

TUMEURS BENIGNES DES MAXILLAIRES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

BENIGN MAXILLARY TUMORS: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS

Djemi EM¹, Béréte P IJ¹, Zegbeh NEK¹, Amenou ABMD¹, Mafata NEH¹, Ory OADM¹

1- Service d'odonto stomatologie et chirurgie maxillo faciale du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Résumé

Introduction: L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes des maxillaires. **Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée de janvier 2017 à décembre 2020 au service d'odontostomatologie et chirurgie maxillo faciale du Centre Hospitalier de Bouaké Elle a concerné tous les patients présentant une tumeur ou pseudotumeur bénigne des maxillaires et dont le diagnostic a été posé cliniquement, radiologiquement et histologiquement. **Résultats :** Pendant la période d'étude, il a été colligé 30 cas de tumeurs bénignes des maxillaires. L'âge moyen était de 27,6 ans (8-53ans). Le sex-ratio était de 2,33. La tuméfaction faciale était le motif de consultation évoqué (100%). Le délai moyen de consultation était de 5,8ans (3ans-14ans). La tomographie maxillo-faciale a été réalisée chez tous les patients. Le siège était mandibulaire chez 23 patients (76,6%). L'améloblastome était la tumeur bénigne la plus représentée (33,3 %). Tous les patients ont reçu un traitement chirurgical. Il a été conservateur dans 13,3% des cas (n=04) et chirurgical interruptrice dans 86,7% des cas (n=96). L'évolution a été favorable chez 28 patients (93%). Deux patients (7%) ont présenté une infection post opératoire sur l'endoprothèse mandibulaire. **Conclusion:** Les tumeurs bénignes des maxillaires représentent une entité importante en pathologie maxillo faciale. L'améloblastome est la tumeur bénigne la plus fréquente. Le traitement est chirurgical et a donné de bons résultats. L'amélioration de la prise en charge de ces tumeurs passerait par la sensibilisation pour une consultation et une prise en charge précoce.

Mots-clés : Tumeur bénigne, Maxillaires, Epidémiologie, Diagnostique

Summary

Introduction: The aim of this study was to describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of benign maxillary tumours. **Material and methods:** This was a retrospective study carried out from January 2017 to December 2020 in the odontostomatology and maxillofacial surgery department of the Bouaké Hospital. It included all patients presenting with a benign tumour or pseudotumour of the maxillae and whose diagnosis had been made clinically, radiologically and histologically. **Results:** During the study period, 30 cases of benign maxillary tumours were recorded. The mean age was 27.6 years (8-53 years). The sex ratio was 2.33. Facial swelling was the most common reason for consultation (100%). The average time to consultation was 5.8 years (3-14 years). Maxillofacial CT scans were performed in all patients. The site was mandibular in 23 patients (76.6%) and ameloblastoma was the most common benign tumour (33.3%). All patients received surgical treatment. It was conservative in 13.3% of cases (n=04) and surgical interruption in 86.7% of cases (n=96). The outcome was favourable in 28 patients (93%). Two patients (7%) developed a postoperative infection of the mandibular stent. **Conclusion:** Benign maxillary tumours represent an important entity in maxillofacial pathology. Ameloblastoma is the most common benign tumour. It is treated surgically with good results. To improve the management of these tumours, patients should be made aware of the need for early consultation and treatment.

Keywords: Benign tumor, Jaws, Epidemiology, Diagnosis

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes des maxillaires regroupent des entités histologiques diverses et variées [1]. Certaines dérivent des tissus pré-formateurs de la dent et constituent le groupe des tumeurs odontogènes; d'autres naissent à partir de structures osseuses, vasculaires ou nerveuses et représentent le groupe des tumeurs non odontogènes [2,3]. Les tumeurs des maxillaires occupent une place importante dans la pathologie maxillo-faciale du fait des séquelles esthétiques et fonctionnelles, et de la mortalité qu'elles occasionnent [4,5]. Plusieurs études ont été fait sur les tumeurs maxillaires en Afrique subsaharienne [2,3,6,7].

Au Niger (Niamey) Moussa [2] et al ont noté 83% de tumeurs bénignes. De même Diallo et al [6] en Guinée en 2021 dans leurs travaux avaient noté 86,2% de tumeurs bénignes

En Côte d'Ivoire, elles ont également fait l'objet de plusieurs travaux [8,9,10,11]. Cependant ces travaux portaient sur une unité anatomique faciale et/ou un type histologique précis. Aucune études à notre connaissance n'ont porté sur les tumeurs bénignes des maxillaires dans leur ensemble. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes des maxillaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive rétrospective réalisée sur une période de 4 ans (janvier 2017- décembre2020). Cette étude a eu pour cadre le service d'odonto stomatologie et chirurgie maxillo faciale du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Bouaké. Elle a inclus tous les patients présentant une tumeur bénigne des maxillaires et dont le diagnostic a été posé par la clinique, l'imagerie (Radiographie, Tomodensitométrie et l'histologie de la pièce opératoire.

Les patients ne répondant aux critères sus cités ainsi que les dossiers incomplets ont été non inclus dans cette étude. Les données ont été collectées à partir d'une fiche

d'enquête préétablie.

Les paramètres étudiés étaient d'ordre :

- Épidémiologique (âge, le sexe)
- Diagnostique (délai de consultation, motif de consultation, taille de la tumeur, type histologique, topographie)
- Thérapeutique (conservateur/chirurgical interruptrice)
- Evolutif(complications)

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, il a été colligé 30 cas de tumeurs bénignes des maxillaires Soit une incidence de 7,5 cas par année. L'âge moyens était de 27,6 ans (8- 53ans), avec une médiane

Il y avait 21 hommes (70%) et 9 femmes (30%)soit un sex ratio de 2,33

Les antécédents tumoraux personnels et familiaux étaient sans particularités chez tous les patients. Les aspects diagnostiques sont répertoriés dans le tableau I.

Le délai moyen de consultation était de 5,8ans (3-14ans). Le délai médian était de 9 ans. La tomodensitométrie maxillo-faciale a été réalisé chez tous les patients et étaient toutes anormales.

Elle a mis en évidence une lésion ostéolytique cloisonné multi kystique avec soufflure des corticales chez 16 patients (47%), une lésion ostéolytique uni kystique chez 10 patients (34%), une image hypodense ponctué d'hyperdensité avec un aspect en verre dépoli chez 4 patients (13%), une image hypodense hétérogène bien limitée avec soufflure des corticales chez 1 patient (3%), une image hyperdense spontanée cernée d'une hypodensité chez 1 patient (3%).

Tous les patients ont reçu d'un traitement chirurgical. Il a été conservateur dans 13% des cas (n=04) et chirurgical interruptrice dans 87% des cas (n=26).

Le traitement conservateur a consisté à réaliser une énucléation et celui du traitement radical a consisté à faire une résection osseuse avec une reconstruction par prothèse maxillo faciale

Les pertes de substance osseuse ont été reconstruites par une prothèse maxillo faciale de façon immédiate (n=23 %) ou différée (n=7%). En ce qui concerne les pertes de substance mandibulaire, une reconstruction par greffon osseux (costal) était envisagé deux ans après avec comme condition une absence de récurrence. Elle n'a été réalisé chez aucuns patients. Le traitement radical est répertorié dans le tableau II

Après un recul de 2 ans, tous les patients ont été revu. L'évolution était favorable chez 28 patients (93%). Deux patients (7%) ont présenté une infection post opératoire sur endoprothèse mandibulaire. Une ablation de l'endoprothèse associée à un lavage et drainage du site avait été réalisé. Aucune récurrences n'ont été noté

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes des maxillaires.

Dans cette étude les tumeurs bénignes des maxillaires avaient une incidence de 7,5 cas par année. Elles ont concerné majoritairement les jeunes adultes de sexe masculin. La tuméfaction faciale était le motif évoqué par tous les malades. Ils consultaient dans un délai long. Les tumeurs odontogènes étaient majoritairement (n=25;83%) retrouvées parmi lesquels prédominaient l'améloblastome (n=10;33%). La mandibule était le siège préférentielle (n=23; 77%).Le traitement était chirurgical. Il a donné de bon résultats (n=28; 93%).Cependant il a noté des complications (n=2; 07%).

Les tumeurs bénignes des maxillaires avaient une incidence de 7,5 cas par année. Les tumeurs et pseudotumeurs bénignes étaient majoritairement retrouvés chez les adultes jeunes. Cela serait liée aux variétés histologiques noté. Ces résultats corroborent aux travaux de plusieurs autres auteurs [3,4,6]. Le sexe ne semble pas intervenir dans la survenue des tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires [3,12]. Le long délai de consultation noté dans cette étude fait l'unanimité dans la littérature africaine [2,3,8]. Cette situation serait due au fait que les malades venaient consulter après épuisement de tous les recours thérapeutiques à savoir tradithérapie et automédication. Aussi s'interfère la croyance africaine considérant les tumeurs comme une malédiction ou sort dont le traitement ne relève de la médecine moderne et l'absence de signes « inquiétants » pour le malade (les tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires évoluent à bas bruit et très lentement) [10]. La tuméfaction était le motif présenté par les malades confirmant ainsi le long délai entre l'apparition des premiers signes et la consultation. Cette tuméfaction était responsable d'une déformation de la face et pose un problème esthétique constituant une gêne pour la société [8]. Les patients ne consultent que lorsque le préjudice esthétique est important. La Tomodensitométrie Maxillo faciale était réalisée chez tous les patients. La Tomodensitométrie serait fiable et présenterait un grand intérêt dans l'évaluation diagnostic pré chirurgicale des processus tumoraux maxillaires, particulièrement en milieu tropical où l'IRM ne serait pas accessible. Les lésions ostéolytiques étaient les plus notés. Les tumeurs et pseudotumeurs odontogènes étaient les plus retrouvées Parmi celles-ci l'améloblastome était le plus représenté (33, 3%). Tagba et al [4] au Sénégal en 2014 et Kebede et al [13] en Ethiopie en 2017 avaient également noté dans leur étude une prédominance de l'améloblastome. La fréquence de l'améloblastome est expliquée par la pathogénie des tumeurs odontogènes. En effet

plusieurs théories expliquent la survenue de ces types de tumeurs. La plus admise est la théorie des débris épithéliaux de Malassez [14-17]. Par contre N'guessan[10] en Côte d'Ivoire en 2013 et Diallo et al [6] en Guinée en 2021 avaient rapporté une prédominance de la dysplasie fibreuse. L'atteinte prépondérante de la mandibule par les tumeurs bénignes avec l'améloblastome comme chef de fil pourrait s'expliquer par l'importance du tissu spongieux au niveau de la mandibule par rapport au maxillaire, formé surtout d'os compact. Par ailleurs, la longue persistance du tissu embryonnaire. Le traitement était chirurgical (100%). Il était chirurgical interruptrice (86,7%) ou conservateur (13,3%). Le traitement conservateur a consisté à réaliser une énucléation et celui du traitement radical a consisté à faire une résection osseuse avec une reconstruction par prothèse maxillo faciale. Le traitement radical était majoritairement réalisé. Il serait la modalité la plus approprié pour éviter les récives dans les cas de l'améloblastome. Dans la présente étude, le choix thérapeutique était guidé par la taille de la tumeur et la viabilité de l'os. Ainsi pour les tumeurs et pseudotumeurs dont la taille est inférieure à 5 cm avec viabilité de l'os, une énucléation était réalisée. La cavité d'énucléation a fait l'objet d'un curetage et d'une irrigation abondante au sérum physiologique. La pièce opératoire était fixée au formol 10% pour examen un anatomopathologique. Pour les tumeurs et pseudotumeurs supérieures à 5cm et inférieures à 10cm, une résection osseuse était réalisée. L'hémimaxillectomie et l'hémimandibulectomie étaient réalisées dans le cas où elles étaient de grande taille entre 10cm et 20cm. Une reconstruction par greffon osseux était envisagée deux ans après avec comme condition une absence de récive. Elle n'a été réalisée chez aucuns patients. Malgré l'intérêt de l'intervention expliqué aux parents et au malade, ils jugeaient bon de se contenter de la prothèse maxillo faciale. Cela serait motivé également par les difficultés financières présentées par le malade et les parents. L'évolution était favorable chez 28 patients (93%). Deux patients (7 %) ont présenté une infection post opératoire. L'infection serait imputable à l'hygiène bucco-dentaire qui n'était pas respectée par le malade. Cette étude a des limites. Elle rétrospective et mono centrique. Aussi la durée relativement courte de la présente étude (4ans) et l'état des dossiers consultés dont la plupart manquent de renseignements.

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes des maxillaires représentent une entité importante en pathologie maxillo faciale par ses répercussions esthétiques, fonctionnelles et psychosociales. Elles étaient majoritairement rencontrées chez les adultes jeunes de sexe

masculin. Elles évoluent à bas bruit ce qui entraîne dans notre contexte des consultations tardives à l'origine de volumineuses tuméfactions. Elles regroupent plusieurs variétés histologiques dominées par l'améloblastome. Le traitement est chirurgical et dépend du type histologique, du volume tumoral et de l'effraction de la corticale. Il donne de bons résultats. Cependant, l'espoir d'améliorer la prise en charge de ces tumeurs passera par la sensibilisation et l'éducation de la population pour une consultation et une prise en charge précoce.

RÉFÉRENCES

- 1-Ruhin B, Guilbert F et Bertrand J C. Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. EMC-Stomatologie 2005, 1(1):42-59.
- 2-Moussa M, Abba Kaka HY, Roufai Labeka, Eboungabeka Trigo ER, Bancolé Pognon SA, Efarad B, Nouhou H. Les tumeurs des maxillaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital national de Niamey. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac 2021, 28(3):16-19
- 3-Kpemissi E, Amana B, et Tchandana K. Tumeurs mandibulaires: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 91 cas. Mali médical 2009, 24 (3): 47-52.
- 4-Tagba E, Sy A, N'diaye M. Diagnostic aspects and results of surgical treatment of maxillomandibular tumors: about 23 cases. African Journal of Cancer. 2014. 6: 228-234
- 5-Bassey GO, Osunde OD, Anyanechi C.E. Maxillofacial tumors and tumor-like lesions in a Nigerian teaching hospital: an eleven-year retrospective analysis. Afr Health Sci 2014, 14 (1): 56–63.
- 6-Diallo OR, Conde A, Diallo I, Diallo AO. Les tumeurs du maxillaire : Aspects socio-démographique, clinique et thérapeutique au service d'odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU de Conakry. Rev. Iv. Odonto-Stomatol 2021, 23(2):42-46
- 7-Noureddin MG; Ragab HR. Latest update of odontogenic tumors in Alexandria University, Egypt: A 5-year retrospective study using WHO 2017 classification. Egypt Dent J 2019; 65 (3): 2115-2124
- 8-Anzoua-Kacou E R M A, Assouan C, Yapo R, N'guessan D, Salami A, Konan E. Profil épidémiologique et clinique de l'améloblastome des maxillaires au CHU de Treichville. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac 2021, 28 (3):25-8.
- 9.Aka G K, Kouakou R K, Djemo B R, Ouattara B, Gadegbeku SA. Réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule. Rev. Iv. Odonto-Stomatol 2006, 8(2):39-48.
- 10.N'guessan ND, Anzoua K E, Yao GC, Assouan C, Diomandé A, Konan E, Assa A. Prise en charge des tumeurs et pseudotumeurs du maxillaire au CHU de Treichville. Rev Iv Odonto-Stomatol 2013, 2013 : 52-7
- 11-Crezoit GE, Gadegbeku S, Ouattara B, Bile JLA. Etude rétrospective de 30 cas d'améloblastome mandibulaire opérés en Côte d'Ivoire de 1992 à 2000. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac 2003, 104 (1): 25-8.
- 12-Parkins GE, Armah G P, Ampofo AG. Tumeurs et pseudo-tumeurs de la face à Korle GHANA: 8 années d'étude. World J Surg Oncol 2007, 5 (48):1-7.
- 13-Kebede B, Tare D, Bogale B, Alemseged F. Odontogenic tumors in Ethiopia: an eight-year retrospective study. BMC Oral Health. 2017; 17(54):4-7.
- 14-Malassez L. The role of debris on EPITHELIAL papillomas. Arch Physiol Norm Pathol. 1885;5:309–40. 6:379-449.
- 15- Luis SP, Jorge ARO, María FTC and Fernando MVM. Unicystic ameloblastoma: Literature review. World Journal of Advanced Research and Reviews 2021, 10 (3):095-103.
- 16-Tymofieiev YO. et Ushko N. Pathomorphology of Ameloblastomas. Ped Surg ukr, 2022, 75(2): 15-19.
- 17-Rosanto Y B et Rahajoe PS. Soft Tissue Recurrence of Ameloblastoma after Mandibular Resection. J Int Dent and Med Res, 2021, 14(2); 746-49.

Tableau I: Répartition selon les aspects diagnostiques

Aspects diagnostiques	Effectif	Pourcentage(%)
Délai de consultation	n=30	
[3-6ans]	22	73
[7-10ans]	5	17
[11-14ans]	3	10
Motif de consultation	n=30	
Tuméfaction		
périmaxillaire	07	23
périmandibulaire	23	77
Douleur dentaire	0	00
Mobilité dentaire	0	00
Taille de la tumeur	n=30	
[0- 05cm]	06	20
[6-9cm]	16	53
[10-20cm]	8	27
Type histologique de la tumeur	n=30	
Odontogène		
Améloblastome	10	33
Kyste inflammatoire	6	20
Kyste dentigère	4	13
Myxome odontogène	4	13
Odontome	1	04
Non Odontogène		
Dysplasie fibreuse	4	13
Fibrome ossifiant	1	04
Topographie	n=30	
Maxillaire	07	23
Mandibulaire	23	77

Tableau II : Répartition de l'effectif selon traitement chirurgical interruptrice

Traitement chirurgical interruptrice	Effectif	Pourcentage(%)
Resection osseuse interruptrice	18	69
Hemimandibulectomie	05	19
Hemimaxillectomie	03	12
Total	26	100