, non fixé, bien circonscrit. A la section, la tumeur est ronde ou ovoïde et bien limitée. L'aspect est blanchâtre et inhomogène, légèrement translucide par endroits. La consistance est tantôt molle, tantôt ferme. La tumeur n'est pas entourée par une vraie capsule mais par une couche plus ou moins épaisse et continue de tissu conjonctif condensée lors de la croissance tumorale. Cette dernière est d'épaisseur variable et manque souvent pour les adénomes pléomorphes des glandes salivaires accessoires. Elle présente souvent des brèches par où fuse un tissu tumoral le plus souvent de structure myxoïde.

Au niveau microscopique, l'aspect polymorphe est caractéristique. Il associe des structures mésenchymateuses et épithéliales diverses. Les proportions entre les deux types de tissu sont très variables. Deux types de tumeurs ont alors été décrits.

- **des adénomes pléomorphes à dominance épithéliale**

- **des adénomes pléomorphes myxoïdes**

L'image typique est celle d'éléments cellulaires épithéliaux groupés de manière diverse en petit amas, en lobules pleins ou non, en formations papillaires trabéculaires ou tubulaires à contenu mucoïde. Ces éléments cellulaires sont plus ou moins abondants, dans une matrice mucoïde, myxoïde ou chondromyxoïde.

Cette distinction n'a aucune incidence au niveau de la thérapeutique.

Des zones de nécroses ou d'hémorragies, en l'absence de biopsie antérieure, sont des découvertes rares qui doivent éveiller la suspicion d'une possible transformation maligne.

La majorité des adénomes pléomorphes ont un diagnostic aisé, cependant, ceux qui présentent une composante épithéliale peuvent être confondus avec un carcinome adénoïde kystique ou un carcinome mucoépidermoïde. Les adénomes pléomorphes myxoïdes peuvent passer inaperçus, notamment ceux situés au palais. Devant la prolifération dense de cellules indépendantes fusiformes, le diagnostic d'une tumeur conjonctive peut être envisagé. L'aspect palissadique des noyaux peut orienter vers le diagnostic de schwannome.

La microscopie électronique et l'immunohistochimie sont des aides au diagnostic précieuses.

Le traitement passe par l'exérèse totale de la tumeur.

c-Adénome monomorphe

L'adénome monomorphe est une tumeur bénigne épithéliale représentant 8 à 10 % des tumeurs glandulaire salivaire. Il est rare et caractérisé par une morphologie régulière, habituellement de type glandulaire, et par l'uniformité des cellules. Comme l'adénome pléomorphe, il n'est pas spécifique des glandes

salivaires accessoires. Ces tumeurs sont moins fréquentes que les adénomes pléomorphes et s'en différencient de manière caractéristique par leur absence de stroma riche en éléments mésenchymateux.

d-Adénome à cellules basales

L'adénome à cellules basales est à la différence des adénomes pléomorphes, constitué de cellules toutes identiques, de type basale. Son stroma ne comporte aucune plage mucoïde. C'est une tumeur bénigne très rare non récidivante après traitement. Sa survenue au niveau des glandes salivaires accessoires est rare (8 % des cas, au niveau des lèvres). Il siège essentiellement au niveau de la parotide (75 % des cas) ou dans la glande sous maxillaire (15 % des cas). Ce sont des tumeurs de l'adulte âgé (âge moyen, 58 ans), avec un pic entre 60 et 70 ans. Il touche plus souvent la femme que l'homme (rapport de deux femmes pour un homme).

La structure cellulaire de ces adénomes paraît monomorphe, alors qu'il n'en est rien. L'immunohistochimie et la microscopie électronique ont montrés l'existence de différenciations cellulaires polymorphes, malpighienne sécrétoire et myoépithéliale, analogues à celles observées dans l'adénome pléomorphe.

Le traitement passe par l'exérèse simple.

Il existerait une forme maligne d'adénomes à cellules basales, riche en mitoses, dont les cellules ressembleraient fortement aux cellules basales. Cette forme maligne serait mal limitée et comporterait des foyers de nécroses

e-Adénome canaliculaire :

L'adénome canaliculaire est un adénome monomorphe trouvé essentiellement dans la lèvre supérieure. C'est une tumeur bénigne rare qui n'est

pas spécifique à la cavité buccale car des localisations parotidiennes ont été décrites. Il se différencie du type tubulaire d'adénome à cellules basales par plusieurs caractères. Il est constitué de cellules épithéliales cylindriques adossées en deux couches formant des cordons anastomosés dont les larges mailles sont occupées par un stroma abondant, lâche et richement vascularisé.

C'est une un nodule limité de petit diamètre (1 à 2 centimètres) touchant les sujets âgés de plus de 50 ans. Outre la lèvre supérieure, elle peut siéger aussi dans le reste de la cavité buccale.

f-Autres tumeurs des glandes salivaires accessoires :

f-1-Papillomes canaux

Trois types de papillomes canaux ont été décrits :

- **le papillome intracanal**, caractérisé par une prolifération de l'épithélium canalaire dans un canal dilaté, devenu kystique. Il siège presque toujours dans les glandes salivaires accessoires (palais, lèvres, muqueuse buccale et langue).

- **le papillome canalaire inversé**, correspondant à une prolifération papillaire épithéliale développée dans un canal à sa jonction avec la muqueuse buccale. La prolifération épithéliale est dirigée vers le tissu conjonctif de soutien en larges masses bulbeuses de cellules épidermoïdes ou basaloïdes. Il siège dans les glandes salivaires accessoires. Le canal excréteur de la glande est occupé par une des cellules épithéliales à disposition papillaire, abouchée à l'épithélium buccal où les cellules sont épidermoïdes. La lésion ressemble histologiquement aux papillomes inversés de la cavité nasale ou de la vessie. L'évolution est bénigne, sans récurrence après exérèse.

- le **sialadénome papillifère**, décrit comme une prolifération papillaire exophytique touchant à la fois l'épithélium de la muqueuse (pseudopapillome) et celui du canal salivaire où apparaissent des structures canalaire à double assise épithéliale et myoépithéliale. Elle est caractérisée par la prolifération des canalicules excréteurs, qui sont allongés, tortueux et dilatés. La prolifération épithéliale est formée par une couche de cellules cuboïdales basales et par une couche de cellules cylindriques superficielles. Le stroma est envahi par de nombreux plasmocytes. Les canalicules débouchent dans une muqueuse dont l'épithélium pluristratifié parakératosique est très acanthosique. Il est rare et atteint surtout le palais.

f-2-Adénomes et lymphadénomes sébacés :

Les glandes sébacées hétérotypiques sont fréquentes dans la parotide, la sous-maxillaire et la muqueuse buccale. Cependant, les tumeurs sébacées sont exceptionnelles. On en distingue deux types :

- l'**adénome sébacé**, bien circonscrit, parfois kystique, blanc jaunâtre, constitué histologiquement de cellules malpighiennes nombreuses avec quelques foyers de différenciation sébacée.

- le **lymphadénome** présente la même structure que l'adénome sébacée, avec de nombreux lymphocytes en plus, comme dans la tumeur de Warthin. Il est plutôt parotidien et naît d'un ganglion où la métaplasie serait sébacée au lieu d'être oncocytaire.

g-Traitement

- exérèse complète, sinon risque important de récurrence
- analyse anatomopathologique

D. TUMEURS CONJONCTIVES BENIGNES : Fibromes

C'est la tumeur la plus fréquente de la cavité buccale, cependant, le vrai fibrome y est rare.

1. Etiologie (10, 25,36)

L'étiologie est discutée.

Le fibrome vrai entre dans le cadre des fibromatoses. La fibromatose gingivale est une pathologie congénitale, de nature vraisemblablement génétique, qui est rare.

Les fibromes inflammatoires quand à eux, se développent sous l'influence d'un mécanisme irritatif et entrent dans le cadre des pseudotumeurs. Ils se développent sous l'action d'une irritation locale, comme le fibrome prothétique.

2. Clinique (19, 34,37) : figure :(16)

Le fibrome est un nodule de consistance ferme sinon dure. Indolore, mobile, sa couleur varie du rose clair au rose-rouge et sa surface est lisse et brillante.

Le fibrome est résistant aux irritations mécaniques et normalement ne s'ulcère et ne s'infecte pas. Toutefois, dans les lésions larges, une altération inflammatoire secondaire peut survenir.

Il peut apparaître à n'importe quel point de la bouche: gencive, paroi jugale, langue, palais, lèvre et plancher de la bouche.

Dans le cadre de la fibromatose gingivale, on observe de très volumineux fibromes implantés symétriquement sur les tubérosités du maxillaire supérieur et l'arc gingival.

La totalité des gencives peut être touchée et est alors tuméfiée par de gros bourgeons blanchâtres qui englobent la denture. Les deux sexes sont également atteints, le plus souvent entre 30 et 50 ans.



Figure(16) : femme de 40ans présentant un fibrome de la muqueuse buccale. (22).

3. Etude anatomopathologique (14, 15, 37,38)

a. Aspect macroscopique

C'est une lésion unique, régulière, bien définie, ferme, sessile ou pédiculée qui est sous muqueuse et recouverte d'une muqueuse normale parfois hyperkératosique et blanchâtre.

Sa taille est variable, de moins d'un centimètre, bien que dans de rares cas, elle puisse atteindre plusieurs centimètres.

b. Aspect microscopique

Le fibrome est une tumeur conjonctive bénigne. Son examen histologique se fait sans ambiguïté.

Le fibrome vrai est constitué de trousseaux de fibres collagènes et de nombreux fibroblastes, le tout recouvert d'un épithélium malpighien un peu hyperplasique. Sa vascularisation est très pauvre et il ne présente pas de cellules inflammatoires.

D'autres fibromes comme le fibrome prothétique, présentent une population de cellules inflammatoires.

Le myxofibrome de la muqueuse buccale est une variante histologique ou une dégénérescence du fibrome inflammatoire; des plages myxomateuses s'ajoutent aux éléments précédents. Elles sont constituées de cellules aplaties et d'une substance intercellulaire lâche, sans collagène.

Enfin, certains fibromes présentent des microcalcifications, on les appelle fibromes cémentifiants. Ce sont des tumeurs de nature odontogène.

E. TUMEURS DU TISSU ADIPEUX : Lipomes

1. Etiologie (10,36)

L'étiologie est mal connue, elle est sans doute congénitale.

2. Clinique (13, 26, 32)

Les lipomes s'observent surtout à l'âge adulte entre 40 et 60 ans chez l'homme.

Leur localisation préférentielle est, par ordre de fréquence décroissant: la langue, le plancher de la bouche, le vestibule, le palais, les lèvres et la gencive.

Cliniquement, c'est une tumeur sous muqueuse, indolore, bien limitée, de quelques millimètres à plusieurs centimètres, ovalaire ou arrondie, le plus souvent sessile et généralement unique.

Le lipome superficiel apparaît de couleur jaunâtre, sous la muqueuse de consistance fluctuante ou dure, il est mobile par rapport aux tissus environnants.

Le lipome profond, interstitiel a des caractères moins faciles à apprécier.

Dans un cas comme dans l'autre, le lipome ne donne aucun trouble, sauf une gêne mécanique s'il est très volumineux. La tumeur durcit sous l'effet du froid.

3. Etude anatomopathologique

a. Aspect macroscopique (10,21)

Le lipome est une tuméfaction sessile ou pédiculée, arrondie souvent encapsulée, rarement diffuse en continuité avec les tissus voisins.

Les lipomes superficiels ont une teinte jaune caractéristique qui est bien visible sous l'épithélium souvent atrophique qui la recouvre; les lipomes profonds sont recouverts d'une muqueuse normalement colorée. La surface tumorale est lisse et rarement lobulée.

b. Aspect microscopique (36,39), Figure (17 ; 18) :

La lésion est faite de nappes de tissu adipeux parfaitement bien différenciées, composées de cellules graisseuses au noyau périphérique séparées par des cloisons conjonctives. L'examen histologique révèle:

- des lipomes purs, qui ne présentent pas ces parois conjonctives, ils sont très rares,
- des lipomes composés, fibrolipomes, myxomateux, cartilagineux, osseux et dermoïdes.

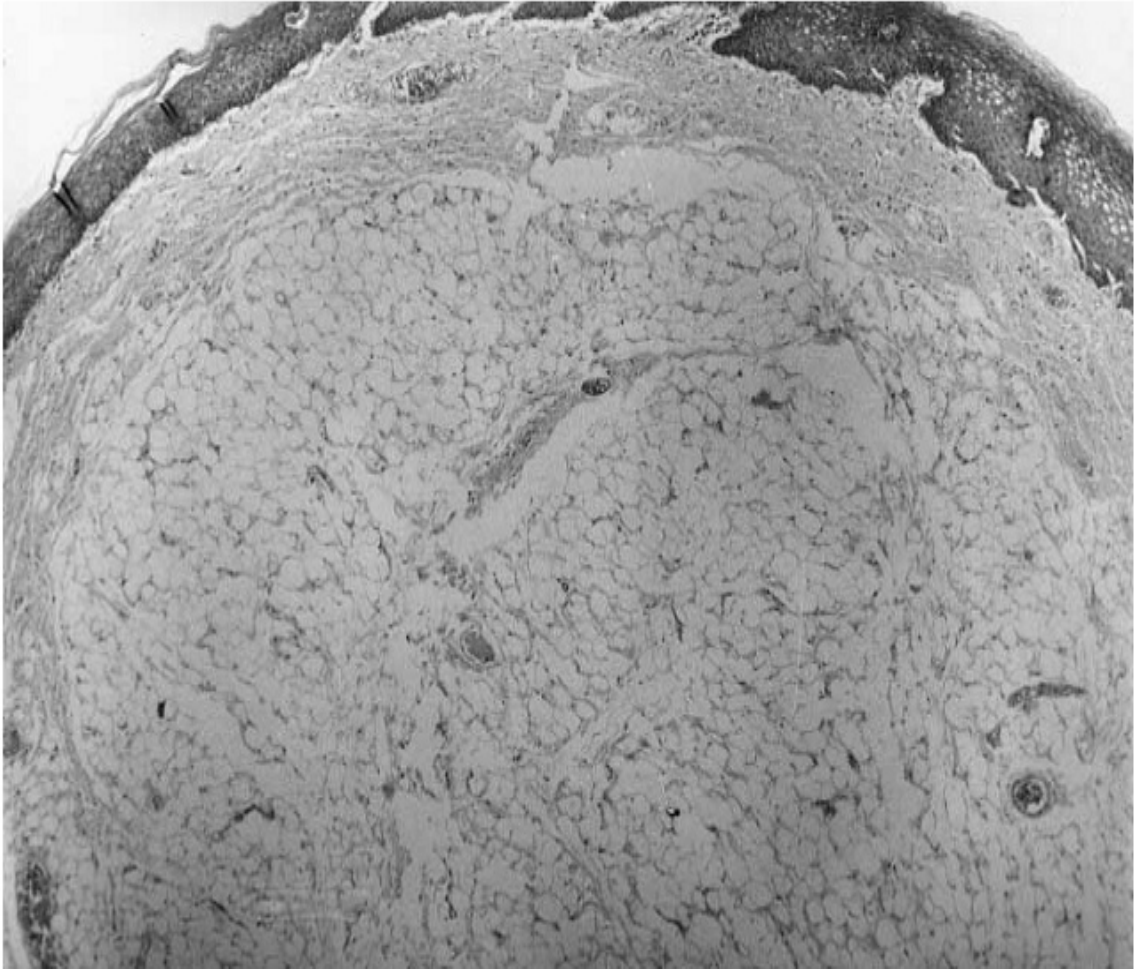
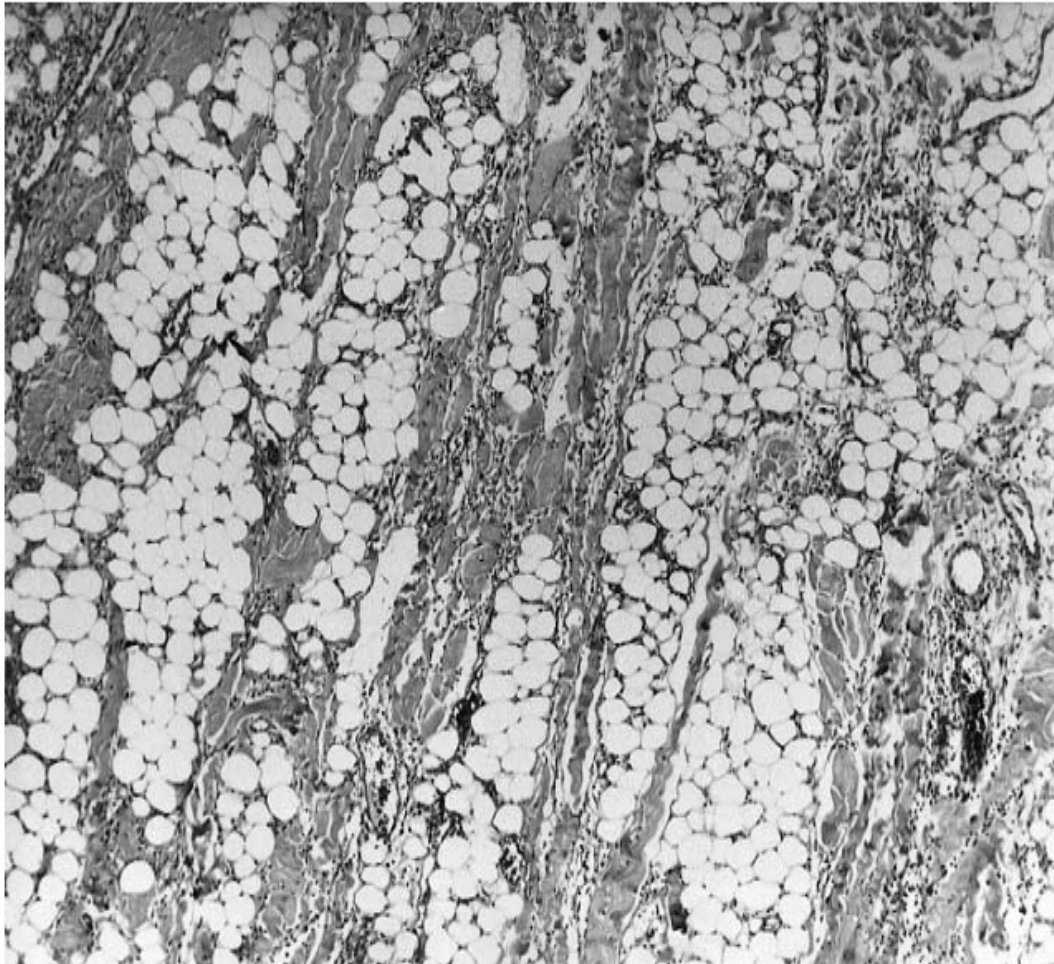


Figure (17): Aspect microscopique du lipome simple : tumeur composée de cellules adipeuses matures et non encapsulée (hématoxyline et éosine). (40).



Figure(18) : Aspect microscopique du fibrolipome de la muqueuse buccale : Adipocytes matures séparées par des cloisons du tissu conjonctif dense et abondant. (hématoxylline, eosine). (40).

F. TUMEURS VASCULAIRES BENIGNES: ANGIOMES

Ce sont des tumeurs bénignes du tissu conjonctif relativement fréquentes dans la région cervico-faciale, en particulier dans la cavité buccale. Selon leur nature, on distingue deux types d'angiomes:

1. Hémangiomes ou angiomes vasculaires

a. Etiologie (26)

L'hémangiome peut être d'origine congénitale ou acquise:

➤ **Hémangiome congénital**: présent à la naissance, il est dû à un reste mésodermique du tissu embryonnaire à partir duquel se développe l'arbre vasculaire. Cet hémangiome croît lentement durant l'enfance pour finir par régresser à la puberté.

➤ **Hémangiome acquis** : apparaît à l'âge adulte, suite à un traumatisme de la muqueuse buccale qui a déterminé la formation d'un botryomycome. La non régression du botryomycome entraîne sa transformation en hémangiome.

➤ **L'hémangiome** : peut être parfois associé à des malformations encéphaliques.

b. Clinique (12,34) figure (19) :

C'est un petit bourgeon pédiculé, rouge pourpre, très semblable à un granulome pyogénique.

Les sièges de prédilection sont les lèvres, la langue et la muqueuse jugale, la taille peut n'être que de quelques millimètres ou au contraire considérable occasionnant des déformations des organes concernés (telles une macroglossie, macrocheilie).

Un des signes caractéristiques de l'hémangiome est la disparition de la coloration rouge à la pression par le doigt et sa réapparition après levée de la pression.



Figure (19) : Hémangiome caverneux thrombosé au niveau labial inférieur gauche, chez une femme âgée. (23).

c. Etude anatomopathologique (9, 12,34)

Ce n'est pas une véritable néoplasie mais plutôt une anomalie de développement. Ce concept est appuyé par la fréquence des hémangiomes à la naissance ou peu après celle-ci.

c.1. Aspect macroscopique

L'hémangiome se présente sous forme d'un nodule saillant, rouge pourpre, ou des foyers rougeâtres multiples.

Les hémangiomes se présentent sous deux aspects possibles:

- plan et lisse, n'épaississant pas la muqueuse, de couleur lie-de-vin,
- tubéreux ou bourgeonnant, mammeloné, framboisé. mou et partiellement réductible, arrondi ou étalé.

c.2. Aspect microscopique

L'anatomopathologie est utile pour le diagnostic. La biopsie doit être extrêmement prudente du fait du risque hémorragique.

L'hémangiome est situé sous un revêtement malpighien normal. Il est circonscrit par une coque fibreuse.

Il présente des vaisseaux pouvant être à peine individualisés au sein d'une nappe diffuse de cellules "réticulaires" angioformatrices, ce qui caractérise un angiome immature, appelé angioréticulome et qui s'observe chez les nourrissons.

Ou bien, plus souvent, les vaisseaux présentent une lumière individualisée et leur endothélium est un peu turgescent. On l'appelle alors angiome capillaire.

Lorsque les lumières capillaires sont très larges et que ces capillaires sont séparés les uns des autres par des parois fibreuses, l'hémangiome est appelé angiome caverneux.

Dans l'angiome sclérosant, enfin tous les types vasculaires sont présents, inclus dans une trame interstitielle abondante de collagène ou de hyaline.

2. Lymphangiomes ou angiomes lymphatiques

Ils sont plus rares que les hémangiomes.

a. Etiologie (34)

Elle est uniquement congénitale.

b. Clinique (25,34) Figure (20 ; 21) :

Il se voit surtout chez les jeunes enfants. La localisation buccale est peu fréquente, par contre il a une forte prédilection pour la tête et le cou. Les lymphangiomes buccaux ont l'aspect de petits nodules mous surélevés, ressemblant à des petits kystes, de coloration normale ou gris-jaunâtre ou rouge. Si le siège est plus profond dans les tissus buccaux. L'aspect est celui d'une masse diffuse sans modification de couleur. La taille peut n'être que de quelques millimètres ou à l'inverse considérable, occasionnant des déformations d'organes. Le siège le plus habituel est la face dorsale de la langue, plus rarement les lèvres, la muqueuse jugale, le plancher de la bouche et le palais mou, exceptionnellement les gencives. Le lymphangiome est habituellement asymptomatique mais, s'il s'étend, il peut devenir douloureux et occasionner par la macroglossie, une gêne à l'élocution, la mastication et la déglutition. Des infections à répétition de la lésion sont fréquentes et posent de sérieux problèmes.



Figure(20) : Hémolymphangiome circonscrit de la partie médiane de la face dorsale de la langue. (22).



Figure(21) : Lymphangiome de la totalité de la langue, responsable d'une macroglossie et retentissant sur l'articulé dentaire avec une bécance antérieure (A, B). (27).

c. Etude anatomopathologique (9,13)

Comme l'hémangiome, le lymphangiome constitue une anomalie de développement plus qu'une néoplasie véritable.

c.1. Aspect macroscopique

C'est une tumeur molle, profonde, avec une muqueuse normale ou légèrement bleutée.

Le lymphangiome peut être:

- soit diffus et envahissant,
- soit localisé

Transparent, clair, mou et dépressible, mammeloné (varices lymphatiques).

c.2. Aspect microscopique

La lésion est constituée de cavités lymphatiques de différents calibres bien différenciées à contenu acidophile avec très peu d'éléments figurés. La paroi de ces vaisseaux est très mince.

On peut également trouver une abondante trame interstitielle fibreuse et il arrive parfois que se surajoute un phénomène inflammatoire suppuratif.

G- TUMEURS NERVEUSES BENIGNES

1-Névrome ou neurome traumatique

Cette tumeur résulte de la prolifération non néoplasique de fibres nerveuses, de cellules de Schwann et de tissu fibreux, à l'extrémité proximale d'un nerf périphérique sectionné ou endommagé. Les seuls cas connus au niveau des maxillaires surviennent après traumatisme ou chirurgie des maxillaires [39, 41]

L'affection est douloureuse et se manifeste radiologiquement par une radiopacité mal limitée [42].

Histologiquement, des axones prolifèrent au sein de leur gaine de myéline, dans une masse de tissu fibreux et cicatriciel.

Le traitement chirurgical fait disparaître les symptômes.

NB=on évoque un névrome après traumatisme, mais surtout après chirurgie des maxillaires devant l'apparition d'un point douloureux électif.

2- Neurilemmome ou schwannome bénin

C'est une tumeur dérivant des cellules de Schwann (origine neuroectodermique). Elle affecte rarement les maxillaires, où elle simule une tumeur odontogénique. En ce qui concerne les formes intraosseuses, ce sont surtout les femmes âgées de 20 à 30 ans qui sont affectées, l'angle mandibulaire (nerf alvéolaire inférieur) et la partie antérieure du maxillaire (nerfs palatins antérieurs) [43, 44] sont les localisations préférentielles.

Cliniquement, la tuméfaction s'accompagne souvent de signes neurologiques (paresthésies). L'exploration radiologique révèle une clarté, bien limitée, uniloculaire, entourée d'un liseré d'ostéocondensation. Le canal dentaire est fréquemment refoulé, la tumeur étant centro-osseuse.



Figure (22) : Schwannomes de la cavité buccale avec surinfection et ulcération dans le cas du schwannome vestibulaire droit. Les deux schwannomes siègent sur des branches du V2. (45).

Histologiquement, on constate une prolifération de cellules de type Antoni A (fusiformes) dans un tissu conjonctif riche en collagène, et de cellules d'Antoni B (rondes ou ovales) au sein d'un conjonctif lâche, Le traitement est chirurgical et conservateur. Figure 23:(a ;b)

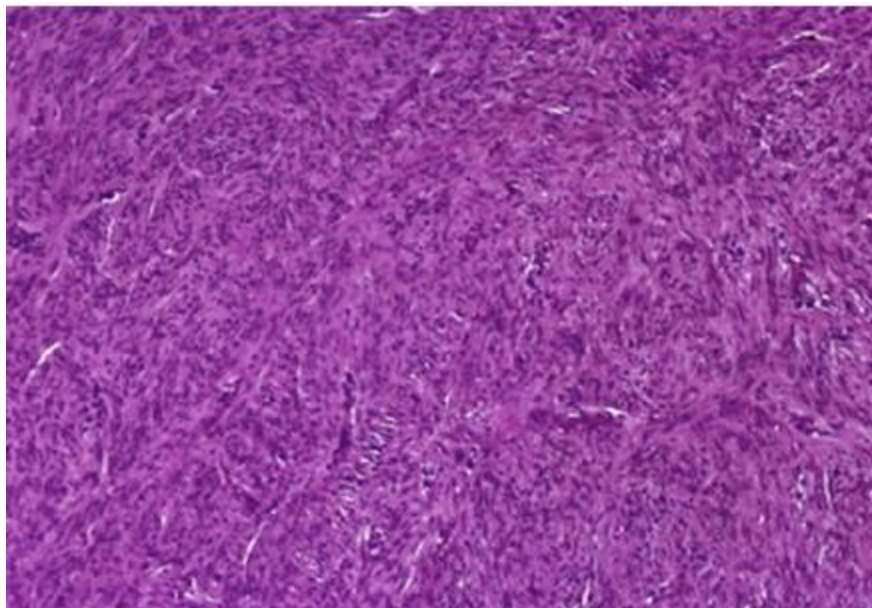
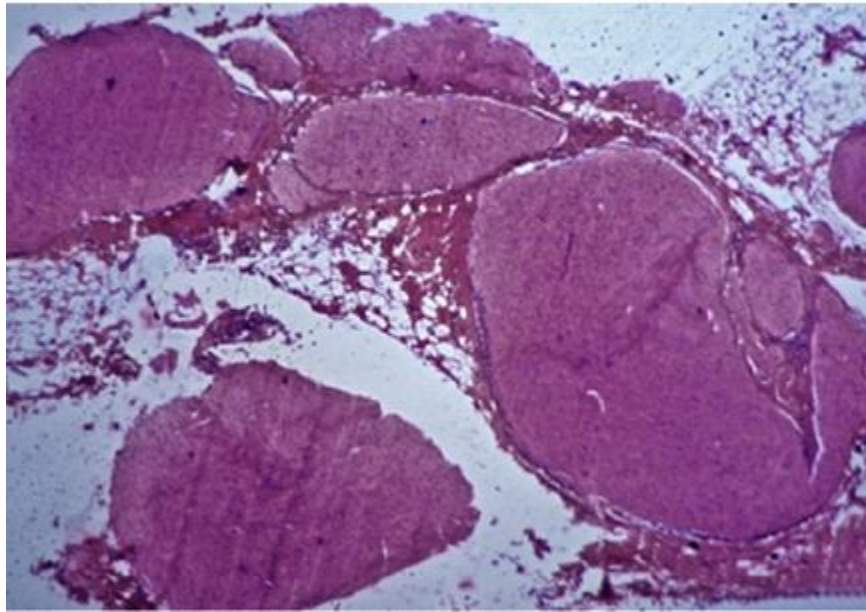


Figure 23: (a , b) : Aspect anatomopathologique du schwannome : tumeur encapsulée formée de cellules fusiformes aux noyaux allongés, disposées en faisceaux. (46).

3) Neurofibrome solitaire

Cette tumeur est issue des éléments conjonctifs de la gaine de Schwann et se rencontre très rarement de manière isolée, mais plus souvent associée à d'autres neurofibromes dans la neurofibromatose de von Recklinghausen. Les neurofibromes Intraosseux font très rarement partie de cette neurofibromatose. Leur localisation préférentielle est mandibulaire [47].

La symptomatologie clinique (tuméfaction, paresthésies) est identique à celle du schwannome bénin intra osseux. Mais son image radioclaire est moins bien délimitée et elle est plus souvent multiloculaire. L'élargissement du canal mandibulaire, aux limites corticales nettes, est typique pour les tumeurs du nerf alvéolaire inférieur.

L'examen anatomopathologique met en évidence une prolifération de fibres nerveuses enchevêtrées dans un tissu conjonctif. Figure 24(c ; d).

L'évolution est bénigne et le traitement est chirurgical.

La neurofibromatose de von Recklinghausen est un syndrome neurocutané qui est caractérisé par la survenue de tumeurs neurofibromateuses dans les organes d'origine ectodermique. Génétiquement, c'est une affection héréditaire autosomique dominante à pénétrance totale et à expressivité variable. Elle est caractérisée par un risque de dégénérescence sarcomateuse de ces neurofibromes [48].

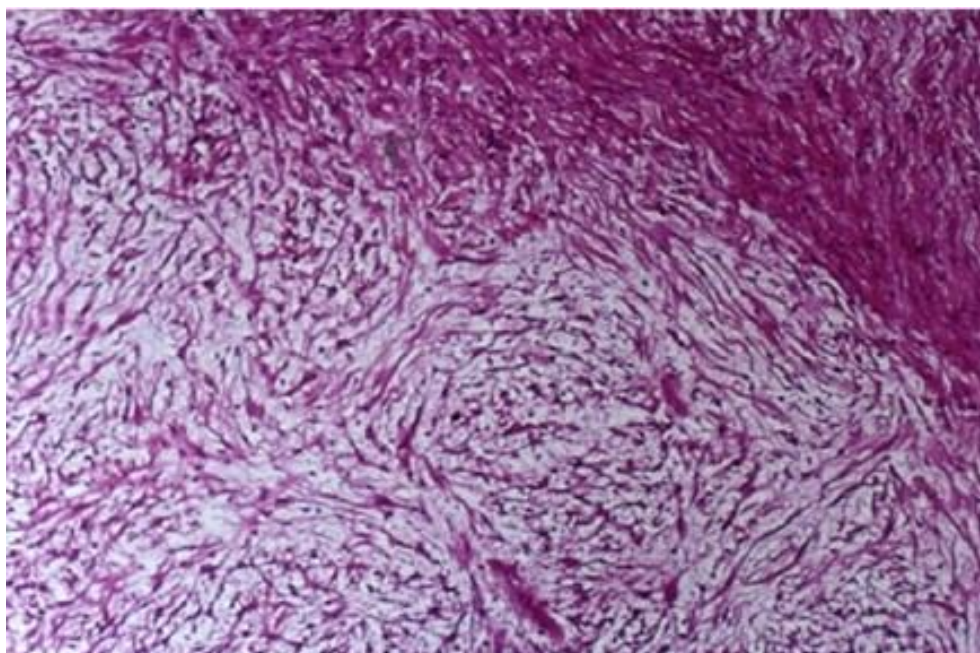
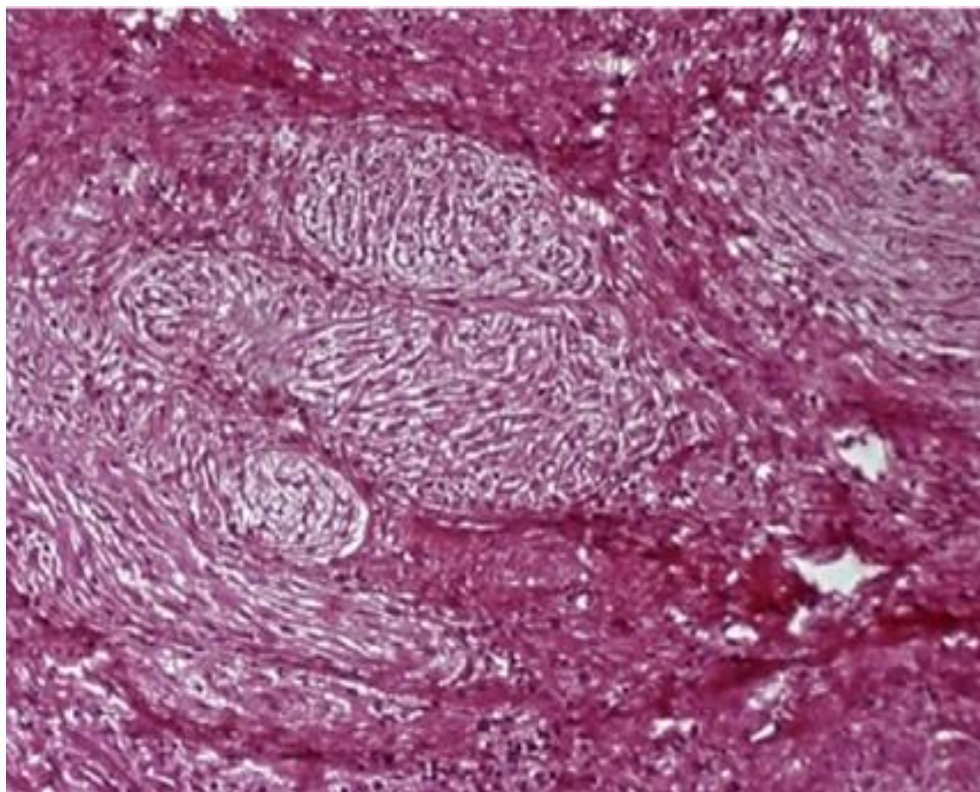


Figure24 :(c, d) aspect anatomopathologique du neurofibrome : tumeur à l'histologie hétérogène comprenant des fibroblastes et des cellules de Schwann. (46).

4- Tumeur neuroectodermique mélanotique (melanotic prognoma)

Cette tumeur bénigne dérive des cellules issues de la crête neurale. Elle peut être diagnostiquée par le dosage des métabolites urinaires des catécholamines. Elle survient principalement dans le système nerveux central, mais plusieurs cas ont été décrits au niveau des maxillaires, elle survient alors typiquement dans la région médiane du maxillaire, la mandibule étant plus rarement atteinte [51]. Cette tumeur ne se rencontre que chez l'enfant de moins de 1 an.

Le tableau clinique est dominé par une tuméfaction gingivale exophytique, augmentant rapidement de taille en quelques semaines, non fixée, mais entraînant des destructions osseuses sous-jacentes. On retrouve parfois des pigmentations au sein de la tumeur [50], Les signes radiologiques sont représentés par une radio clarté plus ou moins bien limitée, avec parfois des septa osseux, des dents refoulées sans résorption radiculaire (51).

Histologiquement, la tumeur est formée de deux types de cellules enchâssées dans un stroma conjonctif plus ou moins fibreux. On y trouve donc des cellules pseudoépithéliales, ressemblant à des mélanoblastes, cubiques ou aplaties, avec un gros noyau central, et pouvant s'orienter autour de cavités , glanduliformes, et des cellules petites et arrondies, ressemblant à des neuroblastes, très chromophiles, pseudo-lymphocytaires [52].

Malgré son agressivité clinique primitive, cette tumeur bénigne guérit après exérèse.

H- TUMEURS MUSCULAIRES

Elles sont exceptionnelles au sein des maxillaires.

Rhabdomyome

Cette tumeur bénigne des fibres musculaires striées semble ne jamais avoir été observée au niveau maxillomandibulaire.

Léiomyome

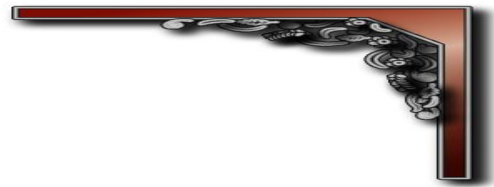
Cette tumeur bénigne est issue des fibres musculaires lisses de la paroi des vaisseaux [53]. Elle touche préférentiellement les patients jeunes et la partie postérieure de la mandibule [54].

La tumeur se manifeste par une radio clarté le plus souvent uniloculaire et asymptomatique.

L'histologie montre une tumeur formée de faisceaux de fibres musculaires lisses entrelacées au sein de fibres de collagènes.

Le traitement est chirurgical.

Les formes malignes sont représentées par le rhabdomyosarcome et le léiomyosarcome.



IV- Matériel et méthode



Patients et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 7 ans, de janvier 2003 à juillet 2009, portant sur 209 observations de patients colligés dans le service de chirurgie plastique, maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire d'instruction Med V de Rabat, pour au moins une tumeur de la muqueuse buccale cliniquement individualisée et dont la nature bénigne a été confirmée par un examen histo-pathologique.

Critères d'inclusion :

Cette étude a intéressé des patients hommes et femmes, de tout âge, militaires et civils, en activité ou retraités, présentant au moins une tumeur bénigne de la muqueuse buccale individualisée et confirmée par examen histopathologique. Le recrutement a donc intéressé une population marocaine disparate sur les plans éthno-géographique, socio-économique, et sans préjuger sur la présence de tare, alors que notre échantillon reste aléatoire.

Critères d'exclusion :

Bien que parfois confrontés à des dossiers incomplets en terme de renseignements : habitudes toxicologiques, prise de médicaments, antécédents médicaux-chirurgicaux. Seuls les patients porteurs de tumeurs malignes, et les patients également porteurs de lésions extra-buccales ont été exclus de cette étude.

Méthode d'étude :

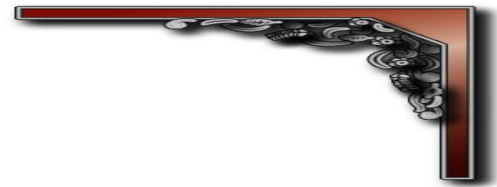
Les patients ont été classés selon quatre critères :

- L'âge
- Le sexe
- La localisation de la tumeur
- La nature histo-pathologique de la tumeur

FICHE D'EXPLOITATION :

I. Identité				
1. N° d'entrée:				
2. Nom et prénom :				
3. Age : ≤10ans	11-20ans	21-30ans	31-40ans	> 40ans
4. Sexe :	Masculin		Féminin	
5. niveau socioéconomique :		Bas	Moyen	Haut
II. Motif d'hospitalisation				
1.....				
III. Antécédents				
1. Personnels :				
a. Médicaux :	Oui		Non	
.....				
b. Chirurgicaux :	Oui		Non	
.....				
c. Toxiques :	α. Tabac :	Oui	Non	Sevré
	β. Alcool :	Oui	Non	Sevré
2. Familiaux :				
	α. Cas similaire	Oui		Non
		β. Autres		
IV. Symptomatologie clinique				
1. Le délai de consultation : <6mois 6 -12mois >12mois				
2. Les signes fonctionnels:				
a. Tuméfaction :	Oui	Non		
b. Signes dentaires :	Oui	Non		
Douleur	Mobilité	Chute		
c. D'autres signes :	saignement,			
.....				
d. gêne fonctionnelle : difficulté à macher , Elocution, gêne esthétique				
3. Le mode évolutif : Lent Rapide				
V. Examen clinique				
1. L'examen stomatologique :				
a. Inspection :				
α. Tuméfaction :	Oui	Non		
Droite	Gauche	Bilatéral		
siège:.....				
β. Inflammation :	Oui	Non		
γ. Ulcération :	Oui	Non		
δ. Fistulisation :	Oui	Non		
ε. Autres signes :				

b. Palpation :			
α. Taille :	<2cm	2 -4cm	> 4cm
β. Consistance :		Dure	Ferme
γ. Douleur a la palpation :		Oui	Non
δ. Mobilité /plans profonds :		Mobile	Fixe
ε. Limites :	Régulières	Irrégulières	Non précisées
. L'examen endobuccal:			
a. Muqueuse :	Normal	Inflammatoire	Ulcération Fistule
b. Tuméfaction :	Oui	Non	
Jugale	Gingivale	Palatin	Vestibulaire
c. Signes dentaires :			
α. Mobilité dentaire :	Oui	Non	
β. Douleurs dentaires :	Oui	Non	
γ. Perte de dentition :	Oui	Non	
d. Etat buccodentaire :	Bon	Mauvais	Non précisé
e. Autres signes :	Oui	Non	
.....			
. L'examen général:.....			
VI. Examens paracliniques			
1. Radiologie standard :			
2. Biopsie:.....			
Nature histologique:.....			
3. Autres :			
VII. Traitement			
1. Chirurgie :			
a. Abord chirurgical :			
b. Technique opératoire :			
.....			
2. Examen histologique de la pièce opératoire :			
VIII. Evolution			
1. Suites opératoires :	Bonnes	Complications	
2. Récidive :	Oui	Non	
3. Traitement :			



V- Résultats



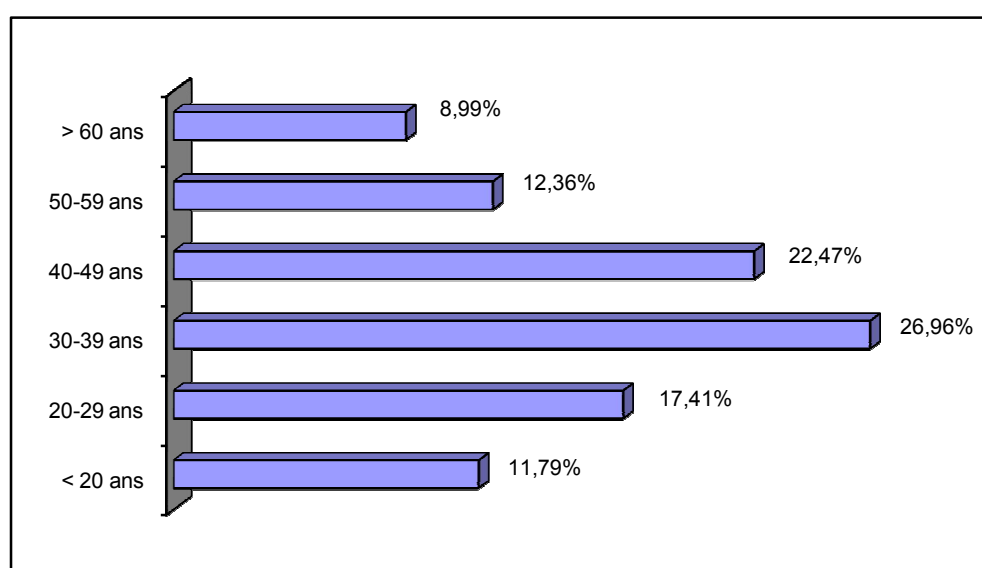
NOS RESULTATS :

1)-L'âge :

Dans notre étude l'âge moyen de survenue des tumeurs bénignes de la cavité buccale est de 38ans pour un extrême entre 9ans et 80ans ; les deux tiers des patients ont un âge compris entre 20 et 49ans.

Les patients de plus de 60ans représentent 9% des cas.

La majorité des patients étaient âgés entre (20 et 40 ans).



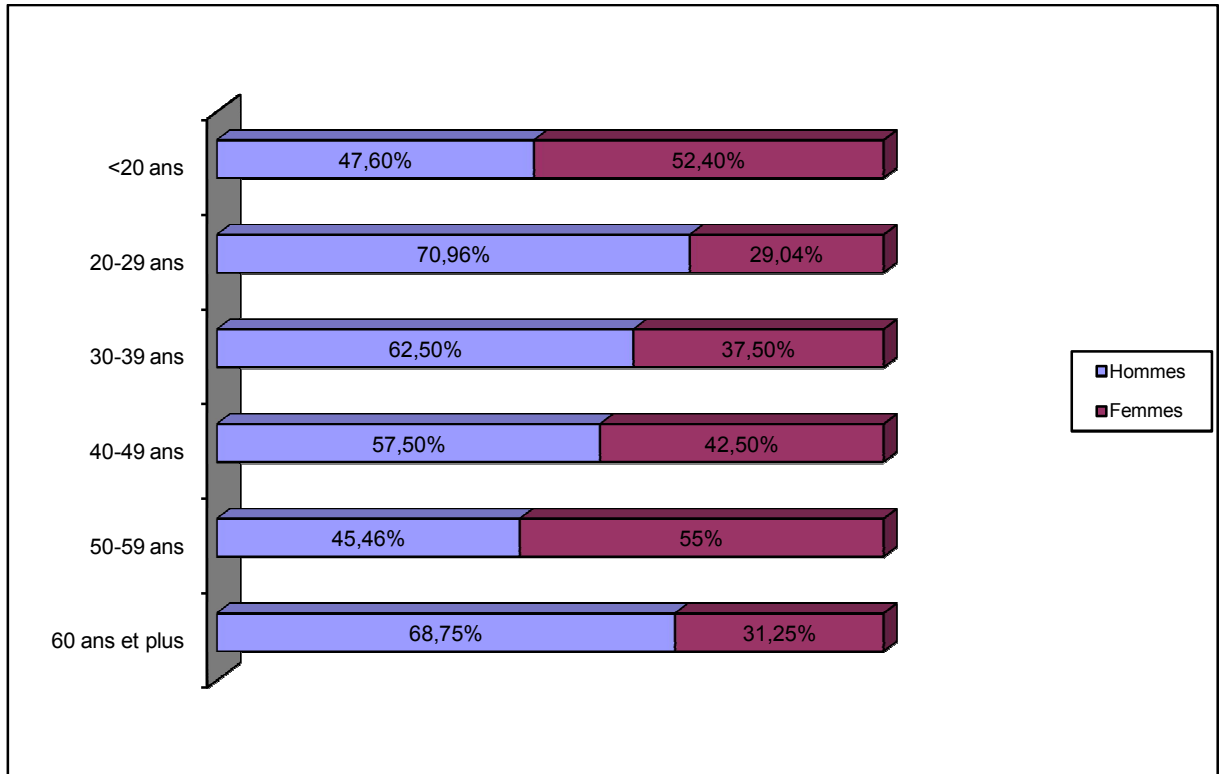
(Fig. a.) Répartition des tumeurs selon l'âge des patients.

2)-Le sexe :

Nous avons constaté une prédominance masculine avec un sexe ratio:1,4. Mais ceci surtout pour les lésions blanches et les pseudotumeurs inflammatoires, le sexe ratio est de 2.

La prédominance féminine ne concerne que certains types de tumeurs :

(Epulis , diapneusie) , 60% des cas . Pour les tumeurs bénignes des glandes salivaires les deux sexes sont atteints de façon égale.



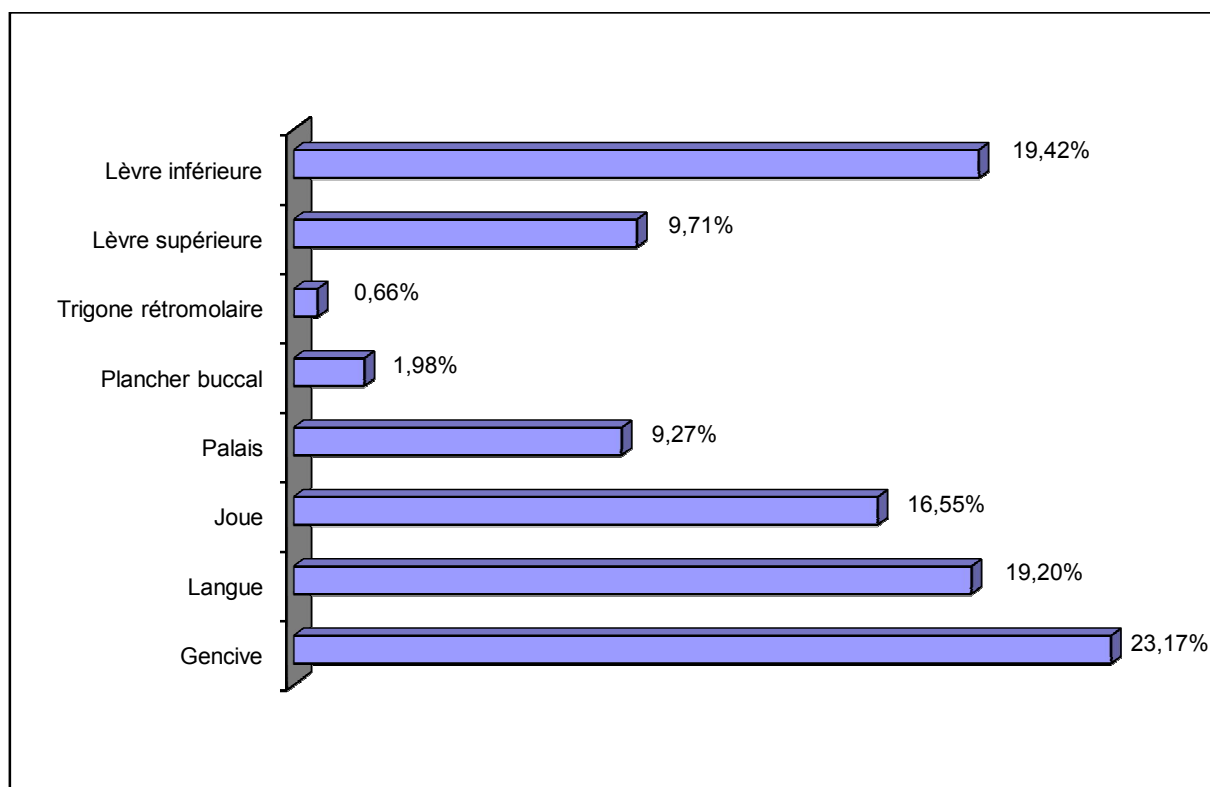
(Fig. b.) Répartition des tumeurs dans les groupes d'âge selon le sexe.

3)-La localisation des tumeurs :

Dans notre étude les tumeurs bénignes siègent dans 29% des cas sur la muqueuse labiale avec prédominance au niveau de la lèvre inférieure qui est atteinte dans 19% des cas et la lèvre supérieure avec 10% des cas.

La localisation au niveau des gencives constituent 23% des tumeurs bénignes de la muqueuse buccale ; suivie de la langue avec 19% et puis la

muqueuse jugale avec 16% de toutes ces lésions ; ensuite le palais avec 9%, enfin le plancher buccal 2% et le trigone rétro molaire de 0,6%. (Figure c).



(Fig. c.) Répartition des tumeurs selon leur siège.

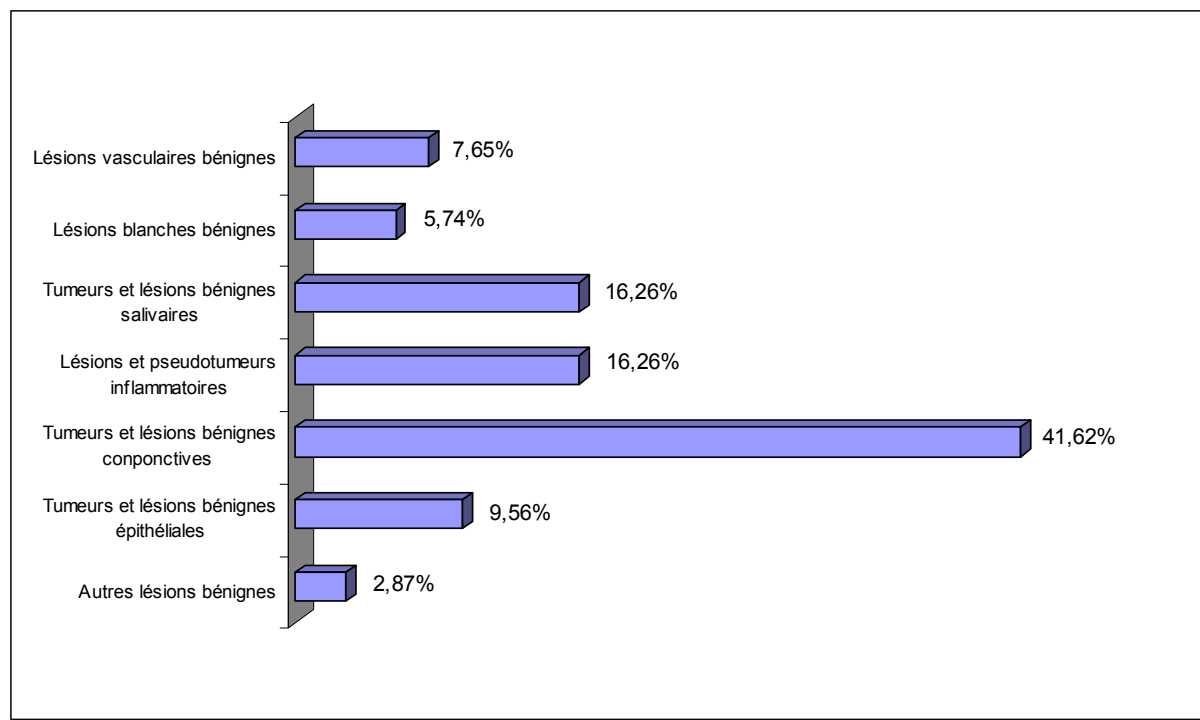
4) Nature histopathologique :

Sur le plan histopathologique, dans notre série, les tumeurs bénignes d'origine conjonctive sont les plus fréquentes, totalisant 41% des lésions.

Les épulis occupent la première position suivies par les diapneusies. Ils représentent plus des deux tiers des tumeurs bénignes d'origine conjonctive, et plus d'un quart de l'ensemble des lésions colligées. Les tumeurs bénignes d'origine salivaire et les lésions inflammatoires représentent chacune 16% de l'ensemble des lésions.

Les tumeurs à composante épithéliale constituent 9% de l'ensemble des tumeurs bénignes étudiées, et sont représentées quasi exclusivement par des papillomes qui seraient occasionnés par l'HPV. Dans un cas la lésion papillomateuse a été observée chez un sujet séropositif pour le VIH.

Les tumeurs à composante vasculaire constituent 8% de l'ensemble des lésions étudiées. les lésions blanches représentent 6% ; les autres lésions bénignes sont plus rares (moins de 3%). (Figure d).



(Fig. d.) : Répartition des tumeurs en fonction de leurs structures histologique.

	Nombre	H	F	moyen (ans)	Localisation
Tumeurs et hyperplasies épithéliales					
Papillome	18	72	43		Langue 57 % des cas Joues 21.4 % des cas
Papillome et infection à HIV	1	1		20	Lèvre
Tumeurs et hyperplasies conjonctives					
Epulis					Gencive
Epulis fibreuse	16	56	44	24	
Epulis à cellule géante	10	20	80	37	
Epulis plasmocytaire	8	0	100	38	
Epulis angiomateuse	3	67	33	40	
Epulis ulcérée	2	100	0	35	
Diapneusie	20	50	50	46	Lèvres et joues
Fibrome diapneusique	1 cas				
Fibrome ossifiant	3	67	33	26	Palais et plancher buccal
Fibrome chondromyxoïde	1	1		16	
Bourgeon chornu	17	47	53	43	Lèvres et langue
Granulome telangectasique	4	75	25	31	Lèvres, joues et gencives
Granulome pyogénique	1		1	46	Gencive
Hyperplasie gingivale	1	1		38	
Lésions inflammatoires					
Gingivite	5	80	20	40	Langue et joues surtout
Processus inflammatoire non spécifique	14	86	14	35	langue, joues, lèvres et palais
Pseudopolype inflammatoire	6	17	83	36	
Pseudokyste inflammatoire	4	75	25	28	
Cheilite chronique	2	100	0	40	
Glossite	2	1	1	33	
Cellulite fibro-inflammatoire pseudotumorale	1		1	34	Joue
Tumeurs et lésions des glandes salivaires accessoires					
Adénome pléomorphe	12	64	36	37	Palais. lèvres et joues
Adénome à cellules basales	1		1	38	Palais
Adénome canaliculaire	1	1		70	Lèvre supérieure
Hyperplasie des glandes salivaires	2	50	50	37	lèvres et joues

Mucocèle	7	43	57	37	lèvre inférieure
Kyste salivaire	4	75	25	25	Lèvres et langue
Sialadénite chronique	4	25	75	39	Lèvres et joues
Grenouillette	1		1	20	Plancher buccal
Sialométaplasie nécrosante	1		1	41	Palais
Ectopie salivaire	1	1		48	Langue
Amas de glandes	1	1		49	Lèvre
Lésions blanches					
Leucokérotose	5	60	40	52	Langue, joues, lèvre inférieure et plancher
Leucoplasie associée à une dysplasie légère ou moyenne	3	67	33	25,5	Joues surtout et langue
Acanthose	2	50	50	59	Joue et langue
Lichen plan	1	1		331	Langue
Lichen érosif				30	Joue

	Nombre	H	F	moyen (ans)	Localisation
Lésions vasculaires					
Angiome capillaire	3	100	0	33	Lèvre supérieure
Lymphangiome kystique	3	67	33	33	Joues surtout et lèvres
Hémangiome	7	71	29	30	lèvres surtout et joues
Angiodysplasie	1	1		68	Lèvre supérieure
Angiome caverneux	2	1	1	14	Lèvre inférieure
Lésions nerveuses					Gencive
Schwannome	1	1		14	
Autres lésions					
Lipome	2	2		60	Lèvre inférieure et joue
Hamartome	1	1		42	Langue
Rhabdomyome	1	1		54	Joue
Polype fibroépithélial	1	1		46	Lèvre

Tableau montrant les différents résultats détaillés concernant les 209 cas étudiés.



VI- Discussion



A) PREVALENCE, DIFFICULTE ET LIMITE D'ETUDE :

Notre enquête est de type rétrospectif et a porté sur 209 patients sur une durée de sept ans s'étalant de janvier 2003 à juillet 2009. Cette étude a pour but d'évaluer la fréquence, la nature et les facteurs prédisposant des tumeurs bénignes de la cavité buccale.

La prévalence des tumeurs bénignes de la cavité buccale dans notre étude reste très probablement sous estimée et cela est du à plusieurs facteurs :

- L'échantillon concerné par l'étude reste aléatoire ceci est du à la nature du recrutement des malades à l'échelon de notre service qui reste dominé par les militaires en activité ou les retraités et leurs familles, sachant que la majorité de la population civile a recours le plus souvent à d'autre structures sanitaires de la santé publique ou à titre privé.

- La plupart des patients avait consulté à titre externe soit pour des lésions de la muqueuse buccale soit pour des extractions, des soins dentaires ou pour tout autre motif se rapportant à la sphère buccale. Bien que ces lésions sont le plus souvent asymptomatiques et donc ne sont pas dépistées précocement et ne constitue presque jamais un motif de consultation.

- Enfin il faut signaler que la santé et l'hygiène buccale n'est pas considéré connue une priorité pour une grande partie de la population dans notre pays, surtout au niveau des classes sociales défavorisées.

- La prévalence réelle de ces tumeurs chez la population marocaine n'est pas connue. En fait, peu d'études épidémiologiques nationales se sont intéressées à ce sujet et traitant plutôt l'incidence des tumeurs malignes de la cavité buccale, elle varie de un à dix cas pour 10 000 habitants dans la plupart

des pays. La prévalence du cancer buccal est relativement plus élevée chez les hommes ; les personnes âgées ; et les personnes peu instruites et à faible revenu. Le tabac et l'alcool en sont les causes principales.

B) RESULTATS ET VARIABILITES EPIDEMIOLOGIQUES :

1)-L'âge :

Dans notre étude la moyenne d'âge est de 38 ans avec des âges extrêmes de (9-80ans), les deux tiers des patients ont un âge compris entre 20 et 40ans ; conforme avec de nombreuses études qui trouvent que ces tumeurs touchent toutes les tranches d'âge, mais la majorité des patients sont des adultes entre 30 et 50ans pour S.TORRES(55) et autres auteurs (56 ,57) ; ce qui correspond à notre étude. Les deux tiers des patients ont un âge entre 20 et 49 ans, mais peuvent survenir à tout âge surtout chez les adultes.

2)-Le sexe :

La majorité des études ne trouvent aucune relation entre le sexe et la prévalence des tumeurs bénignes de la cavité buccale sauf dans certains cas de granulome pyogénique qui est plus fréquent chez les femmes (58, 59) avec un sexe ratio de 0,5 (60, 61).

S. Torres (55) a constaté une différence significative en ce qui concerne le sexe avec une proportion de 2 /1 pour les femmes dans le cas d'autres lésions telles que : le granulome a cellules géantes (80% était de sexe féminin) et le fibrome (65%), en accord avec Tamashiro et Al (62) ; alors que Diarra C A T(63) a trouvé pour le sexe masculin 54% tandis que TCHUENTE Tséme. C (64) a trouvé une majorité d'hommes avec un sex-ratio de 1,3 ce qui reste en accord avec notre étude, qui a révélé un sex-ratio de 1,4.

3)-Résultats anatomopathologiques :

Dans notre étude les types histologiques les plus fréquents sont :

Les lésions d'origine conjonctive qui représentent 41% de l'ensemble des tumeurs, et dont les deux tiers sont dominés par l'épulis et la diapneusie , ces deux dernières constituent plus d'un quart des lésions colligées. Nos résultats sont en accord avec ceux de S. TORRES en Espagne dans une série de 300 cas, qui note aussi une fréquence des tumeurs à composante conjonctive dont 53% sont des fibromes, suivis de granulomes pyogénique 14%, et les granulomes à cellules géantes 6%.

Les tumeurs à composante épithéliale représentent 9% de toutes les lésions qui sont quasi exclusivement des papillomes dus aux HPV, puis les tumeurs vasculaires avec 8% dominées par les hémangiomes, ceci est conforme avec les résultats de l'étude de S.TORRES qui a trouvé 13% de papillomes et 8% d'hémangiomes. Les lipomes représentent 3% dans l'étude de S.TORRES alors que dans notre études ne représentent que 0,9%.

Cette constatation est discordante avec l'étude faite à Bamako par N.Keita (65), qui a retrouvé une prédominance des hémangiomes et des kystes avec 20% chacun, suivis de fibromes et les papillomes avec 15% chacun et 10% pour les lipomes et les angiomes chacun. Ces taux sont en concordance avec la littérature, Tchuenté Tsémé dans son étude au Cameroun a trouvé les pourcentages suivants : 15% pour granulomes, 7% pour de fibromes et 7% pour les hémangiomes.

Pour Diarra.C A T : 3,7% pour les angiomes, 3,7% pour les fibromes, 3,7% pour les kystes fibreux, les papillomes et les lipomes chacun.

Pour les autres types histologiques, nous nous sommes aussi intéressés aux lésions bénignes des glandes salivaires, des lésions blanches et d'autres tumeurs bénignes de la cavité buccale mais on n'a pas pu les comparer vu la rareté d'études prospectives ou rétrospectives regroupant les tumeurs bénignes de la cavité buccale.

4)-la localisation :

Dans notre série les tumeurs bénignes étudiées siègent dans 29% des cas sur la muqueuse labiale avec prédominance au niveau de la lèvre inférieure, ensuite les gencives qui constituent 23% des tumeurs bénignes de la cavité buccale suivies par la langue avec 19% puis la muqueuse jugale avec 16% ensuite le palais 9% et enfin le plancher et le trigone rétro molaire . Il existe une corrélation entre nos résultats et ceux de S.TORRES, lui qui a constaté que ces lésions se localisent en premier lieu au niveau des gencives avec 31% de toutes les tumeurs puis la muqueuse buccale 24% ensuite la langue avec 16% et enfin et respectivement le palais 9%, la lèvre 8% et le plancher buccal 2%.

5)-facteurs de risque :

a. Le tabac :

La grande fréquence des lésions et des tumeurs bénignes de la muqueuse buccale serait liée à de nombreux facteurs, Shulman et Al dans une étude américaine portant sur 17 235 patients âgés de plus de 17ans, ont trouvé que l'intoxication tabagique est significativement corrélée à l'apparition de lésions de la muqueuse buccale (66). Selon cette même étude, le risque de survenue de lésions de la muqueuse buccale serait multiplié par quatre pour les consommateurs de tabac à chiquer, les fumeurs auraient 25% de risque

supplémentaire par rapport à une population non consommatrice de tabac. Les lésions blanches, telles les kératoses et les leucoplasies, seraient d'avantage décrites dans la population masculine, notamment en Suède et en Slovénie (67,68), cette prédominance masculine est vraisemblablement en rapport avec une plus grande consommation de tabac..

S Torres(55) a évalué la relation entre le tabac, l'hygiène buccale et l'incidence des tumeurs bénignes de la cavité buccale. En ce qui concerne le tabac il n'a trouvé de relation significative pour une prévalence élevée des lésions rencontrées, alors que sur l'étude de l'hygiène buccale une très grande prévalence pour les granulomes pyogéniques, les granulomes à cellules géantes a été constaté.

Certains auteurs portent également sur une mauvaise hygiène avec l'apparition de ces deux formes histologiques, non pas directement comme un agent causal, mais comme un facteur favorisant (61, 69, 70).

D'autres facteurs de risques ont été rapportés dans la littérature tel les porteurs de prothèses dentaires amovibles chez qui le risque relatif de développer des lésions de la muqueuse buccale varierait de l'ordre de 3,26 (71) à 3,57 (66) selon les séries.

b. Hygiène buccale :

Sachant que parmi les facteurs de risques les plus incriminés des affections buccodentaires figurent la mauvaise hygiène buccale, la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool pour les principales lésions bénignes ou malignes de la cavité buccale ; l'hygiène insuffisante de la bouche est aussi un facteur de risque. La prévalence des affections buccodentaires varie selon la

région géographique, la disponibilité des services de santé pertinents et leur accessibilité. Les déterminants sociaux sont aussi très prononcés. La prévalence augmente dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans tous les pays ; la charge de morbidité des affections buccodentaires est nettement plus élevée parmi les groupes de population démunis et défavorisés (OMS).

c. Virus :

Des infections virales notamment les virus HPV sont impliqués dans le développement de certaines tumeurs bénignes de la cavité buccale, surtout pour les lésions et tumeurs épithéliales(72,73). La plupart des auteurs ont trouvés une prévalence très élevée en ce qui concerne l'infection virale à HPV, (près de 25 résultats de 14 auteurs), et sont en rapport avec les HPV type 6 et 11 dans les tumeurs bénignes de la cavité buccale telle les papillomes qui représentent presque la quasi-totalité de ces lésions (74).

Dans notre étude toutes les tumeurs à composante épithéliale sont représentées quasi exclusivement par des papillomes occasionnés par l' HPV.

Il convient de retenir que les tumeurs bénignes de la cavité buccale et surtout de la muqueuse buccale représentent une proportion importante des pathologies buccales, tant par leur fréquence, qui est vraisemblablement sous estimée que par leur grande variété. L'étiopathogénie des différents types n'est pas bien élucidée. Il apparaît clairement que les viroses, les habitudes toxiques, les facteurs traumatiques et inflammatoires jouent un rôle important dans le développement de ces lésions. Enfin, on doit préciser que les lésions de la muqueuse buccale prédominent dans la population de conditions sociales modestes, celle-ci même qui a le moins accès au dépistage, à la prévention, et aux soins bucco-dentaires.

RECOMENDATIONS :

Parmi les facteurs de risque d'affections bucco-dentaires figurent une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une hygiène insuffisante de la bouche, sans oublier les déterminants sociaux

La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial

Prévention :

Il est possible de réduire simultanément la morbidité due aux affections bucco-dentaires et celle liée à d'autres maladies en s'attaquant à des facteurs de risque courants, à savoir:

- Réduire la quantité de sucres ingérés et conserver un régime alimentaire bien équilibré pour prévenir les caries et le déchaussement prématuré des dents.
- Consommer des fruits et des légumes qui jouent un rôle protecteur contre le cancer de la bouche.
- Arrêter de fumer et diminuer la consommation d'alcool afin de réduire le risque de cancer buccal, de parodontopathie et de déchaussement des dents.
- S'assurer d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

- Utiliser des équipements de protection pendant les activités sportives et la conduite automobile afin de réduire les risques de lésions faciales; évoluer dans un environnement physique sain.
- Il est possible de prévenir les caries en maintenant en permanence dans la cavité buccale une faible concentration de fluorure. Ce fluorure peut provenir d'eau de boisson, de sel, de lait et de pâte dentifrice, ou encore de source de fluorure utilisée en milieu professionnel ou de liquide pour rinçage buccal. Une exposition de longue durée à une concentration optimale de fluorure fait baisser le nombre de caries, chez l'enfant comme chez l'adulte.

La plupart des maladies et affections bucco-dentaires nécessitent des soins dispensés par des spécialistes; or, vu leur disponibilité restreinte ou leur inaccessibilité, les services de santé bucco-dentaire ne sont que fort peu consultés par les personnes âgées, les personnes vivant en milieu rural et celles qui sont peu instruites et dont le niveau de revenu est faible. La couverture des soins bucco-dentaires est médiocre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les soins dentaires à visée curative classique constituent une charge économique importante pour nombre de pays à haut revenu, dans lesquels 5 à 10% des dépenses de santé publique sont consacrées à la santé bucco-dentaire.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les programmes de santé publique ciblant la santé bucco-dentaire sont rares. Le coût élevé des traitements peut être évité grâce à des mesures de prévention et de promotion sanitaire efficaces.

L'action de l'OMS :

Les actions de santé publique visant à combattre les affections bucco-dentaires sont plus efficaces lorsqu'elles s'intègrent parmi les activités de lutte contre d'autres maladies chroniques et dans les programmes nationaux de santé publique. Le Programme mondial OMS de santé bucco-dentaire harmonise ses travaux avec la stratégie de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé. L'accent est mis sur l'élaboration de politiques mondiales de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des affections bucco-dentaires, à savoir:

- Mettre en place des politiques de santé bucco-dentaire capables de juguler efficacement les risques encourus;
 - Stimuler la conception et la mise en œuvre de projets communautaires tendant à promouvoir la santé bucco-dentaire et à prévenir les maladies pertinentes en insistant sur les groupes de population démunis et défavorisés;
 - Encourager les autorités sanitaires nationales à mettre en œuvre des programmes de fluoration efficaces pour prévenir les caries;
 - Sensibiliser aux facteurs de risque communs aux affections bucco-dentaires et à d'autres maladies chroniques dans le cadre d'une démarche de prévention simultanée de ces maladies;
 - Prodiguer un soutien technique aux pays pour qu'ils renforcent leurs systèmes de santé bucco-dentaire et l'intègrent dans la santé publique.
- (OMS avril 2012).

Enfin il faut signaler qu'une bonne hygiène buccodentaire, l'arrêt du tabac et la diminution de la consommation d'alcool, et le dépistage précoce de toute lésion buccodentaire peut prévenir ou diminuer l'incidence de survenu des tumeurs bénignes de la cavité buccale ; aussi la bonne acquisition d'une meilleure compréhension des facteurs de risque.

Informier, éduquer et sensibiliser la population Marocaine de l'importance de la prévention buccodentaire.

Initier et encourager des études prospectives afin d'avoir un aperçu meilleur de ces tumeurs bénignes de la cavité buccale à l'échelon national et international.

Notre étude reste limitée à cause des contraintes sus citées. Néanmoins il reste utile que d'autres études analysant la vraie incidence de cette pathologie soient initiées en analysant les facteurs de risque, et en regroupant les différents types histopathologiques de ces lésions bénignes de la cavité buccale ; cela permettra sans doute d'éclaircir l'épidémiologie réelle de ces tumeurs dans le contexte marocain.



VII- Conclusion



Les tumeurs bénignes de la cavité buccale représentent une proportion importante des pathologies buccales, tant par leur fréquence, qui est vraisemblablement sous estimée, que par leur grande variété. L'étiopathogénie des différents types n'est pas toujours élucidée. Il apparaît clairement que les viroses, les habitudes toxiques, et les facteurs traumatiques et inflammatoires jouent un rôle important dans le développement de ces lésions de la muqueuse buccale prédominant dans la population de conditions sociales modestes, celle-ci même qui a le moins accès au dépistage, à la prévention et aux soins bucco dentaires. Peu d'études se sont penchées sur le regroupement de ces tumeurs bénignes de la cavité buccale et leurs épidémiologies surtout dans la population générale. D'où l'intérêt d'élaborer des stratégies efficaces de prévention des tumeurs bénignes de la cavité buccale, acquérir une meilleure compréhension des facteurs de risques et enfin initier et encourager d'autres études prospectives et rétrospectives afin d'avoir un aperçu meilleur de ces tumeurs sur l'échelon national et international.



VIII- Résumé



Résumé :

Titre : Tumeurs bénignes de la cavité buccale : étude rétrospective de 209cas.

Mots clés : tumeurs bénignes-cavité buccale-épidémiologie.

Rapporteur : MR MOHAMED NASSIH Professeur d'enseignement supérieur en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Auteur : LOULOU MUSTAPHA.

Les tumeurs bénignes de la cavité buccale représentent toutes les néoformations histologiquement bénignes ou de bénignité relative se développant à partir des éléments constitutifs de la muqueuse buccale. Ces lésions sont réparties cliniquement selon leur aspect macroscopique, mais leur diagnostic reste histologique et leur classification dépend de la nature des tissus qui les composent. Leurs étiologies sont diverses et dominées par la mauvaise hygiène buccodentaire, la consommation de tabac et par certaines infections virales.

Leur fréquence est élevée mais reste difficile à apprécier près d'un tiers de la population serait concerné. En dehors d'études ciblant des populations bien spécifiques, peu de publications se sont penchées sur une étude épidémiologique dans la population générale.

Ce travail a pour but d'évaluer la fréquence, la nature et les facteurs prédisposant des tumeurs bénignes de la cavité buccale dans une population aléatoire.

Dans notre étude les tumeurs d'origine conjonctives sont les plus fréquentes suivie des lésions d'origine salivaire et inflammatoire puis celles à composante épithéliale ensuite l'origine vasculaire et enfin les lésions blanches et les autres tumeurs sont plus rares.

La bonne hygiène buccodentaire, l'arrêt du tabac, la diminution de la consommation d'alcool, et le dépistage précoce de toute lésion buccodentaire peut prévenir ou diminuer l'incidence de survenu des tumeurs bénignes de la cavité buccale.

Abstract

Title : Benign tumors of the oral cavity :a retrospective series of 209 cases.

Key words : benign tumors-oral cavity-epidemiology.

Rapporteur : Mr Mohamed Nassih associate professor of Maxillofacial and Oral Surgery

Author : Loulou Mustapha

The benign tumors of the oral cavity represent all the histologically benign lesions developping from the oral tissues. These lesions are classified according to their macroscopic aspect, but their diagnosis remains histological and their classification depends on the nature of the tissues which compose them. There are different etiologies, dominated by bad oral hygien , tobacco consumption and some oral viral infections.

Their frequence is raised and remains difficult to appreciate thus nearly a third of population would be concerned.

Few publications would be leaning on an epidemiological study in general population and it is accordingly that this work is registered with the goal to draw up an inventory of various aspects of oral cavity benign tumors in a random population.

In our study the tumors of mesenchymal origin are the most common followed by lesions of salivary origin and those with inflammatory and epithelial component of vascular origin and then finally white lesions and other tumors are rare.

Good oral hygiene, smoking cessation, reduced alcohol consumption, and early detection of oral lesions can prevent or reduce the incidence of benign tumors occurred in the oral cavity.

ملخص

العنوان: الأورام الحميدة لتجويف الفم

من طرف: لولو مصطفى

الكلمات الأساسية: الأورام الحميدة-تجويف الفم-وبائيات

الأورام الحميدة لتجويف الفم تمثل كل مكونات جديدة تشريحيًا حميدة أو حميدة نسبيًا التي تتطور انطلاقًا من مكونات الغشاء المخاطي للفم. وتتقسم هذه الآفات سريريًا وفقًا لمظهرها العياني. ولكن يبقى التشخيص هو التشريح الدقيق. وتصنيفها يعتمد على طبيعة الأنسجة التي تتكون منها. وتبقى مسبباتها متنوعة و تهيمن عليها سوء نظافة الفم و التدخين و بعض الالتهابات الفيروسية. وثيرتها عالية و من الصعب تقديرها ما يقرب ثلث السكان معني بالأمر. و بصرف النظر عن الدراسات التي تستهدف فئات معينة من السكان للغاية و قلما ركزت منشورات عدة على دراسة وبائية في عموم السكان. هذا العمل يهدف إلى تقسيم الوثيرة و الطبيعة و الأسباب المهيمنة للأورام الحميدة لتجويف الفم في عدد السكان بشكل عشوائي. في دراستنا الأورام الأكثر شيوعًا هي التي تتعلق بالنسيج الضام ثم التي هي من أصل اللعابية و الالتهابية ثم تليها الأورام من أصل الأوعية الدموية و أخيرًا الآفات البيضاء و الأورام الأخرى التي تعتبر نادرة للغاية. إن صحة الفم الجيدة و الإقلاع عن التدخين و انخفاض إستهلاك الكحول و الكشف المبكر عن آفات الفم تمكن من منع أو تقليل حدوث الأورام الحميدة لتجويف الفم.



IX- Bibliographie



- [1] **Rouvière H.** Delmas A. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. In=Tome 1= tête et cou, Paris : Masson, 1997. p 431-46.
- [2] **Putz R ;** Pobst R. Sobotta atlas d'anatomie humaine, In : Tome 1= tête et cou, membre supérieur Paris. Editions médicale Internationales, 1994, p 28-157.
- [3] **Maladière E.** Vacher C. Examen clinique en stomatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Parie), Stomatologie, 22-010-A-10,2008.
- [4] **VIDALHET. B ;** Robin. O ; Polo.A ; Braveti.P Mahler. P. Salivation EMC d'odonto-stomologie Tome 8, 22-008-A-05; 2000. 7p.
- [5] **Auriol M** et le Charpentier. Y Histologie de la muqueuse buccale et des Maxillaires EMS d'odonto-stomologie Tome 8, 22-008-A-05, 22-007-n-10.
- [6] **FRANK H.NETTER, MD.** Atlas d'anatomie humaine, 5ème édition. Elsevier Masson. P : 60-61. (ISBN : 978-1-4160-5951-6).
- [7] **AZERAD J.** la physiologie de la mastication Paris Masson 1992. 175p.
- [8] **ROITTL.M.** LEHNER T immunologie des maladies de la bouche Paris SIMEP 1987.
- [9] **BROCHERIOU C,** DE ROQUANCOURT A. Tumeurs de la cavité buccale. Anatomie-pathologique dentaire et stomatologique. Paris, Editions c.d.p, 1987 : 87-97.
- [10] **CHAPUT A.** Stomatologie. Paris, Editions médicales flarnmarion, 1967 : 563-564-714-718-719-721726-727-1055.
- [11] **FARGUES L.** Incidences des hormones sexuelles femelles au niveau de la muqueuse buccale à propos d'un cas clinique. Thèse, Chir. Dent., Bordeaux, 1986, 21.

- [12] **GOUDAERT M, DNHIEZ P.** Dictionnaire pratique d'odontologie et de stomatologie. Paris-Masson, 1983 : 39-143-322-324.
- [13] **DECHAUME M.** Maladies des lèvres, des gencives, du palais, du plancher buccal, de la langue. In : Précis de la stomatologie. Paris, Masson, Sème éd., 1980 : 45-62.
- [14] **KAQUELER JC, DE COMBAS M.** Abrégé d'anatomo-pathologie dentaire. Paris, Masson, 1979: 136-146-147-148-177. 115
- [15] **WAHI PN, COHEN B, USHA.K LUTHRA.** Types histologiques des tumeurs de la bouche et de l'oropharynx, Genève, O.M.S, 1971 : 29.
- [16] **Billet J, Malard O, Tessier MH et Beauvillain de Montreuil C.** Pathologie de la muqueuse buccale. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Oto-rhino-laryngologie, 20-624-A-10, 2003, 9 p
- [17] **TONNELIER P, LAMBER G.** Odonto-stomatologie essentielle de l'omni-praticien. Paris, procodif, 1983 : 84-85-158.
- [18] **SCULL Y C, FLINT S.** Maladies de la bouche et maladies générales à manifestations buccales. Paris, éditeur, 1989.
- [19] **FERKADJI L, DEFFEZ JP, HAZEN M, BORDAIS P.** Tumeurs de la muqueuse buccale chez l'enfant. Encycl. Med. Chir. Stomatologie, 1986, 22051. DIO: 6p.
- [20] **LEROUX-ROBERT J, DE BRUX J.** Histopathologie ORL et cervico-faciale. Paris, Masson, 1976 : 166-67.
- [21] **SOUBIRAN 0, GUILBERT O.** Affections de la cavité buccale. Encycl. Méd. Chir., Odontologie, 1969, 4,22054, AI0 : 8-10.

- [22] **Tara Esmeili**, DDS, Francina Lozada-Nur, DDS, MS, MPH, Joel Epstein, DMD, MSD, FRCD(C) Common benign oral soft tissue masses Dent Clin N Am 49 (2005) 223–240.
- [23] **E. Piette.** EMC-Stomatologie 1 (2005) 193–207, Affections des lèvres. Diseases of the lips [http://france.elsevier.com/direct/EMCSTO/1769-6844/\\$](http://france.elsevier.com/direct/EMCSTO/1769-6844/$).
- [24] **RABUT G.** Bomyomycome et papillome. Pratique odonto-stomatologique. Genève 1949.
- [25] **FREIDEL M, ROUGIER M.** Affections des lèvres. Encycl. Méd. Chir. Stomatologie, 1985,22054. A10 : 1-10.
- [26] **CHOMETTE G, AURIOL M.** Anatomie pathologique des lésions tumorales de la cavité buccale, des glandes salivaires, des maxillaires et des téguments. Encycl. Med. Chir. (Paris-France), stomat. 22011. S10. 2-1990:10p.
- [27] **Beauvillain de Montreuil C, Tessier MH, Billet J.** Pathologie bénigne de la muqueuse buccale. EMC Oto-rhino-laryngologie 2012;7(1):1-21 [Article 20-624-A-10]
- [28] **PARONT M.** Traitement des épulis. In : Petite chirurgie de la bouche. Paris, expansion scientifique, 3ème éd. française, 1991 : 320. 23, -4.
- [29] **PINDBORG J.J.** Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Paris, Massons, 1995 : 91, 93, 95, 124, 126,134.
- [30] **CHOMETTE G, AURIOL M.** La biopsie. Encycl. Med. Chir. (Paris-France). Stomatologie.!, 22011. RIO.2, 1995. 4p.
- [31] **HELD AJ.** Anatomie pathologique de l'appareil masticateur et des glandes salivaires, Paris, Maloine, 1977 : 74-76-77-96.

- [32] **PIETTE E**, REYCHLER H. Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale. Paris, De boech universite. Edit., 1991 : 896-897-950-951-952-990-991-992-
- [33] **PERI G**, THEVENON P, MONDIE JM. Affections vélo-palatines. Encycl. méd. Chir., Odontologie, 1980, 4,22056. A30 : 2-3.
- [34] **LASKARISG**. Tumeurs bénignes. In : Atlas des maladies buccales. Paris, flammarion, 1994, 321 : 304-330.
- [35] **Collège** français d'ORL ET CCF-2009 DCEM-ECN item 270
- [36] **ENZIGER FM**, LATTES.R, TORLONI H. Types histologiques des tumeurs des tissus mous. Genève, O.M.S, 1970 : 27-30-33.
- [37] **Mc.CARTHY P.L**, SHKLAR G. Benign tumors and tumor like lesions. Diseases of the oral mucosa. Philadelphia, 2ème édition, 1980 : 428-469.
- [38] **CHOMETTE G**, AURIOL M, LABROUSSE F, VAILLANT JM. Influence du rayonnement laser CO2 sur les modalités morphologiques de la cicatrisation cutanéomuqueuse en chirurgie stomatologique; analyses éristo-enzymatologiques et ultra-structurales". Rev. Stomato. Chir. maxillofac., 1991,92 : 1-7.
- [39] **Chau MN**. Jonsson E, Lee KM. Traumatic neuroma following sagittal mandibular ostectomy. Int J Oral Maxillofac Surg 1989;18;95-8.
- [40] American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
J Oral Maxillofac Surg 58:1113-1117, 2000
- [41] **Sayan NB**, .Ucok C. Asymptomatic traumatic neuroma after mandibular sagittal split osteotomy: a case report. J Oral Maxillofac Sug 2002;60: 111-2

- [42] **Shah SS.** Ghannoum J, Carness A, Freedman PD. Intraosseous traumatic neuroma of the maxilla after excision of giant cell granuloma: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1161-4.
- [43] **Marzola C,** Borguetti MJ, Consolaro A. Neurilemmoma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1988;46: 330-4.
- [44] **Minic AJ.** Central schwannoma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992;21:297-8.
- [45] **Khonsari RH,** Perrin JP, Bouguila J, Billet J, Corre P. Pre'sentation aigue d'un schwannome intra-oral. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2009;103:158-9 .12 janvier 2010
- [46] **Martin-Duverneuil N,** Auriol M. Tumeurs nerveuses et me 'nin-ge'es. In: *Les tumeurs maxillofaciales*. Montpellier: Sauramps; 2004. p. 227-40.
- [47] **Brady GL.** Schaffner DL, Joy Jr. ED, Morris RL, Given KS. Solitary neurofibroma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40:453-6.
- [48] **Hollins RR,** Lydiatt DD. Markin RS. Davis LF. Mesenchymal chondrosarcoma: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45:72-5.
- [49] **Nagnse M,** Ueda K, Fukushima M, Nakajima T. Recurrent melanotic neuroectodermal tumour of infancy. Case report and survey of 16 cases. *Maxillofac Surg* 1983; 11: 131-6.
- [50] **Puchalski R,** Shah UK, Carpentieri D, McLaughlin R. Handler SD. Melanotic neuroectodermal tumor of infancy (MNTI) of the hard Palate: presentation and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;53:163-8.

- [51] **Zain RB**, Khoo SP, Yeo JF. Oral pyogenic granuloma (excluding pregnancy tumour)—a clinical analysis of 304 cases. *Singapore Dent J* 1995; 20(1):8–10.
- [52] **Barrett AW**; Morgan M, Ramsay AD, Farthing PM, Newman L. Spcight PM. A clinicopathologic and immunohistochemical analysis of melanotic neuroectodermal tumor of infancy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 688-98.
- [53] **Praal FR**, Ioannides CA, van Beek GJ. van de MF. Oral leiomyomas. *J Maxillofac Surg* 1982; 10:229-35.
- [54] **Liang H**, Frederiksen NL, Binnie WH. Cheng YS. Intraosseous oral leiomyoma: systematic review and report of one case. *Denwmaxillofac Radiol* 2003;32:285-90.
- [55] **Torres-Domingo S**, Bagan JV, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, Sanchis JM, Gavalda C, Carbonell E. Benign tumors of the oral mucosa: A study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Mar;13(3):E161-6.
- [56] **Chang F**, Syrjänen S, Kellokoski J, Syrjänen K. Human papillomavirus (HPV) infections and their associations with oral disease . *J Oral Pathol Med*. 1991 Aug; 20(7):305-17.
- [57] **Muench MG**, Layton S, Wright JM. Pyogenic granuloma associated with a natal tooth: case report. *Pediatr Dent*. 1992 Jul-Aug;14(4):265-7.
- [58] **Al Khateeb T**, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(11):1285–8

- [59] **Zain RB**, Khoo SP, Yeo JF. Oral pyogenic granuloma (excluding pregnancy tumour)—a clinical analysis of 304 cases. Singapore Dent J 1995;20(1):8–10.
- [60] **Sapp PJ**, Eversole LR, Wysocki GP, editores. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España: Editorial Harcourt Brace; 1998. p. 277-318.
- [61] **Tervahartiala B**, Ainamo J. The development during pregnancy of pyogenic granulomas superimposed upon a congenital hemangioma: a case report. J Periodontol. 1989 Jun; 60(6):358-61.
- [62] **Tamashiro T**, Arias P, Nomura M. Fibroma Gigante. Caso Clínico. Revista ADM. 1996;5:241-4
- [63] **Diarra C.A.T** : Etude des tumeurs des parties molles maxillo-faciale à l'hôpital De KATI, MALI. Thèse med 2006.
- [64] **TCHUENTE Tseme Cyrille** : Etude des tumeurs maxillo-faciales à Yaoundé au Cameroun. Thèse de médecine 2004.
- [65] **Namballa Keita** : Etude des tumeurs bénignes des parties molles maxillo-faciales au CHU-OS de Bamako : 2003- 2006. Thèse med 2008.
- [66] **SHULMAN.JD**, Beach MM, Rivera-Hidalgo F . The prévalence of oral mucosal lesions in US.adults =data from the third national health and nutrition,examination Survey,1988-1994.J Am dent assoc 2004;135:1279-86
- [67] **AXELL.T**.Occurence of leucoplakia and some other oral white lesions among 20333adulte Swedish people.community dent oral epidemiol 1987; 15 = 46-51.

- [68] **KOVAC-KOVANIC M**, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J oral pathol med 2000;29:331-5
- [69] **Shafer WG**, Hyne NK, Levy BM, editores. Tumores benignos y malignos de la cavidad oral. En: Shafer WG, Hyne NK, Levy BM. Eds. Tratado de patología bucal. México: Interamericana; 1986 p. 154-7.
- [70] **Katsikeris N**, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988 Apr; 17(2):94-9.
- [71] **ESPINOZA I**; Rojas R, Aranda W; Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago Chile. J oral pathol Med 2003, 32:571-5.
- [72] **SYRJANEN S**. Human papillomavirus Infections and oral tumors . Med microbial immunol 2003, 192:123-8.
- [73] **SCULLY C**, Epstein J, Porter S , Cox M. Viruses and chronic disorders involving the human oral mucosa. Oral surg Oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral pathol 1991; 72: 537-44.
- [74] **TBEREZITA Peixoto P** Galvao castro, Ivo Bussoloti Filbo. Prévalence of human papillomavirus (HPV) in oral cavity and oropharynx. Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(2):272-82.

LISTE DES FIGURES :

FIGURE [1] : Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane.

FIGURE [2] : Cavité buccale , vue antérieure.

FIGURE [3] : Région pelvilinguale, vue antérieure.

FIGURE [4]: Coupe horizontale de la mandibule au niveau de la langue montrant la glande parotide.

FIGURE [5]: Coupe coronale postérieure à la première molaire montrant les loges des glandes sublinguales et submandibulaire.

FIGURE [6]: Glandes salivaires et rapports.

FIGURE [7]: épulis en voie d'épithélisation.

FIGURE [8]: Un jeune de 17ans qui présente un granulome pyogénique localisé au niveau des gencives .

FIGURE [9]: Granulome pyogénique labial inférieur; noter l'aspect inflammatoire et hyperémique.

FIGURE [10]: Diapneusie labiale inférieure ; noter l'aspect ferme et bien délimité.

FIGURE [11]: Diapneusie u bord gauche de la langue mobile.

FIGURE [12]: Kyste mucoïde de la face inférieure de la langue.

FIGURE [13]: Grenouillette sublinguale.

FIGURE [14]: Femme de 66 ans présentant un papillome de la langue ventrale.

FIGURE [15]: Papillome lingual.

FIGURE [16]: Femme de 40 ans présentant un fibrome de la muqueuse buccale.

FIGURE [17]: Aspect microscopique du lipome simple : tumeur composée de cellules adipeuses matures et non encapsulée (hématoxyline et éosine).

FIGURE [18]: Aspect microscopique du fibrolipome de la muqueuse buccale : Adipocytes matures séparées par des cloisons du tissu conjonctif dense et abondant. (hématoxylline , éosine).

FIGURE [19]: Hémangiome caverneux thrombosé au niveau labial inférieur gauche, chez une femme âgée.

FIGURE [20]: Hémolymphangiome circonscrit de la partie médiane de la face dorsale de la langue.

FIGURE [21]: Lymphangiome de la totalité de la langue, responsable d'une macroglossie et retentissant sur l'articulé dentaire avec une béance antérieure (A, B).

FIGURE [22]: Schwannomes de la cavité buccale avec surinfection et ulcération dans le cas du schwannome vestibulaire droit. Les deux schwannomes siègent sur des branches du V2.

FIGURE [23] :(a , b) : Aspect anatomopathologique du schwannome : tumeur encapsulée formée de cellules fusiformes aux noyaux allongés, disposées en faisceaux.

FIGURE [24] :(c , d) aspect anatomopathologique du neurofibrome : tumeur à l'histologie hétérogène comprenant des fibroblastes et des cellules de Schwann.

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 le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- < وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشرعي في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

الأورام الحميدة لتجويف الفم
(دراسة استعادية بصدد 209 حالة)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد : مصطفى لولو

المزاد في: 16 يونيو 1978 بأكادير

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية – الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الأورام الحميدة – تجويف الفم – وبائيات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد : عبد عبد الإلاه أوجيلا

أستاذ في طب الأنف، الأذن والحنجرة

السيد : محمد نصيح

أستاذ في جراحة الوجه والفك

السيد : عبد الرحمان البوزيدي

أستاذ في التشريح الدقيق

السيد : مالك بولعدس

أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفك