

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS ET PSEUDOTUMEURS
DU MAXILLAIRE AU CHU DE TREICHVILLE**

Auteurs

N'GUESSAN N. D.
ANZOUAN K. E.
YAO G. C.
ASSOUAN C.
DIOMANDE A.
KONAN E.
ASSA A.

Service

Service de Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale
CHU de Treichville

Correspondance

Dr N'GUESSAN N'DIA
295 CIDEX 03.
Email dndia@hotmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: La prise en charge des tumeurs et pseudo-tumeurs du maxillaire est difficile en milieu Africain du fait de la complexité du maxillaire, du retard de consultation, des traitements des tradi-praticiens, du volume tumoral.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 31 patients présentant une tumeur ou pseudotumeur bénigne du maxillaire, opérés au service de stomatologie et chirurgie maxillo-facial du chu de Treichville sur une période de 6 ans.

Résultats : L'étude a concerné 21 femmes pour 10 hommes d'âge moyen 26.74 ans, venus dans 87.1% pour tuméfaction génienne. Dans 45.1% les patients ont consulté dans un délai de 2 à 5ans. La taille des tumeurs variait entre 5 et 10 cm dans 50.62%. Le scanner a été l'examen paraclinique le plus utilisé (50.06%). 10 types histologiques ont été identifiés avec une prédominance des kystes apicodentaires. La résection osseuse a été la technique chirurgicale la plus utilisée (55.08%). 100% des malades étaient perdus de vue à 6 mois.

Discussion: Le choix de la technique opératoire des tumeurs et pseudotumeurs bénignes du maxillaire est dicté dans notre contexte par la taille de la tumeur

Mots-clés : Tumeur bénigne, Maxillaire, Diagnostic, Traitement

SUMMARY

Introduction: The management of tumors and pseudo-tumors of the jaw is difficult in Africa. It is due to the complexity of the jaw, delayed consultation, treatment of traditional healers and the big size of tumors.

Materials and methods : This is a retrospective study of 31 patients with maxillofacial benign tumor or pseudo-tumor of the maxillary surgery service dentistry and surgery chuTreichville over a period of 6 years.

Results : The study involved 21 women and 10 men with a mean age of 26.74 years, 87.1% of them came for swelling génienne. 45.1% of the patients consulted within 2 in 5 years. The size of tumors varied between 5 and 10 cms in 50.62%. The scanner has been the most widely used diagnostic testing (50.06%).10 histological types were identified with an ascendancy of apicodentaires cysts. The osseous resection was the most used surgical technique (55.08%).100% of the sick were lost of seen after 6 months.

Discussion:The choice of the operating technique of the benign tumors and pseudo-tumor of the maxilla is guided in our context by the size of the tumor

Key words : Benign tumor, Maxilla, Diagnostic, Treatment

INTRODUCTION

Les tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires (la mandibule et le maxillaire) regroupent des entités histologiques diverses et variées.

Dans la grande majorité des cas, ces affections sont en rapport avec les éléments du système dentaire. On parle alors de tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes odontogènes. Dans les autres cas, il s'agit de tumeurs et pseudo-tumeurs non odontogènes.

Ces tumeurs et pseudo-tumeurs (kystes) se caractérisent par des particularités cliniques et radiologiques qui permettent d'avoir une présomption diagnostic, mais seul l'examen histologique donne le diagnostic de certitude de ces affections[1].

Les atteintes mandibulaires qui sont les plus fréquemment rencontrées ont fait l'objet de nombreux travaux (séminaires, congrès, publications) en traitant tous les aspects (diagnostic, anatomopathologique, thérapeutique, etc.)[2].

La localisation au maxillaire (maxillaire supérieur) de ces tumeurs rend parfois le traitement difficile eu égard à l'ostéo-architecture et aux rapports anatomiques de cet os. En effet,

- la découverte clinique est parfois tardive du fait de la localisation tumorale dans un os creusé lui-même d'une cavité naturelle (sinus maxillaire) ;

- l'imagerie diagnostique est nécessairement plus sophistiquée (scanner, parfois IRM) compte tenu des éléments nobles à proximité de cet os ;

- le traitement chirurgical est parfois difficile du fait d'une impossibilité de restitution « ad intégrum » du maxillaire, comme on peut le faire à la mandibule dans le même temps opératoire.

Si, dans les pays développés, ces problèmes peuvent être résolus, il n'en est pas de même dans nos pays africains où les consultations sont tardives, les populations démunies avec des habitudes socioculturelles et un plateau technique insuffisant.

Nous avons donc entrepris cette étude dans le but d'améliorer la prise en charge des patients atteints de tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes du maxillaire dans notre contexte et d'identifier les difficultés de tous ordres.

PATIENTS ET MÉTHODES

Cadre et population d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du C.H.U de Treichville sur une période allant de janvier 2007 à décembre 2012 soit une période de 6 ans. Au cours de cette période nous avons recruté 31 dossiers de patients hospitalisés pour tumeur ou pseudo-tumeur bénigne du maxillaire.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective

Critères d'inclusion

Au cours de cette période nous avons inclus dans l'étude, les patients qui présentaient une tuméfaction osseuse du maxillaire, ayant, après bilan radiographique, fait l'objet d'un traitement chirurgical avec résultats anatomo-pathologiques et qui présentaient un dossier médical complet.

Critères d'exclusion

N'ont pas été inclus les patients qui ne sont pas allés au terme de leur traitement et/ou qui présentant une tumeur maligne histologiquement confirmée.

Ces critères nous ont permis de retenir 31 patients sur 89 dossiers de tumeurs du maxillaire ayant été vus dans la même période.

RÉSULTATS

Aspects épidémiologique

L'âge de nos patients variait entre 5 et 68 ans (moyenne d'âge de 26.74 ans) avec un pic dans la tranche d'âge 10-40 ans. La prédominance féminine était nette (21 femmes pour 10 hommes).

Aspects diagnostiques.

35,48% des patients ont consulté dans un délai inférieur à 2 ans contre 45,17% entre 2 et 5 ans.

La tuméfaction génienne était le motif de consultation le plus rencontré (87,1%) avec des tailles de tumeurs variant entre 5 et 10 cm dans 50,62% des cas.

En dehors des signes associées classiques (signes ophtalmologique : 9,67%, rhinologiques : 16,12%; fistules cutanées : 6,45%) nous avons noté des cas de douleurs géniennes (12,90%), de saignement tumoral (9,67%) et d'adénopathies cervicales (9,67%).

Le scanner a été réalisé dans 58,06% des cas (tableau I).

Dix variétés histologiques différentes ont été dénombrées avec une prédominance des kystes apico-dentaires (Tableau II).

Tableau I : Répartition selon le bilan radiographique effectué

Bilan radiographique	Fréquence	Pourcentage
Scanner	18	58,06%
Blondeau	15	48,38%
Radiographie panoramique des maxillaires	14	45,16%

Tableau II : Répartition de l'ensemble des tumeurs rencontrées selon le type histologique

Nature de la tumeur		Effectif	Pourcentage	
Kystes du maxillaire (54,83%)	Kystes odontogènes	Kyste apicodentaire	11	35,48%
		Kyste péricoronaire	5	16,12%
	Kystes sans rapport avec les dents	Kyste nasopalatin	1	3,23%
		Améloblastome	1	3,23%
Tumeurs bénignes du maxillaire (45,17%)	Tumeurs odontogènes	Cémentoblastome	1	3,23%
		Myxome	2	6,45%
		Fibrome ossifiant	6	19,35%
	Tumeurs non odontogènes	Dysplasie fibreuse	2	6,45%
		Tumeur à cellule géante	1	3,23%
		Schawanome bénin	1	3,23%
Total			31	100%

Aspects thérapeutiques et évolutifs

La résection osseuse a été la technique la plus utilisée dans notre série (58,07%)

L'hémi-maxillectomie avec reconstruction par prothèse étagée a été utilisé pour des cas de volumineuses tumeurs supérieures à 10 cm (tableau III).

Tableau III : Répartition du type de chirurgie selon la taille de la tumeur

Type de chirurgie	Taille (en cm)			Total
	[0-5[[5-10[[5-10[
Énucléation	10 (32,25%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (32,25%)
Résection osseuse	1 (3,23%)	16 (51,61%)	1 (3,23%)	18 (58,07%)
Hémi-maxillectomie	0 (0%)	1 (3,23%)	2 (6,45%)	3 (9,68%)
Total	3,23 (35,48%)	17 (54,84%)	3 (9,68%)	31 (100%)

54,84% de nos patients ont été hospitalisés entre 0 et 5 jours contre 35,48% entre 5 et 10 j.

16,13% de nos patients ont présenté des complications ophtalmologiques (œdème de la paupière inférieure et hémorragie sous conjonctivale) et 6,45% d'entre eux des complications rhinologiques (communications bucco-sinusienne)

Le suivi post opératoire de nos malades a été marqué par 100% de perdu de vu à 6 mois.

Tableau IV : Répartition selon le suivi post-opératoire

Délai (mois)	Fréquence	Pourcentage
< 1	31	100 %
[1-3 [12	38,7 %
[3-6 [3	9,68 %
> 6	0	0 %

DISCUSSION**Au plan épidémiologique**

Contrairement à JANA [3] au Maroc, BOKA [4] et DIHI [5] en Côte d'Ivoire, les tumeurs et pseudotumeurs bénignes du maxillaire dans notre étude sont l'apanage du sujet jeune (pic de fréquence chez les 10-20 ans, 20-30 ans et âge moyen 29,03 ans). L'apparition des tumeurs et pseudotumeurs bénignes du maxillaire à un âge plus jeune dans notre série serait en rapport avec les variétés histologiques retrouvées (tableau II). En effet, le kyste apico-dentaire, le fibrome ossifiant et la dysplasie fibreuse majoritairement retrouvés dans notre étude apparaissent plus fréquemment chez les enfants et les adolescents.

Au plan diagnostique

Même si les tumeurs et pseudotumeurs du maxillaire peuvent revêtir des aspects cliniques et radiologiques superposables, il faut savoir qu'une même affection peut se présenter sous des aspects différents, selon son stade évolutif et son degré de maturation [6].

La symptomatologie de ces affections est dominée par la tuméfaction osseuse qui est de siège et de taille variable. Dans notre étude, la quasi-totalité des patients a consulté pour tuméfaction osseuse d'installation progressive. Cette tuméfaction osseuse associée à certains signes situe le siège de l'atteinte de l'étage moyen de la face.

Ainsi :

- une tuméfaction palatine avec des signes dentaires traduit une atteinte de l'infrastructure. Nous l'avons retrouvé dans 3,22 des cas,
- une tuméfaction génienne associée à des signes rhinologiques traduit une atteinte de la méso-structure. Nous l'avons retrouvé dans notre étude dans respectivement 87,1% et 16,2% des cas ;
- l'association à des signes ophtalmologiques traduit une atteinte de la supra-structure, ce que nous avons retrouvé dans 9,67% des cas.

Par contre, l'atteinte de toutes les structures de l'étage moyen de la face se manifestera par une volumineuse tumeur hémifaciale, dite « tumeur historique ». Dans notre série, elle représentait 9,67% des cas (photos 10 et 13), traduisant une longue évolution tumorale, donc un retard de consultation. En effet, 12,90% des patients ont consulté au-delà de 10 ans. Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par : les habitudes culturelles [7], l'inaccessibilité des structures sanitaires [8], l'absence de signes « inquiétants » pour le malade (les tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes du maxillaire évoluent à bas bruit et très lentement).

La fistule cutanée dans les tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires est classiquement décrite comme la conséquence de la rupture corticale soufflée par la taille de la tumeur [9]. Dans notre contexte, elle peut être la conséquence de l'action néfaste des traitements traditionnels africains à l'origine des surinfections. Ces surinfections s'accompagnent habituellement d'adénopathie que nous avons retrouvée chez 9,67% de nos patients.

La complexité de l'architecture de l'os maxillaire fait des clichés standards, des éléments de première approche diagnostique [3]. Dans le contexte africain, eu égard à la taille des tumeurs du maxillaire, le scanner devrait être un examen de première intention. Nous l'avons utilisé dans 58,08% pour avoir un diagnostic lésionnel plus précis de même qu'un bon bilan d'extension

Dans notre série de 31 cas de tumeurs et pseudotumeurs bénignes du maxillaire, nous avons relevé 10 types histologiques différents (tableau II) dominées par les kystes du maxillaire (54,83%). Ce même constat a été fait par HANANE [1] au Maroc et MENINGAUD [10] en France. En ce qui concerne les tumeurs bénignes elles étaient dominées par le fibrome ossifiant

Au plan thérapeutique et évolutif

Le traitement des tumeurs et pseudotumeurs bénignes du maxillaire est essentiellement chirurgical [3,11]. Ce traitement a comme objectifs : l'éradication complète de la tumeur, une restitution ad'intégrum autant que faire se peut, l'élimination de toute possibilité d'émergence de pathologies nouvelles ou de tumeurs. Dans notre étude le choix de la technique opératoire a été dicté par la taille de la tumeur (tableau III). Ainsi pour les tumeurs ou pseudo-tumeurs du maxillaire de moins de 5cm nous avons réalisé une énucléation curetage associé à une fixation chimique de la paroi kystique ou tumorale à l'acide trichloroacétique (32,25%); la résection osseuse a concerné les kystes supérieurs à 5 cm et les tumeurs inférieurs à 10 cm (50,08%), l'hémimaxillectomie est réalisée dans les cas extrêmes de volumineuses tumeurs bénignes du maxillaire avec deux reconstructions par lambeau musculo-aponévrotique du muscle temporal et une réhabilitation par prothèse étagée en collaboration avec un prothésiste maxillo-facial.

Nous avons noté 16,13% cas de lymphoedème de la paupière inférieur et

d'hémorragie sous conjonctivale (complication habituelle de la voie d'abord sous-orbitaire paralatéronasal dans les exérèses des tumeurs du massif facial) et 6,25% de communication bucco-sinusienne (en rapport avec une fente palatine iatrogène et un lâchage de suture gingivo-palatine) ayant nécessité la confection de plaque palatine et la mise en place de sonde nasogastrique d'alimentation pour éviter de souiller les plaies opératoires.

Le suivi postopératoire à moyen et long terme de nos patients est problématique, car il suit une courbe de décroissance exponentielle. En effet, le nombre de patients revus en consultation est passé de 100% au premier mois à 9,68% entre 3 et 6 mois : comment expliquer à un patient africain la nécessité d'un long suivi postopératoire d'une tumeur bénigne de la face opérée et « supposée guérie » ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HANANE K. Les tumeurs bénignes du maxillaire. Thèse médecine Fès 46-09/2009.
2. KONAN E. Aspects cliniques et thérapeutiques des kystes et tumeurs bénignes du maxillaire. Mémoire AFSA Toulouse n° 1187/2002
3. JANAH A, SAIDI A, BOURJILAT M, BENHADDOU A, CHEKKOURI I A, BENCHAKROUN Y. Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires corrélations anatomo-radiologiques : à propos de 50 cas. Maghreb médical-volume 21- N° 359- novembre /décembre 2001.
4. BOKA N J Tumeurs bénignes des maxillaires en Côte d'Ivoire étude statistique et thérapeutique à propos de 103 observations Thèse médecine Abidjan n°666/1985
5. DIHI K C Aspect anatomo-clinique et prise en charge des tumeurs bénignes des maxillaires. Thèse médecine, Abidjan, n°4834 / 2009
6. GUILBERT F, CHOMETTE G, LE CHARPENTIER Y, AURIOL M. Les tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires. In : Rapport du XXXIIIe Congrès de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face. Rev. Somatol. Chir. Maxillo-fac. 1993 ; 94, 4 : 197-225.
7. CANTRELLE P, LAROCHE T. Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest. Les dossiers de CEPED N°10. Paris Janvier 1990.
8. MARCEL KAGAMBEGA Assurance maladie au Burkina-Faso Thèse de sociologie BORDEAUX France 2010.
9. FREIDEL M, CROS P, ACHARD R, DUMAS P. traitement des grands kystes de la mandibule Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1980 ; 81,1 :10-4
10. MENINGAUD J-P, OPREAN N, PORAMATE P-A. Odontogenic cysts. J Oral Sc. 2006; 48 (2) : 59-62.
11. ESTELLE FAVRE-D'AUVERGNE, FRANCIS GUILBERT. Traitement des kystes tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires. Traité de stomatologie (Elsevier SAS), 22-062-K-10 (1996)