



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

Année 2023

Thèse N° 165

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/05/2023

PAR

Mr. Jalal Omar

Né Le 08/09/1997 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Maxillaire - Tumeurs bénignes - Kystes - Mandibule - Dent retenue

JURY

Mr. Y.DAROUASSI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

PRESIDENT

Mr. M.LAKOUICHMI

Professeur de stomatologie et chirurgie maxillo faciale

RAPPORTEUR

Mr. B.ABIR

Professeur de stomatologie et chirurgie maxillo faciale

Mr. M.MLIHA TOUATI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ ۗ

وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ (11)

سورة المجادلة

Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



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

Doyens Honoraires

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

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie

ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique
AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio–vasculaire
AMMAR Haddou	Oto–rhino–laryngologie	BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie–virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie–obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie–chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie–réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino–laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCHEANI Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie–réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro–entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie–générale
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato–orthopédie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Nouredine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique

SORAA Nabila	Microbiologie–virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie–obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne
TASSI Noura	Maladies infectieuses		

Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie–virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie–orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie–réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie–réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie–pathologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie–réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe

ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophtalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMDAOUI Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

LISTE ARRETEE LE 03/04/2023



DEDICACES





Ce travail est dédié respectueusement ...



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه حمد خلقك ورضى نفسك ووزنة
عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك
الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

*Au bon Dieu, le Tout Puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé
sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, ce que je suis et
ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et
remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

A Ma mère Amal MOKHLIS

Cette femme exceptionnelle qui m'inspire depuis toujours et à qui je dois tout.

Quoique je puisse écrire, je ne pourrais exprimer mon grand amour et ma profonde reconnaissance.

Le lien entre nous est plus que merveilleux. A mes yeux, tu es la personne la plus forte, aimante et intelligente.

Sans toi je ne saurais arriver où je suis.

Puisse Dieu Le Tout Puissant te préserver de tout mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.

A mon père Hicham JALAL

Tu n'es pas un papa classique, tu as toujours préféré me faire découvrir la musique plutôt que surveiller mes devoirs, tu as toujours préféré m'emmener à la plage plutôt qu'aux conseils de classe.

Tu étais toujours sur le terrain pour mes premiers pas sportifs, toujours disponible pour un match ou une randonnée...

Tu m'as fait découvrir la vie autrement, et c'est une richesse incroyable que mes copains m'ont toujours enviée.

Tu m'as toujours enchanté par ton amitié et ton appui durant les moments les plus pénibles de ce long chemin.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour et ma gratitude pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que tu as endurés pour mon éducation et pour mon bien être.

Je t'aime papa.

A ma sœur DODI

Source de joie et de bonheur.

J'ai toujours voulu une petite sœur, j'étais donc incroyablement heureux quand tu es entrée dans notre vie à l'aube d'une journée d'hiver 2004, dont je me souviens comme si c'était hier.

Maintenant tu as grandi, et je t'aime encore plus !

Notre amour ne ressemble à aucun autre et je chéris tous nos souvenirs ensemble.

Merci d'être la meilleure petite sœur que l'on puisse avoir.

A mon frère ALI

Tu es mon petit frère, mais pour moi tu seras toujours un grand homme.

Tu es le frère bienveillant et l'ami dévoué. Toujours là pour nous soutenir et nous conseiller.

Ta place dans mon cœur et dans ma vie ne pourrait guère être remplacée.

Je te dédie ce travail en te souhaitant un avenir prometteur plein de joie et de succès. Je serais toujours là pour toi comme tu l'étais et tu l'es toujours pour moi.

Tu es une personne formidable.

A Fatima

Ma marraine

*Toi, ma deuxième mère. Cette femme si importante pour moi !
Toujours présente, dans les bons comme les moins bons moments de ma vie.
Cette personne qui m'aime sans condition, sans compromis, simplement pour qui je suis.*

*Elle m'a vu grandir et elle continue de croire en moi quoiqu'il arrive.
Qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude éternelle.*

*A mes grands-parents Haja Zahra BOUHADI et Haj Mohammed
MOKHLIS*

*Personne ne peut faire pour les enfants ce que font les grands parents !
Très chers Oummi et Bassidi :*

*En ce jour, j'espère pouvoir réaliser l'un de vos plus grands rêves.
Avec vous, j'ai appris les véritables valeurs de notre famille et celles de
notre société.*

*Aucune dédicace ne pourra témoigner de mon profond amour, mon immense
gratitude et mon plus grand respect à votre égard.*

*Je n'oublierai jamais la tendresse et l'amour dont vous m'avez entouré
depuis mon enfance.*

*Merci d'être encore là chaque jour à nous rassembler avec beaucoup de
générosité et d'amour*

*Je vous suis reconnaissant de tout cœur, pour votre présence dans ma vie.
Puisse Allah Le Tout Puissant vous protéger, vous combler de bonheur et
vous donner santé et longue vie.*

A la mémoire de mes grands-parents Haja Hlima et Haj Ibrahim JALAL

*Vous nous avez quittés depuis quelques années, mais votre présence est
toujours ressentie dans tous les coins de la grande maison.*

J'implore Dieu pour vous accueillir dans son éternel Paradis.

J'aurai tant aimé que vous soyez présents.

*Je vous dédie aujourd'hui ma réussite et j'espère que vous êtes fiers de moi
là où vous êtes.*

*Que Dieu Le Tout Puissant ait vos âmes dans sa sainte miséricorde.
Vous êtes loin des yeux mais vivants dans mon esprit et proche de mon
cœur. Vous serez toujours présents dans mes prières et DOUAE.*

A Hbibbi Ahmed

Mon parrain, mon oreille attentive et mon protecteur.

Je tiens à te remercier du fond du cœur pour ton soutien inconditionnel. Grâce à tes leçons, j'ai appris que dans la vie il ne faut jamais se plaindre et qu'il n'y a rien de plus libérateur que de se battre pour une cause plus grande que soi-même, tout en profitant des bons moments car ceci peut être plus tard que l'on pense.

Dear Godfather, you're an amazing blessing to me from God. You never take a step back to show me the right direction. Thank you for your guidance.

To quote our best movie: "A man who does not spend time with his family can never be a real man".

A Hbibbi Khalil

Tous les magnifiques moments que j'ai passés à tes côtés sont gravés à l'encre indélébile dans mes pensées.

Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance et d'affection qu'aucune épreuve ne saura effacer.

Mon cher tonton tu étais toujours un appui, par tes paroles, mais surtout par tes actes.

Merci pour tout.

A Tata Doha

Ton amour, ton soutien et ton exemple de persévérance ont été une source inépuisable d'inspiration et de motivation pour moi.

Je t'aime tati.

A Tata Samira

En témoignage de mon amour et mon respect, je te dédie cette thèse. T'avoir dans ma vie est une bénédiction.

Merci pour tous les magnifiques moments que nous avons passés ensemble depuis ma naissance, pour ton soutien, tes conseils et ton amour incomparable.

Je te dois tant de choses ... Et je ne peux exprimer ma reconnaissance envers toi.

J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi et je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma gratitude.

Merci Lallahom.

A mes adorables cousins et cousines

Je vous aime fort, et je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.

Que Dieu vous offre le courage pour que vous puissiez accomplir tous vos rêves.

*A toute l'adorable équipe du Groupe Scolaire « La sagesse » à SAFI Tata
Samira et Tonton Ahmed,*

*Mes chères maîtresses, mes valeureux Professeurs et encadrants au long de
mes 15 années et plus de scolarité,*

*Khadija, Aicha, Samira, Saida.E, Fatima, Saida.R, Meriem, F-Ezzahra,
Awatif, Laila ...*

*Professeur Samia Tabibi, Professeur Younes lhiwel, Professeur Najib
Doual, Professeur Chaabaoui, Professeur Abdelrezzak Kraidî, Professeur
Dounia Saadaoui ...*

*Vous avez su guider mes pas et éclairer mon parcours scolaire avec
beaucoup de patience, je vous suis énormément reconnaissant pour m'avoir
toléré et aimé.*

*Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que chacun d'entre vous
m'a apporté.*

*J'étais souvent difficile à gérer mais grâce à votre professionnalisme, votre
encadrement et votre bienveillance j'en suis là aujourd'hui.*

Vous resterez à jamais gravés dans ma mémoire.

Merci pour tout.

A mes amis d'enfance

*A Mehdi l'authentique, Chouaib le fidèle, Laila Zainab l'affectueuse,
Chaimae la douce, Nassim le généreux, Ismail le sincère, Oussama le
responsable, Jad le cool, Aya la cohérente, Ilyass le dynamique, Jaafar le
différent, Amine l'enthousiaste, Ahmed le serviable, Omar le gentil...*

*Vous êtes ma seconde famille. Vous étiez présents durant les bons comme
les mauvais moments.*

*En guise de remerciement, et en témoignage de l'amitié qui nous unit, et
nos souvenirs inoubliables, je vous dédie cette thèse.*

Puisse Dieu Le Tout Puissant vous apporter santé, bonheur et réussite.

*A mes amis de la FMPPM, mes compagnons de guerre :
Najm Eddine, Hamza, Zakarya, Soulaïman, Houssam, Othman, Taha,
Achraf, Kaoutar, Hala, Salama, Hanae, Yassmine ...*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens
solides qui nous unissent, un grand merci pour votre soutien, vos
encouragements et votre aide.*

Sans votre présence, les études médicales n'auraient pas été les mêmes.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite
et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que personnelle.*

*Je prie Dieu Le Tout Puissant pour que notre amitié et fraternité soient
éternelles.*

*A mes tuteurs de stage de périphérie, Dr M. Bouaida, Dr M. Houmir et
Dr A. Benabderrazzak,*

*Je tiens à vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservé et du temps
que vous m'avez consacré lors de mon stage.*

*Cette première expérience sera très importante pour ma carrière et les tâches
auxquelles vous m'avez associé m'ont vraiment permis de consolider mes
connaissances et d'en développer de nouvelles.*

Merci pour tout.

*À tous ceux que j'ai involontairement omis de citer, toutes les personnes
avec qui j'ai grandi et auprès de qui je me suis construit.*

Merci !



REMERCIEMENTS



MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE MR LE
PROFESSEUR LAKOUICHI MOHAMMED PROFESSEUR DE
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO FACIALE

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger mon travail.

Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Je vous remercie pour votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.

J'ai été très touché par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail.

Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

À MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE MR LE
PROFESSEUR DAROUASSI YOUSSEF PROFESSEUR D'OTO-
RHINO-LARYNGOLOGIE

Je vous remercie infiniment, cher maître, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et présider le jury de cette thèse.

Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veuillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma grande estime.

À MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MR LE PROFESSEUR
MLIHA TOUATI MOHAMMED PROFESSEUR D'OTO-RHINO-
LARYNGOLOGIE

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude.

Veillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.

À MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR ABIR
BADREDDINE PROFESSEUR DE STOMATOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger dans notre jury. Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail.

Vous étiez toujours un modèle pour moi en raison de votre modestie et dévouement envers vos étudiants, ainsi que pour vos encouragements inlassables, vos conseils judicieux, et vos remarques hors paires.

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines m'ont profondément ému resteront pour moi un exemple à suivre.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations :

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



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	7
I. Données épidémiologiques	8
1. Fréquence	8
2. Âge	8
3. Sexe	9
II. Données cliniques	10
1. Circonstances de découverte	10
2. Mode de début et d'évolution	14
3. Le délai de consultation	14
4. Signes fonctionnels	14
5. Examen facial	16
6. Examen endo buccal	18
7. Examen ORL	20
8. Examen des aires ganglionnaires	20
9. Examen ophtalmologique	20
10. Examen général	20
III. Données radiologiques	20
1. Radio panoramique dentaire	21
2. Incidence Blondeau	24
IV. Evolution	29
V. Données pré-thérapeutiques	29
VI. Données thérapeutiques	30
1. Anesthésie	30
2. Voie d'abord	30
3. Chirurgie	32
4. Traitement médical	37
5. Réhabilitation dentoprothétique	37
VII. Données histologiques	37
VIII. Surveillance	40
IX. Mortalité	40
X. Morbidité	40
DISCUSSION	43
I. Les données Epidémiologiques	44
1. Fréquence	44
2. Âge	45
3. Sexe	46
II. Caractères cliniques	46
1. Délai de consultation	46
2. Circonstances de découverte	47
3. Examen clinique	48
4. Localisation anatomique des lésions	48
III. Examens complémentaires	50

1. Radiographie standard et numérisée	50
2. Cone-beam computed tomography	54
3. Tomodensitométrie faciale :	54
IV. Diagnostic histologique :	56
V. Classification des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires	57
VI. Evolution	60
VII. Traitement	61
1. Moyens thérapeutiques	61
VIII. Surveillance après traitement	76
IX. Pronostic	80
X. Prévention	81
1. Prévention primaire	81
2. Prévention secondaire	81
3. Prévention tertiaire	81
XI. Recommandations	82
CONCLUSION	83
RESUMES	86
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHOIE	112



INTRODUCTION



Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Le terme de tumeur « tumere », désigne une augmentation de volume d'un tissu, sans précision de cause.

C'est une néoformation de tissus corporels, qui a lieu à la suite d'un dérèglement de la croissance cellulaire, de type bénin ou malin.

Les tumeurs bénignes maxillo-mandibulaires et dents retenues est l'ensemble des lésions bénignes qui siègent ou naissent au niveau des maxillaires et la mandibule.

Elles regroupent des entités histologiques diverses et variées.

Ce groupe lésionnel est manifestement hétérogène et la dernière classification de l'OMS 2017 réunit toujours des néoplasies vraies, certaines à potentiel agressif et des malformations à expression tumorale.

Les tumeurs maxillo-mandibulaires et dents retenues sont fréquentes et très variés, avec un grand polymorphisme clinique, radiologique et histologique.

Mais, c'est l'examen anatomopathologique qui permet de poser le diagnostic de certitude.

Ces tumeurs sont le plus souvent d'origine dentaire et sont appelées tumeurs odontogènes, rarement d'origine osseuse appelés tumeurs non odontogènes.

L'évolution de ces lésions est lente, localement agressive et très silencieuse.

Elles sont circonscrites, présentent un plan de clivage avec les tissus voisins, refoulant ces tissus.

Ces tumeurs sont le plus souvent bénignes, de prise en charge simple, mais elles peuvent poser parfois de véritables problèmes à cause du :

- Diagnostic parfois tardif vu la latence clinique.
- Volume important de la tuméfaction entraînant parfois des séquelles fonctionnelles et esthétiques importantes.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Risque de récurrence.

La prise en charge est multi disciplinaire associant le chirurgien–dentiste, radiologue, réanimateur anesthésiste et chirurgien maxillo faciale.

La prise en charge chirurgicale de ces tumeurs représente un véritable défi pour le chirurgien maxillo–facial, qui doit être radical pour éviter une éventuelle récurrence, tout en étant le plus conservateur possible.

Le pronostic fonctionnel est très variable.

Il dépend de la taille de la tumeur, du type histologique et de l'attitude thérapeutique initiale.

Nous nous sommes focalisés, dans cette étude, sur les tumeurs maxillo–mandibulaires et dents retenues, et notre travail est du genre descriptif à travers le recueil des cas diagnostiqués avec preuve anatomopathologiques et opérés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo–faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech durant une période de 3 ans (entre le mois de janvier 2018 et le mois de janvier 2021).

Les objectifs de notre travail sont :

- Rechercher les formes histologiques les plus fréquentes.
- Confronter les données histologiques aux données radiologiques.
- Discuter les différents moyens thérapeutiques.



MATERIELS ET METHODES



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, qui a porté sur une série de 33 patients pris en charge pour tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues.

II. Lieu et durée de l'étude

1. Lieu de l'étude :

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

2. Durée d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 3 ans, de janvier 2018 à janvier 2021.

III. Population cible :

Les patients ont été sélectionnés à partir d'un échantillon de 33 cas colligés au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech pour tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude :

Patients, hommes et femmes de tout âge, vus et opérés pour tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues.

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette étude :

- ✓ Les patients opérés pour une tumeur maligne maxillo mandibulaire.
- ✓ Les cas dont l'examen anatomopathologique était non concluant.
- ✓ Les malades qui n'avaient pas été opérés dans le service durant la période d'étude.

- ✓ Les patients dont les dossiers cliniques étaient inexploitable.

IV.Méthodologie :

1. Recueil des données :

Il a été fait à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie.

Les fiches d'exploitation ont été remplies en faisant recours aux dossiers des malades, ce qui nous a permis d'obtenir les résultats présentés dans le chapitre suivant.

2. Recherche bibliographique :

Elle a été effectuée sur les articles traitant les tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dent retenue, sur la bibliothèque de Pub Med, clinical Key, National Library of Medicine.

En utilisant les mots clés suivants :

Maxillaire / Tumeurs bénignes / Kystes / Mandibule / Dent retenue ...

V. Analyse statistique :

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

Variables simples : Moyenne et pourcentage.

VI.Aspects éthiques

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



RESULTATS



I. Données épidémiologiques :

1. Fréquence :

La fréquence des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues est estimée à environ 11 cas/an dans notre étude.

2. Âge :

L'âge moyen de nos patients est de 31 ans avec des extrêmes allant de 10 à 81 ans.

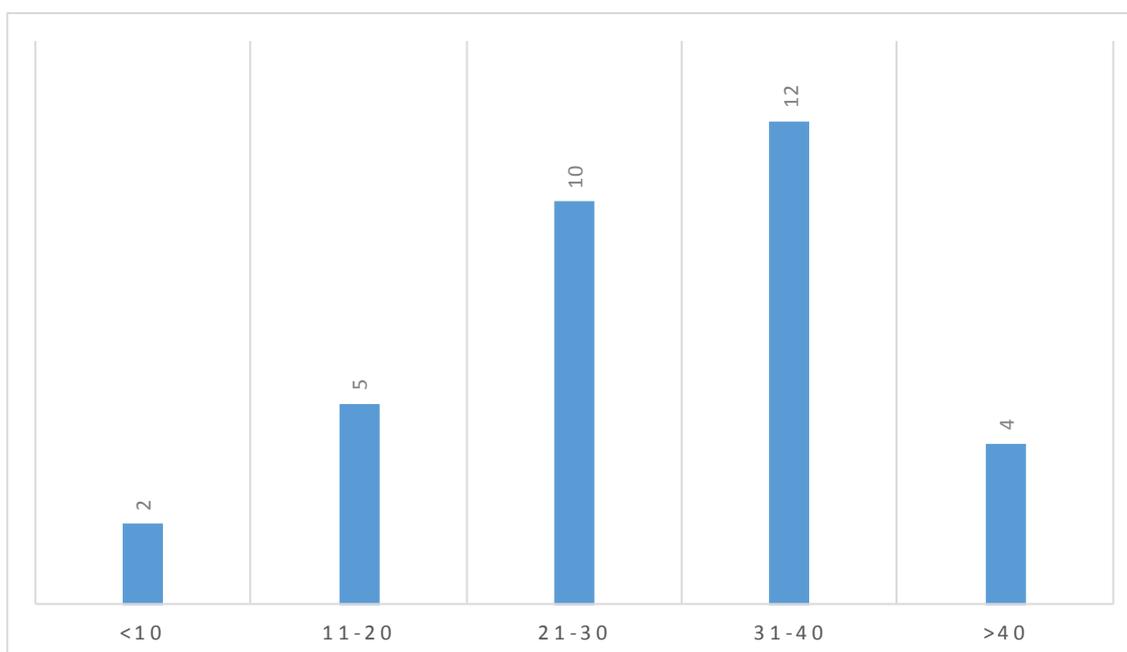


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge dans notre série.

3. Sexe :

On note une prédominance masculine.

Le sex-ratio est de 2, avec 11 femmes (33% des cas) et 22 hommes (67 % des cas).

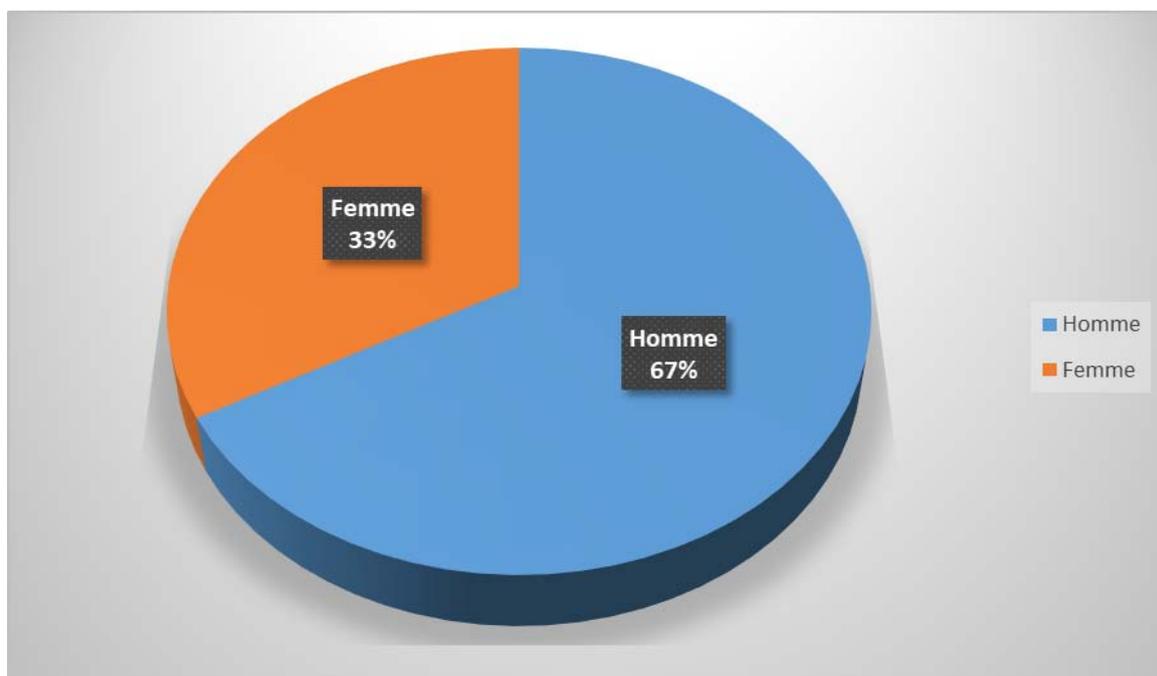


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe dans notre série.

II. Données cliniques :

1. Circonstances de découverte :

Le mode de révélation le plus fréquent était essentiellement la tuméfaction osseuse et l'asymétrie faciale (60,6 % de la population soit 20 patients) isolées ou associées de façon variable aux signes suivants :

- Exophtalmie dans 9,09% des cas (soit 3 patients).
- Une tuméfaction labio-palatine dans 3,03% des cas (soit 1 patient).
- Un écoulement nasal purulent avec fistule vestibulaire dans 9,09% des cas (soit 3 patients).

De plus, il existe d'autres modes de découvertes :

- Fortuite lors d'un examen radiologique dans 3,03 % des cas soit 1 patient
- Lors d'un examen odontologique ou soins dentaires (Désorganisation dentaire, troubles de l'articulé) dans 27,28 % des cas soit 9 patients.
- Complications (Surinfection avec fistulisation endo buccale) dans 9,09 % des cas soit 3 patients.

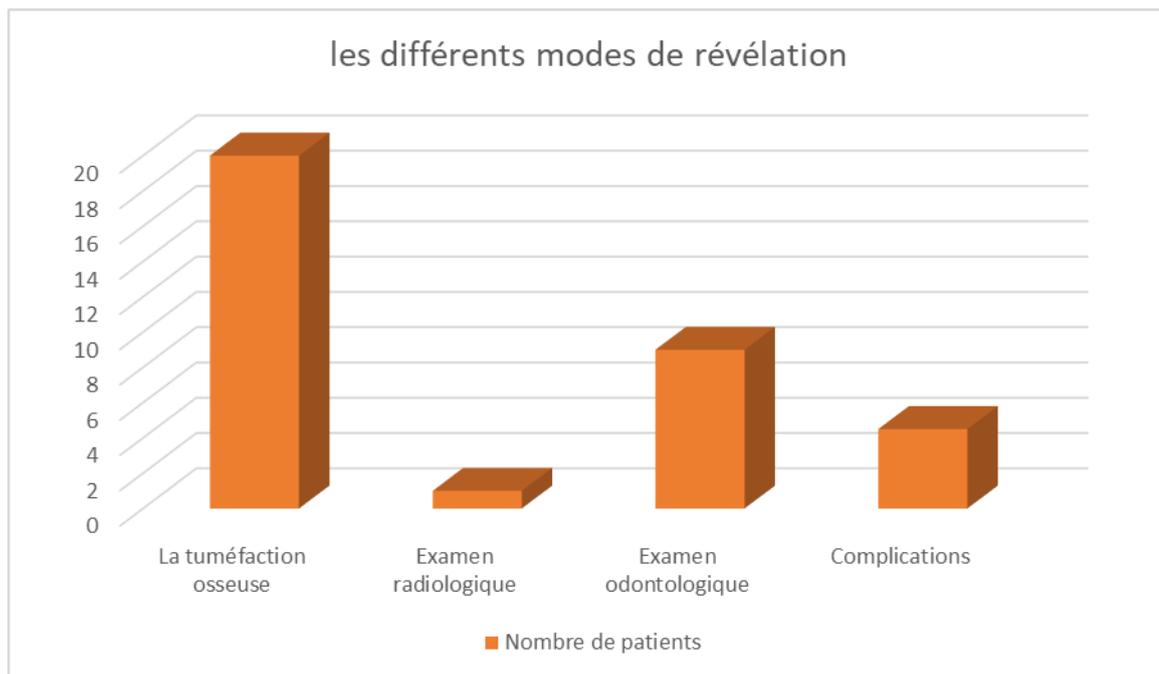


Figure 3 : Répartition des patients selon le symptôme révélateur dans notre série.



Figure 4 : Photographie d'une patiente présentant une tuméfaction mandibulaire droite (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech)

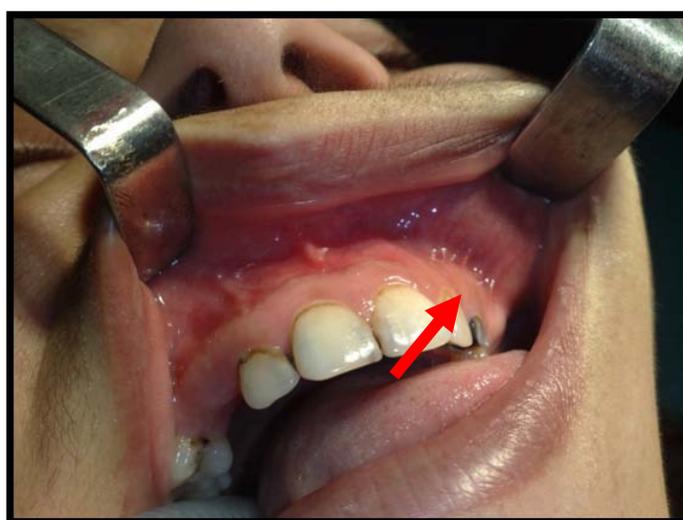


Figure 5 : Photographie d'une patiente : Tuméfaction vestibulaire gauche (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech)

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

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

Tableau I : Antécédents cliniques.

Antécédents	Patients
Médicaux	✓ 1 Patient diabétique de type II.
	✓ 1 Patient suivi pour HTA.
	✓ 1 Patient asthmatique.
Chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none">- 3 patients déjà opérés pour kyste mandibulaire.- 1 patient a déjà bénéficié d'une thyroïdectomie (Goitre).- 1 patient a déjà bénéficié d'une appendicectomie.- 1 patient déjà opéré pour kyste nasal.- 1 patient déjà opéré pour néphrectomie.- 1 patiente a déjà bénéficié d'une césarienne.
Toxico-allergique	<ul style="list-style-type: none">- 3 Patients tabagiques- 1 patient allergique à l'aspirine.
Familiaux	Pas de cas familiaux

2. Mode de début et d'évolution :

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

3. Le délai de consultation :

Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation varie entre 5 mois et 3 ans avec une moyenne de 1 an.

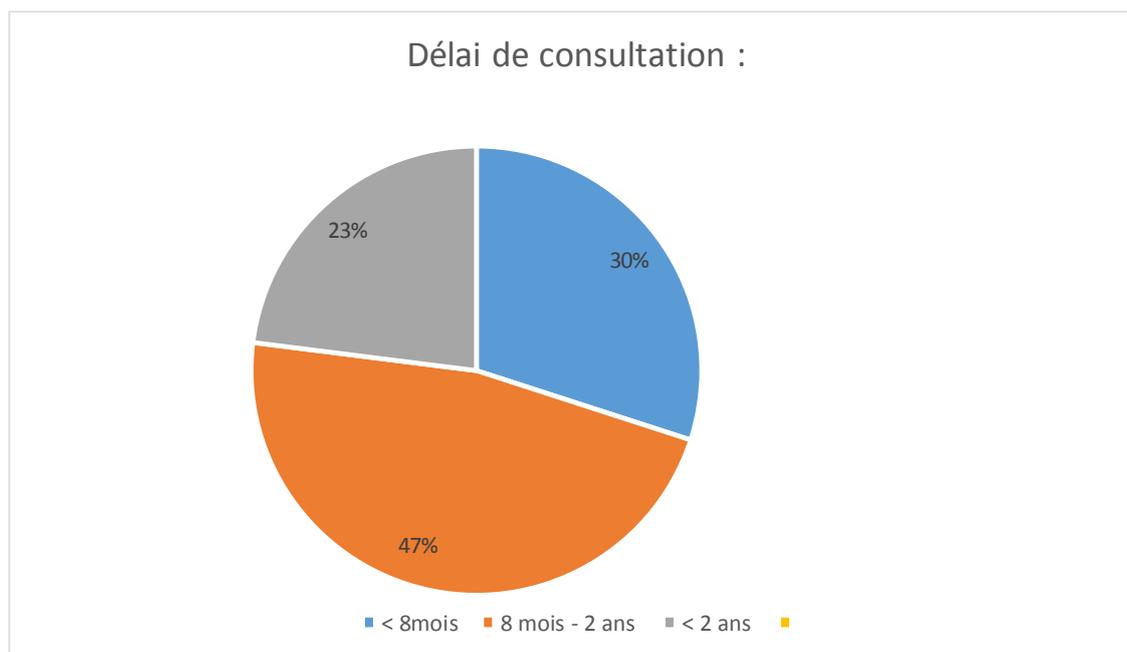


Figure 6 Répartition des patients selon le délai de consultation dans notre série.

4. Signes fonctionnels :

La tuméfaction osseuse et l'asymétrie faciale constituent les principaux signes d'appel chez la plupart de nos malades puisqu'elles sont relevées dans 60,6 % des cas. Elle est douloureuse dans 21,2 % des cas et s'accompagne à d'autres signes, notamment dentaires dans 96,9 %

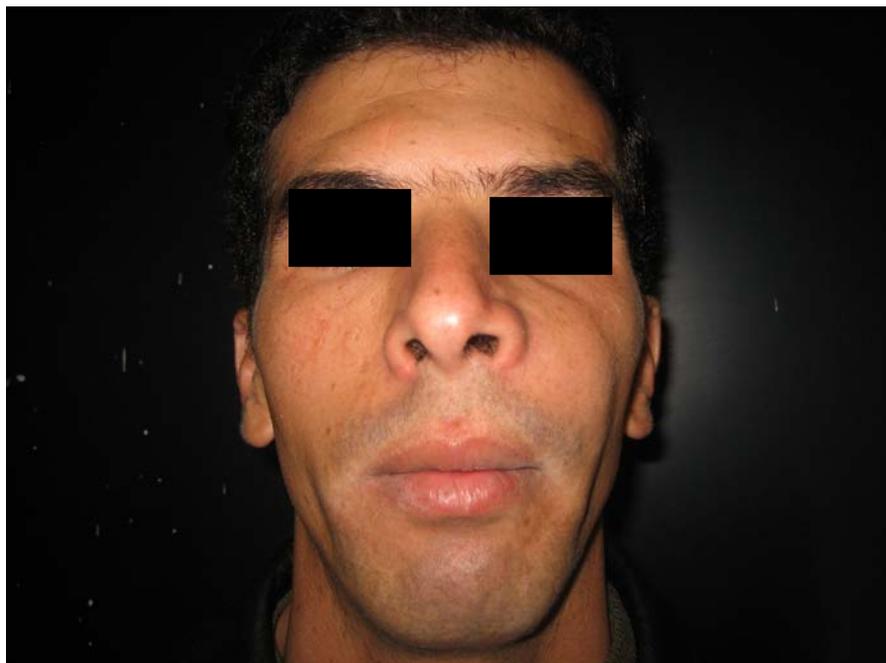


Figure 7 Photographie d'un patient : Asymétrie faciale (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).



Figure 8 : Photographie d'une patiente : Asymétrie faciale et tuméfaction maxillaire gauche (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

Tableau II : Signes fonctionnels :

Signes fonctionnels	Nombre de cas	Pourcentage
✓ Tuméfaction osseuse.	20	60,6 %
✓ Douleur	7	21,2 %
✓ Signes dentaires :	32	96,9 %
• Mobilité dentaire	1	3,03 %
• Déplacement dentaire	1	3,03 %
• Chute dentaire	0	0%
• Fistule, écoulement du pus (muqueuse bourgeonnante)	30	90,9 %
✓ Dent ectopique ou incluse	3	9,7%

5. Examen facial :

La symptomatologie clinique est dominée par :

- la tuméfaction osseuse et l'asymétrie faciale.

Sa taille varie entre :

- 2cm à 7 cm.

A La palpation :

- On souligne un caractère ferme dans 90% des cas et dur dans 20% des cas.
- La muqueuse gingivale en regard présente des signes d'inflammation (muqueuse congestive) dans 45,5 % des cas soit 15 patients témoignant de la poussée évolutive.
- Douloreuse chez 7 patients.
- Les limites de la tuméfaction étaient régulières chez la majorité des patients (94%).

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Les signes dentaires, représentés par une perte des dents en regard, un trouble de dentition, un déplacement dentaire, chute dentaire et dent ectopique ou incluse sont notés dans 96,9% des cas.

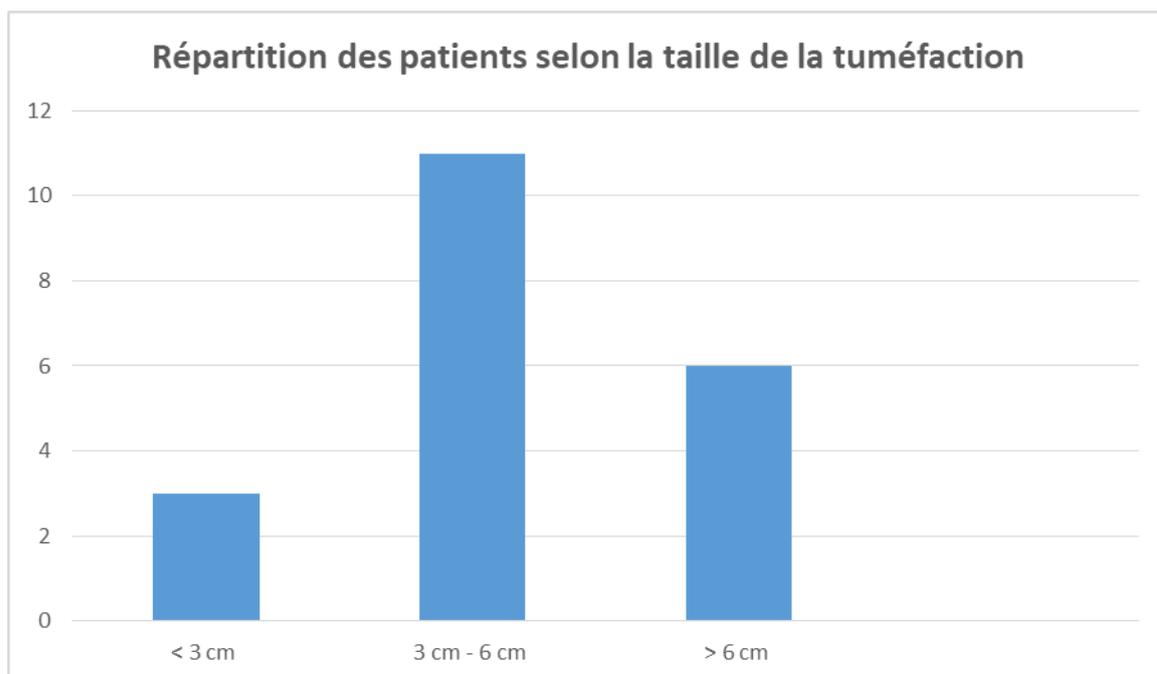


Figure 9 : Répartition des patients selon la taille de la lésion dans notre série.



Figure 10 : Photographie d'un patient : Tuméfaction vestibulaire gauche et muqueuse gingivale congestive (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

6. Examen endo buccal :

L'examen endo buccal a révélé :

- Une muqueuse congestive chez 11 patients (30,3%), inflammatoire chez 6 patients (18,19%) et ulcérée chez 2 patients (6,06).
- La tuméfaction osseuse qui était présente chez 20 patients (60,6%).
- Les signes dentaires qui étaient vus chez 32 patients (96,9 %).
- L'état buccodentaire (hygiène, haleine ...) qui était bon dans la majorité des cas 71,2% et mauvais chez le reste de la population.

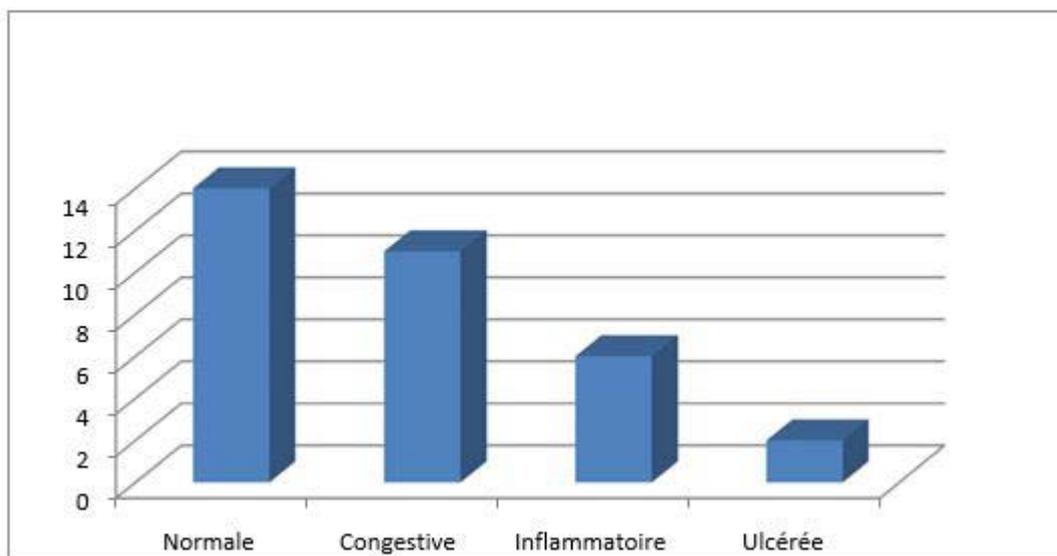


Figure 11: Répartition des patients selon l'état de la muqueuse buccale dans notre série.

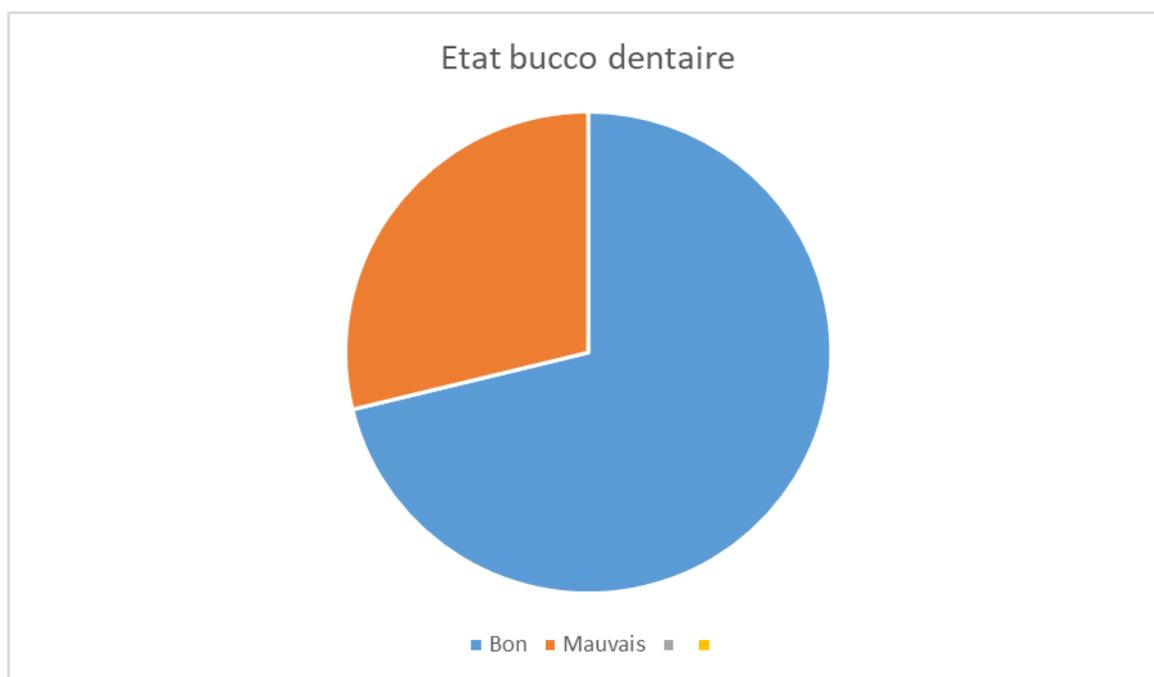


Figure 12: Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire dans notre série.

7. Examen ORL :

Un examen ORL complet a été effectué et était sans particularités.

8. Examen des aires ganglionnaires :

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

9. Examen ophtalmologique :

Cet examen a objectivé :

- Une exophtalmie chez 3 patients, soit 9,09 % des cas.
- Pas de baisse de l'acuité visuelle.
- Pas d'amputation du champ visuel.
- Pas d'atteinte de l'oculomotricité.

10. Examen général :

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

III. Données radiologiques :

Les examens para cliniques sont essentiellement des examens radiologiques.

- ✓ Un orthopantomogramme ou la radiologie panoramique de toute la denture a été réalisé chez tous les patients dans notre série.
- ✓ Seulement 3 malades ont bénéficié d'une incidence Blondeau.
- ✓ 12 Malades ont réalisé un cone Beam computed tomography .
- ✓ Par contre presque la moitié de nos malades (48,48 %) ont bénéficié d'une tomодensitométrie faciale.

-La Radiographie Standard :

1. Radio panoramique dentaire :

Cet examen permet de **détecter facilement les anomalies dentaires, maxillaires et mandibulaires**, et d'**établir un diagnostic rapide**.

Cet examen est d'un apport capital en ce qui concerne la localisation mandibulaire.

Cet examen est :

- Simple à réaliser
- Son temps d'imagerie est très court.
- Ne nécessite pas d'anesthésie.

Bien que l'orthopantomogramme numérisé dentaire délivre des informations essentielles, il possède des **limites médicales** :

- L'image du maxillaire, de la mandibule et des dents peut manquer de netteté*
 - Confusion des plans
 - Lecture difficile à cause de la multitude des éléments qui se superposent
 - Difficile à réaliser chez l'enfant de moins de 5 ans.
 - Contre indiqué chez la femme enceinte.
 - Nécessite une position debout.
- Cependant l'orthopantomogramme reste sévère et les limites et inconvénients sont de plus en plus rares avec les appareils radiologiques de nouvelles générations.

L'orthopantomogramme ou radiographie panoramique dentaire a été réalisé chez tous les patients de notre série.

Nous avons retrouvé une image radio clair chez 100 % des patients :

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Uniloculaire à contours nets et réguliers chez 15 patients soit 45,46 % de la population.
- Multiloculaire en bulles de savon, à aspect aréolaire et des logettes séparés par des cloisons chez 18 patients soit 54,55 % de la population.

On a noté la présence de dents ectopiques chez 30 patients.

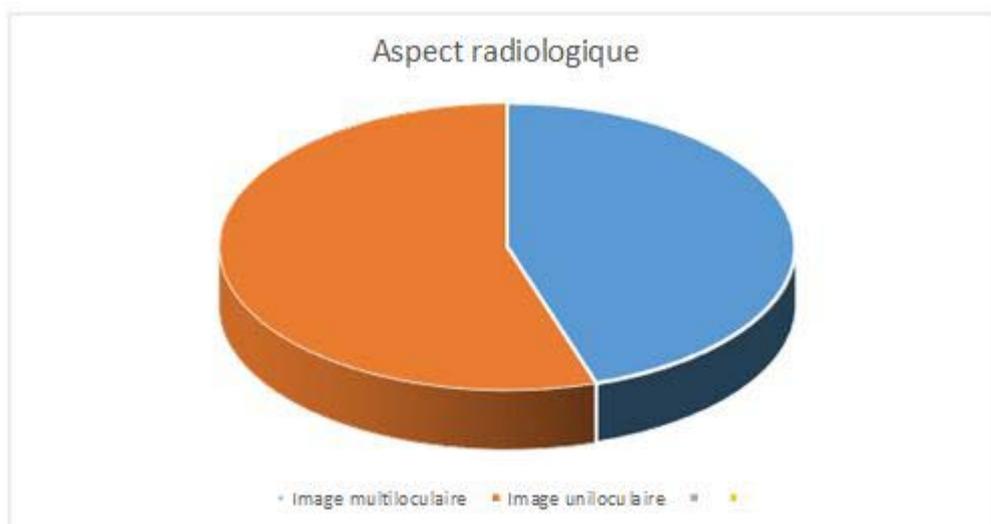


Figure 13: Répartition selon l'aspect radiologique dans notre série.



Figure 14 : Image d'orthopantomogramme radio-claire homogène uniloculaire au niveau de la branche horizontale gauche depuis la face distale de la 32 jusqu'à l'angle mandibulaire, bien limitée refoulant en périphérie la 33 incluse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).



Figure 15 : Image d'orthopantomogramme radio claire arrondie, à contours réguliers, siégeant dans l'hémi maxillaire droit, s'étend en haut jusqu'au plancher de l'orbite droit, en bas jusqu'à la partie moyenne des racines 12, 14, 15, 16, 17. La 13 en malposition et refoulant la dent incluse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).



Figure 16 : Image d'orthopantomogramme radio claire homogène uniloculaire mandibulaire s'étendant de la branche horizontale face distale de la 34 jusqu'à la branche montante bien limitée centrée sur la 47 incluse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

2. Incidence Blondeau :

Cet examen a été réalisé chez 3 patients qui présentent une exophtalmie avec une dent ectopique au niveau du plancher de l'orbite.

- Cone Beam computed tomography :

En effet, si le diagnostic des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues repose essentiellement sur la radiographie panoramique, Le cone beam CT, grâce à sa résolution osseuse optimale en particulier dento alvéolaire et sa faible irradiation a transformé l'analyse radiologique des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et devient un examen de référence.

12 de nos patients ont bénéficié d'un CBCT.

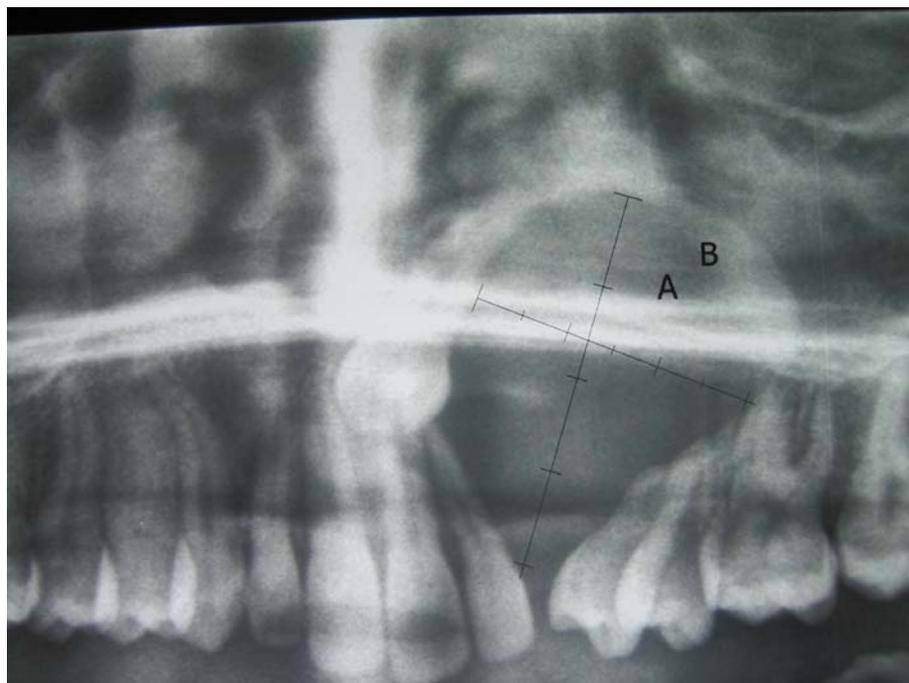


Figure 17 : CBCT : Image claire arrondie, à contours réguliers, siégeant dans l'hémi maxillaire gauche avec déplacement des dents en rapport et la 13 incluse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

- Tomodensitométrie faciale :

Cet examen a été réalisé chez 16 patients de notre série.

Le scanner facial est plus bénéfique que les autres examens para cliniques en ce qui concerne :

- La précision de l'extension locale et locorégionale de la lésion :
 - Le plancher de l'orbite qui peut être refoulé vers le haut.
 - Les parois du sinus maxillaire qui peuvent être refoulées voire même détruites.
 - La corticale interne et /ou externe mandibulaire peuvent être amincies voire envahies

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Envahissement ou non du rebord basilaire.
- La précision des relations de la tumeur avec les racines dentaires et les différentes structures de voisinage.
- La détection de complications associées.

La TDM faciale avec ou sans injection a distingué :

- Une image ostéolytique (plage hypo dense entourée d'une paroi prenant le contraste) à contours nets et réguliers dans 33,33 % (soit 11 patients) qui est associée à :
- Une résorption de la corticale osseuse dans 2 cas (6,06 %)
- Une opacité totale ou partielle du sinus maxillaire témoignant d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire dans 6,06 % des cas ...

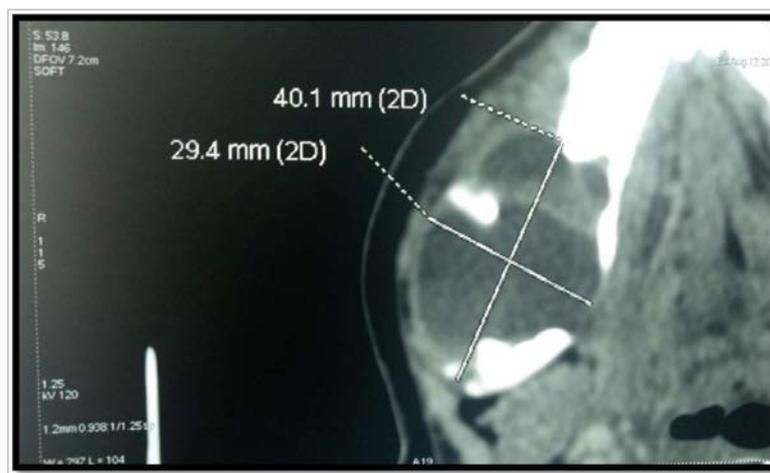


Figure 18 : TDM crano-faciale en coupe axiale : volumineuse masse ostéolytique au niveau de la branche horizontale droite avec rupture de la corticale d'allure bénin (Iconographie du service maxillo-facial hôpital militaire Avicenne Marrakech)

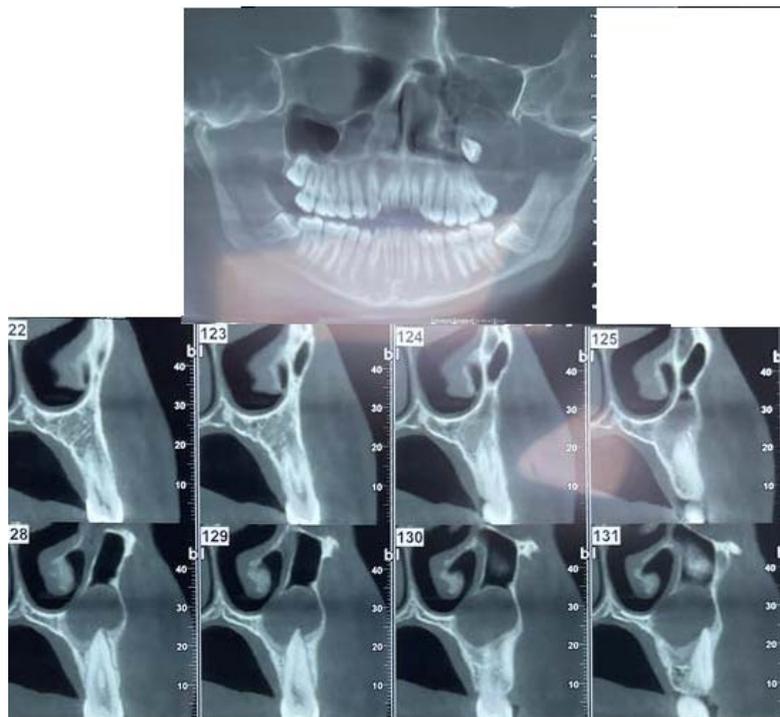


Figure 19 : Denta scan du massif facial révélant une image kystique bien limitée responsable d'une lyse osseuse de la paroi externe du sinus maxillaire et amincissement de sa paroi interne et la 28 incluse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

Localisation anatomique des lésions :

- Les lésions à localisation maxillaire représentent 45,46% de la population soit 15 patients.
- Les lésions à localisation mandibulaire représentent 54,56% de la population soit 18 patients :
 - Les lésions localisées au niveau du Ramus + angle étaient les plus fréquentes avec un pourcentage de 24,25 % des cas.
 - La localisation au niveau de la branche horizontale vient en deuxième position chez 12,13 % des patients.
 - La localisation symphysaire représente 6,06 % des cas.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Les lésions localisées au niveau de la région angulaire représentent 6,06 % des cas.
- La localisation para-symphysaire est retrouvée chez 3,03 % des cas.
- La localisation hémi mandibulaire est retrouvée chez 3,03 % des cas.

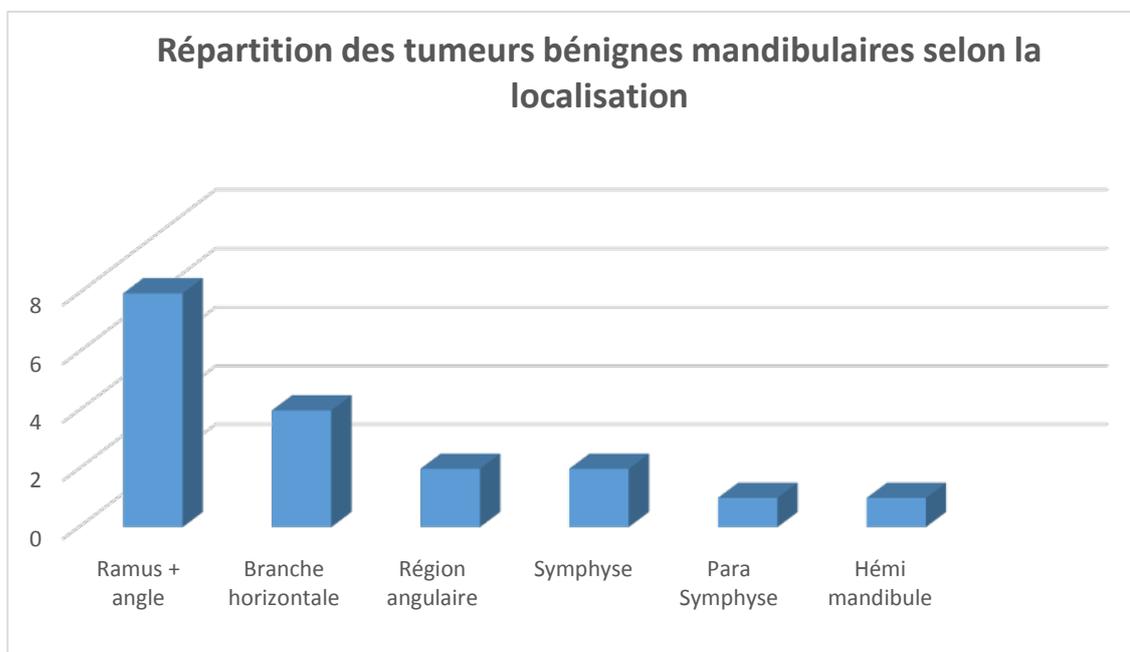


Figure 20: Répartition des tumeurs bénignes mandibulaires selon la localisation dans notre série.

Tableau III : Répartition topographique des tumeurs mandibulaires dans notre série.

Localisation	Nombre de cas
Ramus + angle	8
Branche horizontale	4
Région angulaire	2
Symphyse	2
Para symphyse	1
Hémi mandibule	1

IV. Evolution :

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

V. Données pré-thérapeutiques :

- La prise en charge des patients repose toujours sur une approche multidisciplinaire (chirurgien-dentiste, anesthésiste, chirurgien maxillo facial, radiologue...).
- La prise en charge nécessite l'accord et le consentement du patient.

Un bilan préopératoire (en concertation avec un réanimateur anesthésiste) a été demandé afin d'apprécier l'opérabilité du malade.

- Il comporte un bilan biologique standard (Numération formule sanguine, bilan d'hémostase, fonction rénale, une glycémie à jeun chez les patients âgés et diabétique)
- un bilan radiologique fait de radiographie du thorax
- un électrocardiogramme chez les patients âgés.
- Une évaluation de l'état cardiorespiratoire, l'état nutritionnel et l'état général du patient.
 - Les patients présentant une atteinte infectieuse (Une alvéolite, une parodontite, sinusite, fistule ...) ont bénéficié d'un traitement antibiotique et un bain de bouche avant l'intervention.
 - Les patients qui présentaient des lésions en rapport avec des dents ont bénéficié d'un traitement endocanalair 48 heures avant l'acte opératoire réalisé par un chirurgien-dentiste.

VI. Données thérapeutiques :

1. Anesthésie :

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

2. Voie d'abord :

- La voie d'abord était vestibulaire chez 100 % des patients présentant des lésions à localisation maxillaire (15 patients).
- En ce qui concerne la localisation mandibulaire des lésions, la voie d'abord chirurgicale était vestibulaire chez 14 patients soit 77,7%, cervicale chez 3 patients soit 16,1 % des cas et combinée chez 1 patient soit 5,56 % des cas.



Figure 21: Photographie d'une patiente : Voie d'abord vestibulaire gauche (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

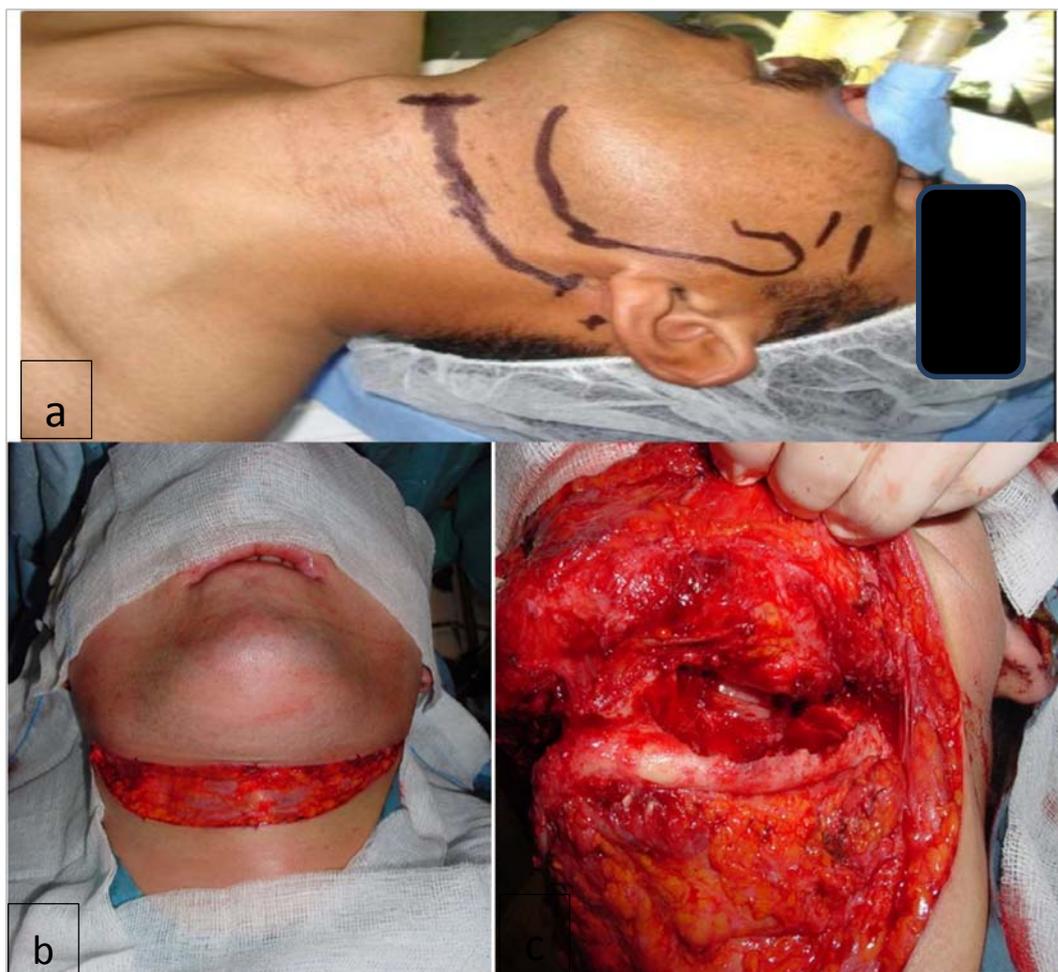


Figure 22 : Photo per-opératoire montrant le trait de l'incision de type Sebileau sous anesthésie générale et intubation naso-trachéale (a) et l'incision type Sebileau (b ; c)(Iconographie du service maxillo-facial hôpital militaire Avicenne Marrakech)



Figure 23 : Photo en peropératoire d'un patient montrant l'abord chirurgical vestibulaire (Iconographie du service maxillo-facial hôpital militaire Avicenne Marrakech)

3. Chirurgie :

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

Le traitement a consisté en :

Pour les Tms du maxillaire :

- **Chirurgie conservatrice :**

Une énucléation tumorale associée à une électrocoagulation sélective, rinçage à l'acide trichloro-acétique et l'eau oxygénée (curetage appuyé) dans 9 cas + extraction de la dent ectopique.

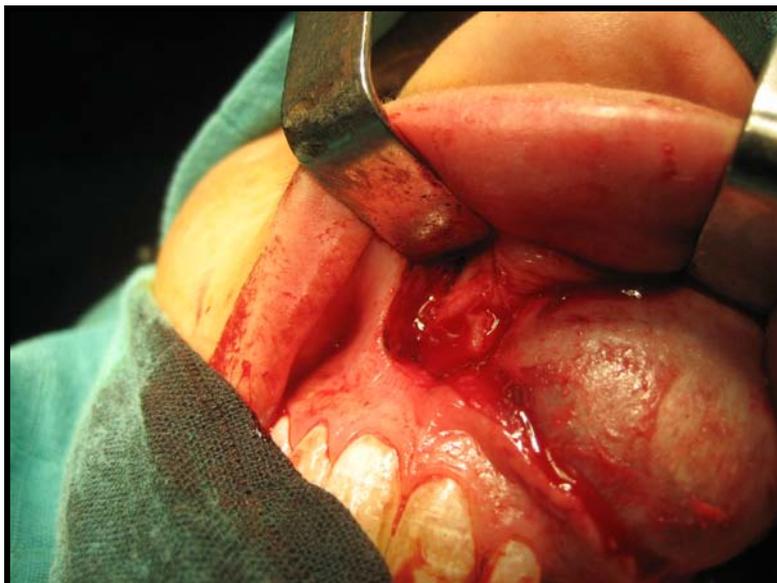


Figure 24 : Photographie d'une patiente: Voie d'abord vestibulaire gauche, énucléation d'une tumeur kystique (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).



Figure 25 : Photographie d'une patiente : Enucléation de la tumeur avec extraction de la dent en rapport avec la lésion (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

- **Chirurgie radicale :**
 - Une maxillectomie partielle chez 6 patients selon la taille tumorale et le siège anatomique de la lésion associée à une extraction de la dent incluse.

Pour les Tms mandibulaire :

- **Chirurgie conservatrice :**
 - Enucléation de la lésion + extraction de la dent incluse associée à l'électrocoagulation plus rinçage de l'acide trichloracétique chez 13 patient.
- **Chirurgie radicale avec reconstruction :**
 - Résection interruptrice emportant la lésion et la dent retenue chez 5 patients avec reconstruction par : un greffon iliaque chez 2 cas, greffon costal dans un cas et un péroné libre dans un autre cas :
 - Greffe de la crête iliaque : La reconstruction par greffe iliaque fixée par plaque d'ostéosynthèse a été réalisée chez 2 patients.
 - Greffon osseux costal : a été utilisé chez 2 patients.
 - Greffe de péroné libre : La reconstruction par greffe de péroné libre revascularisé a été réalisée chez 1 patient.

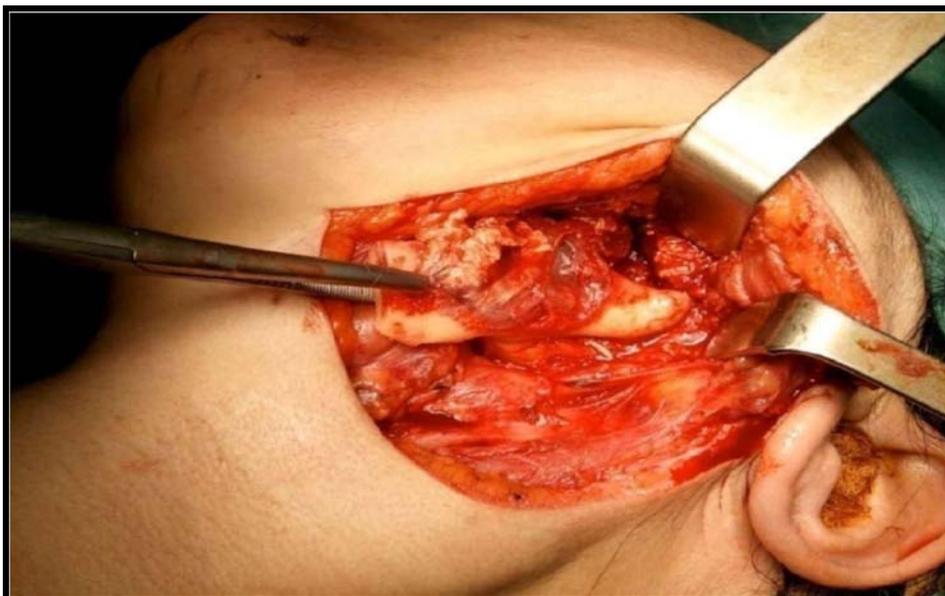


Figure 26: Photographie en peropératoire montrant une résection interromptrice terminale (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).



Figure 27 : photo en peropératoire montrant une reconstruction d'une mandibulectomie terminale par endoprothèse fixée par plaque d'ostéosynthèse (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

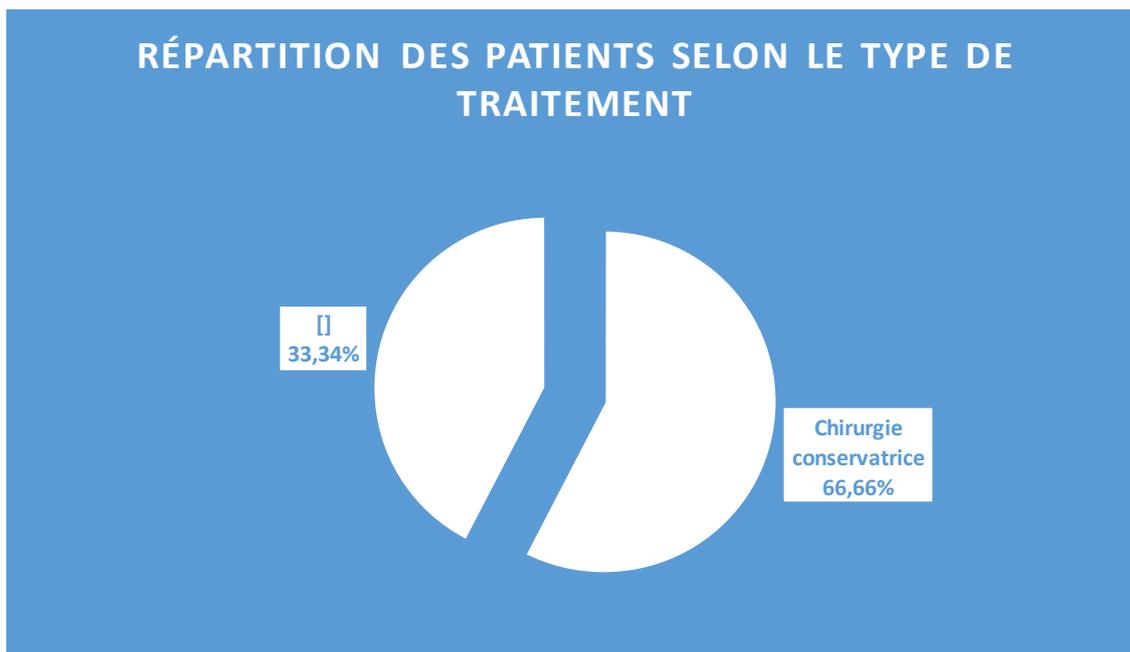


Figure 28 : Répartition des patients selon le type de traitement dans notre série.

- Les dents en rapport avec la lésion ont bénéficié d'un traitement endocanalairé réalisé par un chirurgien-dentiste 48 heures avant l'acte opératoire, suivi d'une résection apicale en per opératoire dans la majorité des cas.

4. Traitement médical :

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

5. Réhabilitation dentoprothétique :

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

VII. Données histologiques :

- Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une biopsie préopératoire ni d'un examen extemporané.
- Le matériel réséqué a été conservé dans du formol et a été adressé pour étude anatomopathologique.
- Le diagnostic histologique a été toujours posé sur l'étude de la pièce opératoire.
- La répartition des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires se fait de la façon suivante :

Les différents types histologiques des tumeurs de notre série (Tableau) :

Tableau IV : Répartition des lésions selon le type histologique dans notre série.

Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage
Améloblastome	17	51,52 %
Kératokyste odontogène	12	36,37%
Myxome odontogène	2	6,06 %
Tumeur odontogène adénomatoïde	1	3,03 %
Myxofibrome odontogène	1	3,03%

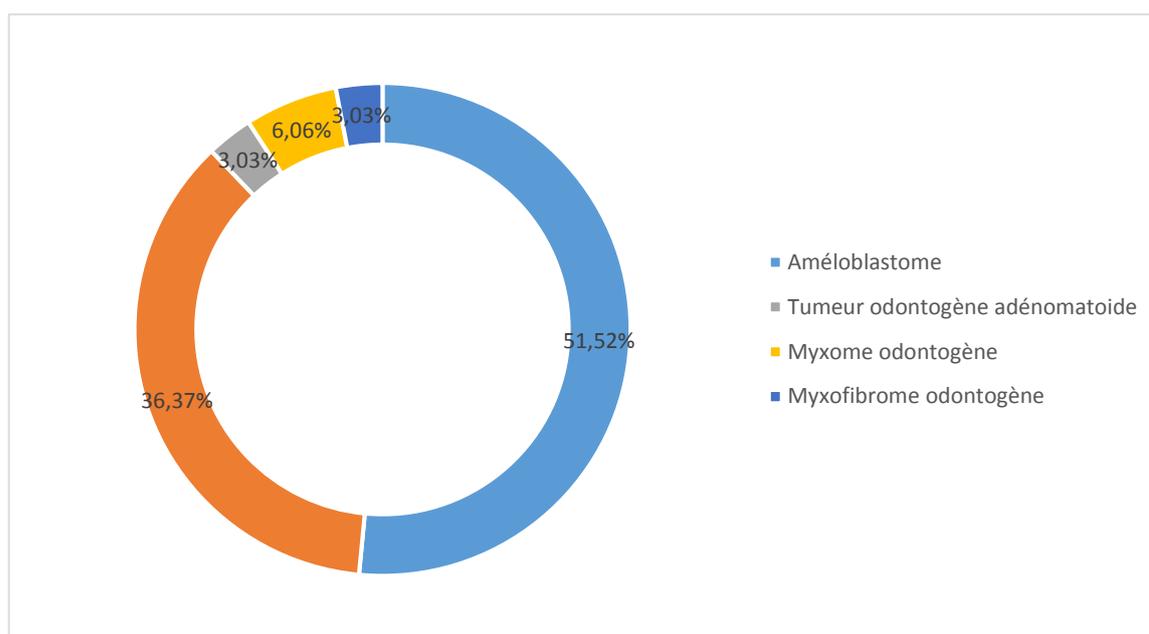


Figure 29 : Répartition des tumeurs maxillo mandibulaires et dents retenues selon le type histologique dans notre série.

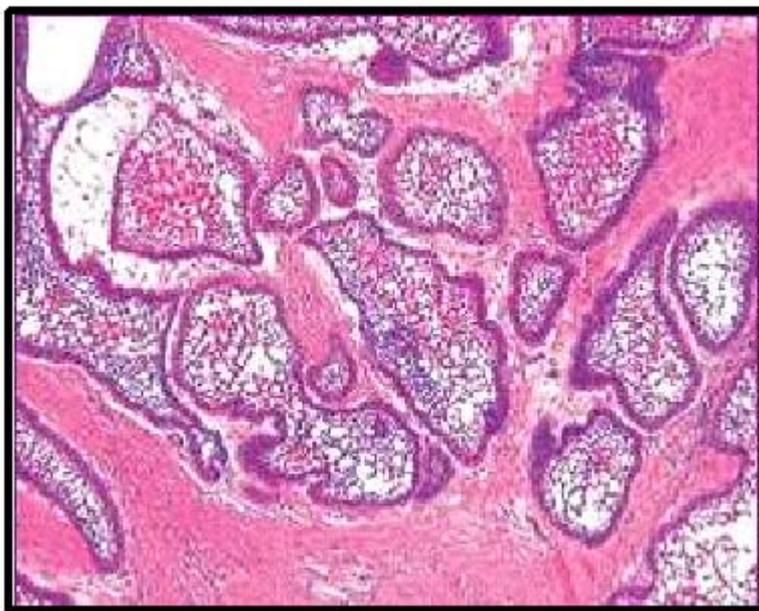


Figure 30: Coupe histologique au fort grossissement, coloration HE qui montre des follicules améloblastiques tapissés par un épithélium cylindrique palissadique en périphérie et étoilé au centre, entouré par une condensation fibro-hyaline (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech).

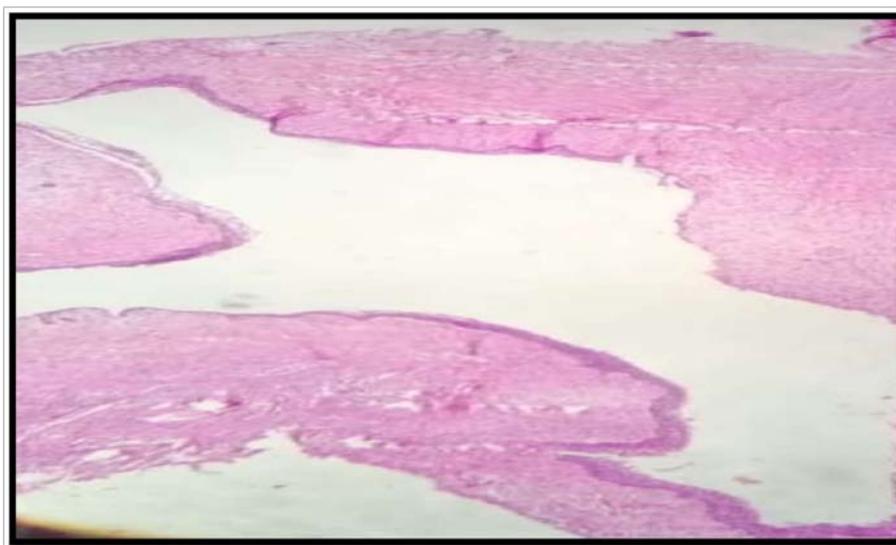


Figure 31 : He x 100 Kyste à bordure malpighienne au contact de laquelle existe de rares cellules de kératine (Iconographie du service maxillo facial HMA Marrakech)

VIII. Surveillance :

- Représente un volet capital de la prise en charge des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires.
- Cette surveillance doit être régulière depuis l'acte chirurgical afin de guetter les complications à court, moyen et long termes.
- Elle est clinique et radiologique.
- Sa fréquence et sa durée peuvent être rapprochées pour les tumeurs récidivantes.
- Elle permet de déceler les éventuelles complications et séquelles.

IX. Mortalité :

Aucun décès n'a été observé dans notre série.

X. Morbidité :

a) Les suites immédiates :

- Les suites opératoires immédiates étaient bonnes pour la majorité des malades.
- Aucun cas d'hémorragie post opératoire.
- 9 cas ont présenté un lâchage des points de sutures avec surinfection de la voie d'abord, ceci est dû au mauvais état buccodentaire et le manque d'hygiène. Le contrôle après l'instauration d'un traitement antibiotique et des mesures d'hygiène strict a été satisfaisant.

Durée du suivi :

- 23 malades ont été suivis régulièrement à la consultation sur un recul moyen de 18 mois et avec une bonne évolution.
- 10 malades ont été perdus de vue depuis l'intervention.

b) Les suites secondaires :

- Un traitement à base d'antibiotique, d'antalgique, de corticoïde et de antiseptique a été prescrit en post-opératoires chez tous nos malades.
- 3 patients ont présenté une exposition de la plaque d'ostéosynthèse après 18 mois de l'intervention. Ils ont été réopérés avec ablation de la plaque, lavage abondant du site opératoire, fermeture hermétique de la muqueuse endobuccale et une antibiothérapie.
- Dans un cas le patient a présenté une douleur résiduelle post opératoire qui s'est améliorée nettement après un traitement antalgique bien conduit et vitaminothérapie. La récupération a été observée après 4 semaines de traitement.
- Une quinzaine de patients ont présenté un DAM d'origine occlusale.

c) Les suites lointaines :

• Séquelles fonctionnelles :

- Une édentation partielle a été notée chez 30 cas ayant nécessité une réhabilitation dentaire secondaire.
- Un trouble de l'articulé dentaire a été observé chez 7 cas, le plus souvent chez des patients ayant subi une résection osseuse très importante.

• Séquelles esthétiques :

- Latéro déviation mandibulaire surtout à l'ouverture buccale ont été observés chez 4 patients.
- Une asymétrie faciale a été également notée chez 3 patients.

• Récidive :

5 patients ont présenté une récurrence tumorale :

- 4 cas d'améloblastome .
- 1 cas de kystocyste odontogène volumineux.

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



DISCUSSION



- Dans la littérature, rares sont les études faites concernant l'ensemble des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dent retenue. Les études d'un type histologique ou d'un groupe histologique de tumeurs sont les plus fréquentes.

I. Les données Epidémiologiques :

1. Fréquence :

Les tumeurs maxillo mandibulaires et dent retenue représentent une entité rare [1]-[3]

Tableau V : Fréquence des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dent retenue dans notre série en comparaison avec celle rapportée dans la littérature.

Série	Nombre de tumeurs par rapport au nombre d'années	Fréquence par an	Nombre de tumeurs odontogènes	Nombre de tumeurs non odontogènes
JANAH [4]	50 cas / 5 ans	10	33	17
A.RAKOTOARISOA[5]	28 cas / 2 ans	14	17	0
E.TAGBA [3]	23 cas / 11 ans	2	6	17
KOVI [6]	30 cas / 4 ans	7	22	8
ELARBI [2]	106 cas / 17 ans	7	52	54
Notre série	33 cas / 3 ans	11	33	0

Dans notre étude, nous avons trouvé une fréquence de 11 cas/an. Cette fréquence est inférieure à celle de la série d'A.RAKOTOARISOA [5], et elle est supérieure des fréquences constatées par les séries d'E.TAGBA[3], JANAH[4], KOVI [6] et M.ELARBI [2].

On note que la fréquence des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dent retenue est en moyenne de 7 à 10 /an dans toutes les séries, sauf dans la série de E.TAGBA[3].

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Dans notre série, les tumeurs odontogènes représentent la totalité des cas. A.RAKOTOARISOA [5] rapporte 17 cas de tumeurs odontogènes dans une série de 28 cas.

JANAH[4] rapporte 33 cas de tumeurs odontogènes (66%) contre 17 cas de tumeurs non odontogènes dans une série de 50 cas. KOVI [6] en rapporte 22 cas (74 %) contre 8 cas dans une série de 30 cas.

2. Âge :

- Dans notre étude l'âge de survenue des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dent retenue varie entre 10 et 81 ans avec une moyenne de 31 ans.

Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées avec une prédominance de l'âge jeune [7].

L'âge moyen de survenue des tumeurs maxillo mandibulaires et dents retenue de 33 ans rapporté dans la série de E.KPEMISSI [1]et celui de 37.3 ans dans la série de A.RAKOTOARISOTA [5] sont légèrement supérieurs à celui rapporté dans notre étude (31 ans).

L'âge moyen de 28 ans rapporté par E.TAGBA [3], 29 ans rapportés par JANAH [4] et celui de 29.9 ans rapporté par S.ABDENNOUR [8] sont légèrement inférieurs.

Tableau VI : Comparaison de l'âge moyen dans notre série avec celui rapporté dans la littérature.

Série	Moyenne d'âge
JANAH [4]	29 ans
A.RAKOTOARISOTA [5]	37,7 ans
E.TAGBA [3]	28 ans
E.KPEMISSI [1]	33 ans
S.ABDENNOUR [8]	29,9 ans
Notre série	31 ans

3. Sexe :

Dans notre série, on note une prédominance masculine avec un sex ratio de 2 (Figure n°2).

Ceci est conforme avec ce que rapporte DODGE [9] puisque dans sa série il y'a une prédominance masculine pour les tumeurs odontogènes (65%).

Contrairement à C.E.ANAYANECH[10] , R.L.AVELAR[11] et A.RAKOTOARISOA [5] qui rapportent une prédominance féminine.

E.KPEMSI [1] et PARKINS [12] n'ont pas constaté une prédominance de sexe.

Tableau VII : Comparaison du sexe ratio des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues selon plusieurs séries.

Séries	Nombre de cas	Sex ratio H / F
A.RAKOTOARISOA [5]	28	0,3
E.KPEMSI [1]	66	1
DODGE [9]	25	2,1
C.E.ANAYANECHI [10]	151	0,8
R.L.AVELAR [11]	238	0,7
PARKINS [12]	74	1,2
Notre série	33	2

II. Caractères cliniques :

1. Délai de consultation :

Dans notre série, le délai de consultation variait entre 5 mois et 3 ans, avec une moyenne d'un an.

Ceci est conforme à la littérature en ce qui concerne les séries africaines qui retrouvent de longs délais de consultation avec une moyenne de 30 mois [7] .

Une durée moyenne de 12 à 18 mois a été rapportée par O.LOMPO [13] .

Une durée moyenne dépassant 4 ans avant la première consultation a été trouvée par E.KPEMISSI [1] et E.TABGA [3] .

Alors que les séries européennes et américaines rapportent des cas de diagnostic précoce, au stade intra osseux des lésions [14] .

Ce retard peut être expliqué par :

- L'évolution lente de la plupart des tumeurs
- L'éloignement géographique
- La négligence du fait que les tumeurs sont indolores
- La banalité des symptômes
- Le niveau socio-économique des patients
- La difficulté d'accès aux soins dentaires

2. Circonstances de découverte :

Dans notre étude, la tuméfaction osseuse et l'asymétrie faciale étaient révélatrices dans 60,6 % des cas seules ou associées à d'autres signes (exophtalmie, écoulement purulent, signes de surinfection ...)

Cependant, JANAHA[4] a rapporté dans son étude 96 % des cas où la tuméfaction osseuse et asymétrie faciale ont été notées rejoignant les autres études [7] [15] [16] .

Seulement 7 patients de la population présentaient une douleur.

3. Examen clinique :

Permet d'apprécier :

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

4. Localisation anatomique des lésions :

Dans notre série, le siège a été mandibulaire dans 54,54 % des cas contre 45,46% pour le siège maxillaire.

L'atteinte prépondérante de la mandibule par les tumeurs bénignes avec l'améloblastome comme chef de file pourrait s'expliquer par l'importance du tissu spongieux au niveau de la mandibule par rapport au maxillaire, formé surtout d'os compact [13].

Cette prédominance mandibulaire a été signalée par plusieurs auteurs Y. Jeblaoui [17], Ba B1,4 [18] et Othmane Bouanani [19] .

Par contre, GASSAMA BC [20] au Sénégal a trouvé une prédominance de la localisation maxillaire des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires .

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

La localisation de la tuméfaction au niveau du Ramus et Angle de la mandibule est la situation la plus fréquente dans notre étude, soit 8 cas.

Dans 4 cas la tuméfaction siégeait au niveau de la branche horizontale de la mandibule, 4 cas au niveau de la région angulaire et la symphyse et 2 cas au niveau de la para symphyse et étendue à toute une hémi mandibule.

Contrairement aux résultats rapportés par M.A.TAWFIK [21] et M.S.M.S. SIRIWARDENA [22] chez qui la localisation préférentielle de la lésion était la branche horizontale de la mandibule .

S.NITASSI [23] a rapporté l'angle mandibulaire comme localisation préférentielle .

Dans notre étude, cette tuméfaction était ferme à la palpation (80% des cas), de limites régulières et indolores.

AHN.RAKOTOARISOTA [5] , E.KPEMISSI [1] et E .TAGBA [3] ont rapporté des tuméfaction avec une consistance dure à la palpation.

Par ailleurs, une muqueuse congestive avec inflammation a été trouvée chez 15 patients (45,5%), une fistule et écoulement du pus a été trouvée chez 3 patients (9,7%) atteints d'améloblastome.

Ceci est en accord avec plusieurs auteurs.

Dans des séries d'améloblastome menées par S.NITASSI [23] et B.RUHIN [24] , ils ont constaté que l'améloblastome peut être révélé par une fistule ou une ulcération endobuccale en cas de surinfection.

Les signes dentaires sont en rapport avec le processus endo-osseux. Ils se situent en regard de la tuméfaction osseuse. Ils consistent en une mobilité, un déplacement, des anomalies d'évolution ...

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

III. Examens complémentaires :

La pathologie tumorale bénigne maxillo mandibulaire se caractérise aussi bien sur le plan clinique que radiologique ou anatomopathologique par sa diversité, qui reflète la complexité de son anatomie et la variété de ses composants.

Le massif facial et la mandibule sont en effet les seules structures anatomiques à contenir des structures dentaires et à y associer des structures osseuses, cartilagineuses, mésenchymateuses et des composantes vasculaires, nerveuses, cutanéomuqueuses, etc. [25]

L'indication des examens d'imagerie dentofaciale doit être parfaitement posée en fonction du type et de la localisation de la lésion afin d'apporter la réponse la plus adaptée et la plus précise à un problème donné.[26]

L'imagerie maxillo mandibulaire bénéficie de 3 types d'explorations : la radiographie conventionnelle, la radiographie numérisée et la tomодensitométrie. [7]

1. Radiographie standard et numérisée :

a) L'orthopantomographie ou la radiographie panoramique :

C'est une technique de radiographie dentaire extra orale.

Elle permet d'obtenir une image des arcades dentaires ainsi que des structures avoisinantes (l'os alvéolaire, le palais osseux, la partie basse des sinus maxillaires et la partie inférieure des fosses nasales) sur un film unique grâce à une faible exposition.

En complément de l'examen clinique, l'orthopantomographie est l'examen d'imagerie de première intention [27].

Cet examen a été réalisé chez 100 % des patients de notre série, ce qui rejoint la littérature puisque 85 % des patients de la série de O.LOMPO [13] et tous les patients de la série de E.TAGBA [3] ont bénéficié de la panoramique dentaire.

D'autres incidences étaient autrefois nécessaires et sont de moins en moins demandées avec l'apparition de nouvelles générations d'imagerie [28] :

- L'incidence Blondeau : Elle permet de visualiser les sinus maxillaires ... Elle a été réalisée chez 3 patients de notre étude qui présentent une exophtalmie avec une dent ectopique au niveau du plancher de l'orbite.
- Le cliché rétro-alvéolaire : meilleure analyse des rapports tumeur/dents adjacentes.
- L'incidence face basse : c'est une vue frontale du massif facial et de la mandibule (bouche ouverte).
- Le film occlusal : explore l'arcade dans le plan horizontal et analyse l'extension de la lésion.

Les images radiologiques rencontrées sont :

- Images radio claires :
 - ❖ **Image uniloculaire :**

Une image mono géodique, homogène bien limitée qui oriente vers les kystes odontogènes.

Cependant cet aspect mono géodique peut être rencontré dans certaines tumeurs maxillo mandibulaires bénignes tel que l'améloblastome ce qui constitue un piège diagnostique.

- ❖ **Image multiloculaire :**

Elle consiste en plusieurs géodes confluentes à contours polycycliques témoignant du caractère multifocale de la lésion [28] .

Parfois son aspect poly géodiques dit « en bulles de savon » est assez typique de l'améloblastome[7].

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

- Images radio opaques :

- ❖ **Image radio opaque :**

Une image radio condensante , moins fréquente mais plus facile à identifier que les autres images .

Trois types d'opacités sont décrits :

- Une opacité de densité dentaire
- Une opacité de densité osseuse
- Une opacité de densité homogène

- La lésion radiologique est associée dans la majorité des cas à une dent ectopique.

Ce bilan permet de préciser le siège de la lésion, ses limites, ses rapports avec les racines dentaires, l'état des corticales osseuses et des sinus maxillaires et surtout l'aspect radio-clair ou radio-opaque ce qui permet une première approche diagnostique [7].

De Tourniel [7] a proposé un tableau pour la classification radiologique des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires .

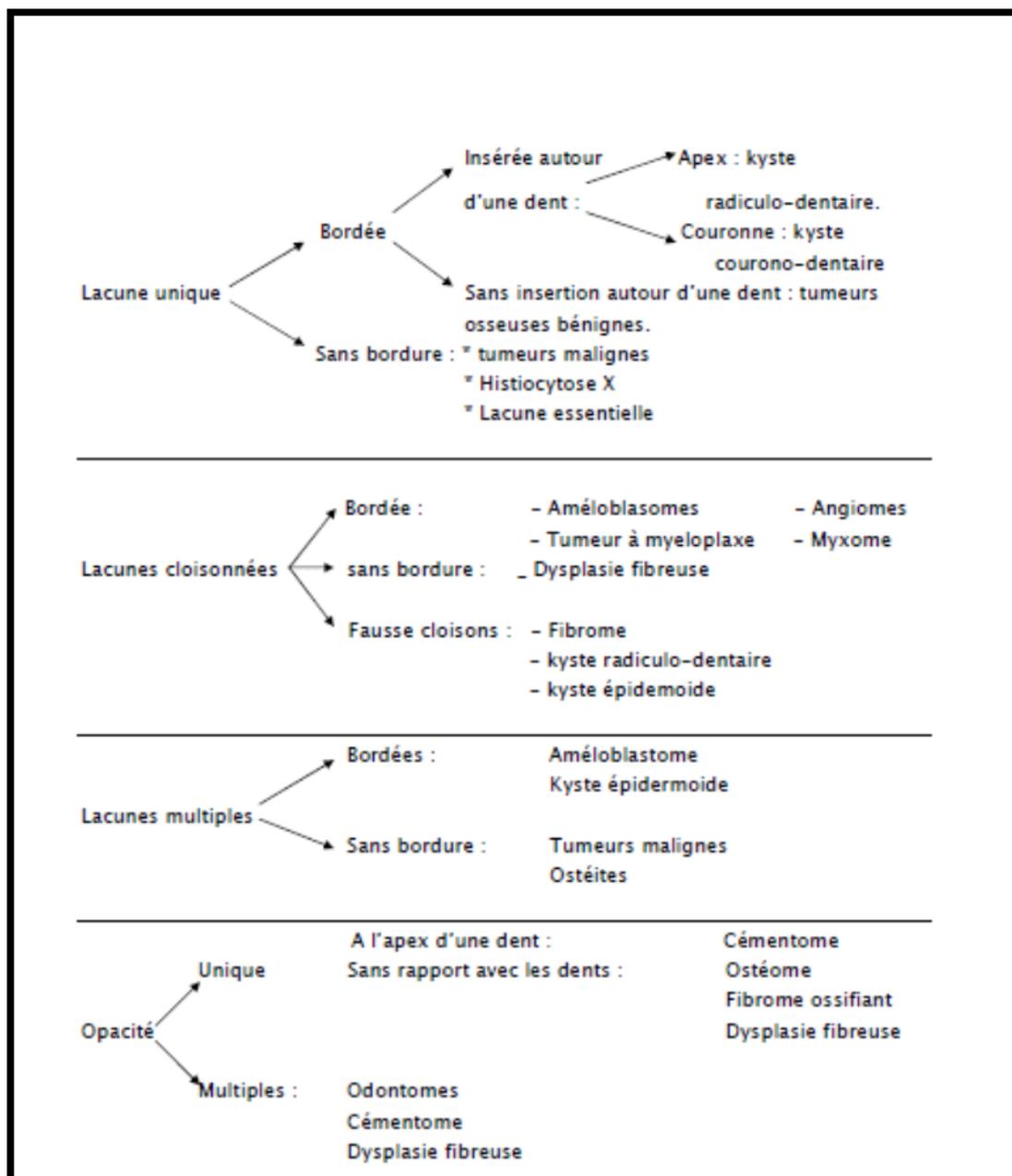


Figure 32 : Classification radiologique des tumeurs bénignes du maxillo mandibulaire
Selon De Tournier [7].

Dans notre série ce bilan, pratiqué chez tous nos malades, a montré des images radio claires chez 100 % des patients.

Elles sont homogènes à contours nets et réguliers, multiloculaire dans 75,76 % des cas et uniloculaires chez 24,25 % de la population, avec une dent ectopique dans la majorité des cas.

J. HAMAMA [29] , S.NITASSI [23] et B.RUHIN [24] ont retrouvé dans leurs séries d'améloblastome que la lésion était multiloculaire en « bulles de savon » dans plus de la moitié des cas.

2. Cone-beam computed tomography :

C'est une technique qui offre une finesse de détail des images dento-alvéolaire avec des faibles doses d'irradiation répondant au souci légitime de radioprotection, ce qui lui accorde une place de premier rang en imagerie diagnostique dento maxillo faciale. [30]

3. Tomodensitométrie faciale :

La TDM est un examen de référence pour la prise en charge des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires.

Elle permet un bilan très précis des différentes lésions tumorales grâce aux coupes axiales natives et coronales avec des reconstructions bidimensionnelles voire tridimensionnelles.

Elle propose une meilleure visualisation des structures anatomiques et leurs rapports.

Elle est essentiellement demandée :

- ❖ Pour préciser, dès que nécessaire, les rapports de la tumeur avec les structures anatomiques avoisinantes (sinus maxillaire, cavité orbitaire, fosses nasales, canal du nerf alvéolaire inférieur).
- ❖ Parfois pour préciser les relations de la tumeur avec les racines dentaires (denta scan).
- ❖ Pour préciser l'extension tumorale, à la fois en endo-osseux et dans les parties molles, lorsque la lésion a un caractère pluriloculaire ou mal limité et/ou lorsqu'il existe une suspicion de destruction corticale[31].

Ce qui permet d'établir un bilan d'extension nécessaire pour une approche thérapeutique adéquate.

L'injection du produit de contraste permet d'étudier les rapports avec les structures vasculaires ou de suspecter la nature vasculaire de la lésion [28].

Dans notre étude, 48,49% des patients ont bénéficié d'une TDM faciale. Elle a pu révéler :

- ❖ La présence de dent incluse dans la plupart des cas avec une dent ectopique au niveau du plancher de l'orbite chez 3 patients.
- ❖ Une lyse de la corticale osseuse dans 2 cas sans infiltration des parties molles.
- ❖ Une sinusite maxillaire d'origine dentaire chez 2 patients.

Ce qui rejoint les résultats rapportés par E.TAGBA [3] , 43,5 % des cas ont réalisé une TDM faciale dans son étude .

Alors que O.LOMPO [13] n'a rapporté que 1,2 % des cas , cela peut être expliqué par le coût élevé et l'inaccessibilité géographique de la Tomodensitométrie surtout dans les séries africaines .

IV. Diagnostic histologique :

Un prélèvement biopsique de première intention est le plus souvent un geste inutile et déplacé en raison des risques de dissémination tumorale et des réactions inflammatoires délétères pour l'exérèse ultérieure et le diagnostic anatomopathologique, il peut être de plus une source d'erreur[24].

Parfois le recours à la biopsie doit être discuté en cas de doute diagnostique ou suspicion de malignité [3] surtout dans les tumeurs d'apparition rapide et ou dépassant radiologiquement les corticales avec envahissement des parties molles [26] .

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

Les tumeurs bénignes odontogéniques représentent 100 % des cas dans notre série.

Cette fréquence élevée des tumeurs bénignes maxillo mandibulaire odontogènes a été constatée par plusieurs auteurs.

JANAH [4] a présenté une prédominance des kystes odontogènes (22 %), les améloblastomes étaient de la même fréquence (20 %).

A.RAKOTOARISOA [5] et KOVI [6] ont rapporté respectivement une prédominance des tumeurs bénignes odontogènes avec 60 % et 73,3 % des cas .

O.LOMPO [13] a également rapporté la fréquence élevée des tumeurs odontogènes dans son étude.

Dans notre série, l'améloblastome est la tumeur odontogène la plus fréquente (51,52 %).

Ceci est conforme à la littérature , puisque l'améloblastome a représenté 88,3 % des cas dans la série de KPEMISSI [1] , 60,9 % des cas dans la série de E.TAGBA [3] et 48.4% des cas dans la série de C.E.ANAYANECHI [10] .

Le Kératokyste odontogénique vient en deuxième position dans notre série avec une fréquence de 36,37 % des cas.

A.L.AVELAR [11] rapporte dans sa série 56,6 % des cas de kératokyste odontogénique.

Les tumeurs bénignes maxillo mandibulaires constituent un cadre hétérogène et présentent un polymorphisme considérable sur le plan épidémiologique et clinique.

Mais l'étiopathogénie et la majorité de ses entités pathologiques demeurent obscures à l'origine de l'incertitude nosologique , de difficultés de définition, et posent par conséquent des problèmes de classification histologique [28].

V. Classification des tumeurs bénignes maxillo mandibulaires [32] [33]:

Le diagnostic anatomopathologique a toujours été considéré comme difficile.

Les classifications sont complexes, basées sur une histogenèse encore mal comprise, car la rareté de ces lésions ne permet pas l'étude de grandes séries.

Depuis toujours, les cliniciens ont cherché à regrouper l'ensemble de ces lésions au sein d'une classification.

La parution en 2017 de la nouvelle classification de l'OMS des tumeurs de la tête et du cou a apporté plusieurs mises à jour en ce qui concerne les tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs bénignes maxillo mandibulaires :

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Tableau VIII : Classification de l'OMS 2017 des tumeurs de la tête et du cou [32] [33].

kystes odontogènes	Kyste inflammatoire	-les plus fréquents (60%) -Infection dentaire	-image lacunaire radio-claire, homogène, bien limitée -Fine bordure périphérique -Appendue à une dent ou groupe de dent	-Enucléation +/- conservation de la dent causale avec traitement endodontique.
	Kyste dentigère	-Homme -3 ^{ème} décennie	-Image radio-claire arrondie, à limites nettes avec ou sans liseré de condensation -Entoure la couronne d'une dent incluse ou germe dentaire	-Enucléation avec extraction dentaire
	Kyste épidermoïde	-Reste épithélial de la lame dentaire -Isolé ou associé à un syndrome de Gorlin Goltz -contenu blanchâtre crémeux	-Image mono ou polygédodique bien limitée -Contour : régulier, net, épais -Siège : angle mandibulaire++	-Tendance extensive avec risque de rupture de la corticale -Récidive fréquente -Traitement conservateur ou agressif : controversé
Kystes non odontogènes	Kyste fissuraire	-Le long des sutures du squelette -Aucune relation avec les dents	-Kyste globulo-maxillaire : image lacunaire bien limitée en poire entre les apex de la canine et l'incisive latérale qui sont refoulées -Kyste mandibulaire médian : image elliptique à grand axe vertical entre les incisives centrales	-Enucléation
Tumeurs bénignes odontogènes	Améloblastome	-Tumeur odontogène la plus fréquente -Mandibule : 85% surtout l'angle -15-30 ans -Sexe masculin -Evolution lente -Agressivité locale et récidives+++ -Possibilité d'effraction corticale et invasion des parties molles	Polymorphisme : -Vaste image lacunaire avec quelques cloisons -Polygédodique en bulles de savon (très évocateur) avec limites nets entourées d'un fin liseré dense -Rhyzalyse et refoulement des dents adjacentes	-Résection chirurgicale+ surveillance rigoureuse -Traitement conservateur ou radical : controversé
	Tumeur de Pindborg	-Rare -Mandibule++	-Uniloculaire, bien limitée parsemées de petites opacités	Enucléation
	Myxome	-20-30 ans -Déviation et mobilité dentaire	-Lésion polygédodique avec cloisonnement géométrique à angles vifs	-Exérèse large pour éviter les récidives
	Cémentome	-Sexe féminin ->20 ans -Mandibule : région antérieure	-Opacité finement radiée arrondie entourée d'un halo clair	-Enucléation de la lésion et de la dent correspondante
	Odontomes	-Hamartome -2 ^{ème} tumeur odontogène - survient avant 20 ans	masse compacte très dense +/- entourée d'un halo clair	-Exérèse complète
Tumeurs bénignes non odontogènes	ostéome	-Femme > 40 ans -Mandibule	Lésion radio-opaque bien limitée très dense supérieure à l'os normal	-Exérèse chirurgicale

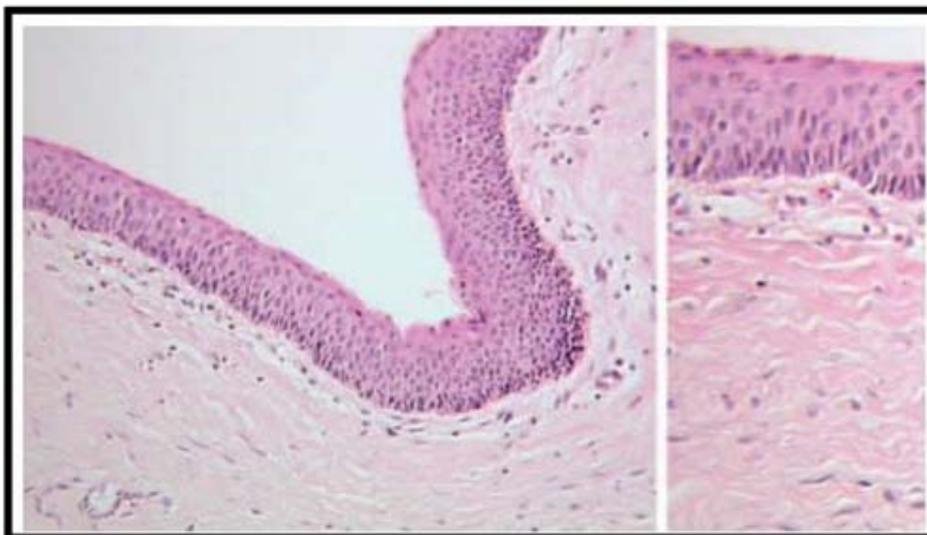


Figure 33 : Kyste épidermoïde (kératokyste). En bordure, cette lésion présente un épithélium de type malpighien pluristratifié, de 5 à 9 assises cellulaires. Son épaisseur est régulière. Cet épithélium se kératinise en surface, para kératose. La couche basale est régulière. La paroi kystique est fine, composée de fibres conjonctives plus ou moins régulières.[4]

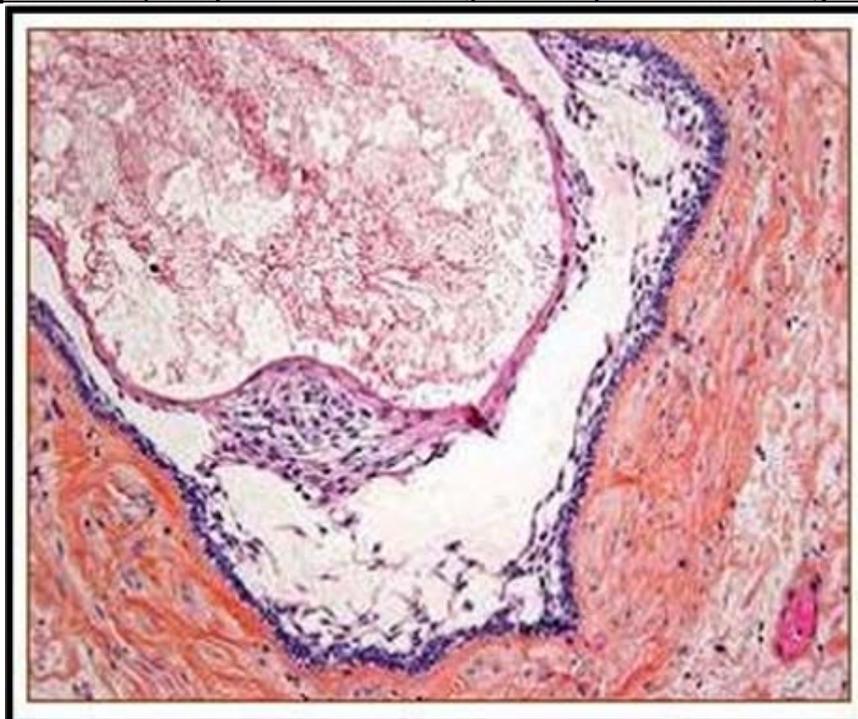


Figure 34 : Améloblastome uni kystique.[4]

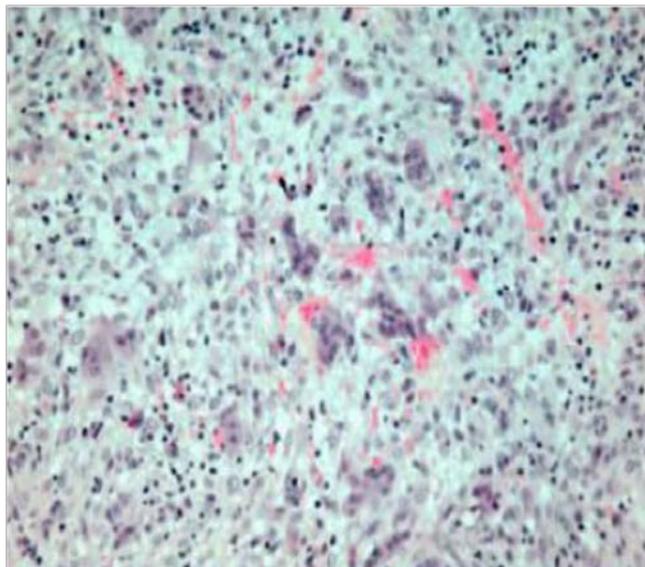


Figure 35: coupe histologique d'un granulome réparateur à cellules géantes montrant une double population cellulaire composée de cellules mononuclées et de cellules géantes multinuclées.[28]

VI. Evolution

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

Par contre l'évolution spontanée aboutit à des formes impressionnantes, voire géantes et agressives localement.

Ceci peut rendre le traitement chirurgical difficile voire impossible [7].

VII. Traitement

Les tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues sont dotées d'une grande diversité sur le plan étiopathogénique , clinique, radiologique , histologique , diagnostique et évolutif [34].

Pourtant, elles présentent des points communs, dont celui de requérir un traitement chirurgical [28].

Le traitement chirurgical a pour but :

- ❖ Soulager le malade.
- ❖ Assurer l'exérèse complète de la lésion et la stérilisation du foyer tumoral pour éviter les récives.
- ❖ Assurer la reconstruction esthétique et fonctionnelle et minimiser les dégâts.
- ❖ Guetter les complications.
- ❖ Améliorer la qualité de vie du patient.
- ❖ Assurer une prise en charge et un suivi psychologique du patient.

1. Moyens thérapeutiques

1.1 Traitement préventif [7]:

Il concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information afin d'éviter les facteurs de risque par :

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

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

1.2 Traitement médical [35] :

❖ En préopératoire :

La couverture antibiotique est primordiale dans ce type d'intervention.

Chez les patients à risque :

- Atteints de pathologies cardiaques, d'insuffisance rénale, diabétiques ... etc.
- Présentant une surinfection ...

❖ En peropératoire :

- Antibioprophylaxie : à commencer avant l'incision.
- Corticoïdes : permettent de diminuer l'œdème post-opératoire.
- Traitement local : pansement hémostatique en cas de saignement important.
-

❖ En post-opératoire :

- Cette prescription a pour but principal d'éviter la douleur, de limiter l'œdème et de prévenir l'infection.
- L'antibiothérapie afin de prévenir le risque d'infection.
- Les corticoïdes : Effet antalgique, antiœdémateux et antiinflammatoire. Ils permettent de diminuer d'une façon importante l'œdème post opératoire. Mais, ils doivent être administrés pour une durée limitée en moyenne 5 jours.
- Les antalgiques : par pallier en fonction de la douleur.
- Le traitement local :
- Bain de bouche permettant de diminuer la charge bactérienne intrabuccale.
- Application de poche de glace sur la zone opérée, dès la fin de l'intervention et pendant plusieurs jours jusqu'à disparition de l'œdème.

Une alimentation mixée et froide le soir de l'intervention pour éviter le saignement et la douleur, et une alimentation mixée dans les jours qui suivent sont conseillées en postopératoire.[28]

1.3 Traitement chirurgical :

Outre le bilan clinique et radiographique, l'approche chirurgicale de ces lésions doit prendre en compte :

- Les signes et symptômes, leurs modalités de début et la vitesse de développement de la lésion
- De la situation et de l'éventuelle atteinte des éléments anatomiques de voisinage tels que le nerf alvéolo-dentaire inférieur, le nerf naso-palatin, le sinus maxillaire, les fosses nasales ou encore des insertions musculaires.

Malgré tout, le radiologue joue un rôle important dans la démarche diagnostique, en précisant les caractéristiques de la lésion, et en orientant vers sa nature, ce qui permet d'orienter le praticien vers le traitement le plus adapté.[4]

✓ Anesthésie :

L'intubation nasotrachéale est courante en chirurgie maxillo-faciale.

Elle présente l'avantage de libérer la cavité buccale et de diminuer le risque d'extubation accidentelle[36].

Cette technique a été utilisée chez 100 % des malades de notre série.

La durée de l'intervention, le siège anatomique des lésions (Voies aériennes supérieures), le caractère mutilant et hémorragique de la chirurgie des grosses tumeurs imposent une anesthésie générale [13]. Qui a été utilisée dans 100% des cas de notre série.

✓ **Voie d'abord :**

La voie d'abord chirurgicale était endobuccale (vestibulaire) dans 87,88 % des cas dans notre série.

O.LOMPO [13] a noté que la voie endocuccale a été réalisée chez 80% des cas de sa série.

Pour B.RUHIN [24] le traitement conservateur doit se faire par un abord muqueux puis suturé par des points souples et séparés de fil résorbable.

La voie d'abord externe (cervicale) a été réalisée dans 20% des cas de la série de O.LOMPO [13] et dans 9,09 % des cas de notre série.

Elle permet une exérèse tumorale en zone saine loin des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles. [28]

La voie d'abord combinée qui est une association des deux voies d'abord interne et externe a été utilisée chez 1 cas d'améloblastome volumineux.

✓ **Chirurgie conservatrice :**

Ces techniques permettent de préserver un maximum des dents et de tissu osseux, avec des séquelles esthétiques très minimales, voire absentes.

Elles étaient réalisées chez 19 patients de notre série soit 58 %.

Cette attitude thérapeutique conservatrice a été indiquée chaque fois qu'elle est possible.

Pour O.LOMPO [13] un traitement conservateur a été indiqué pour des lésions de moins de 5cm.

Il a été réalisé dans 30% des cas.

❖ **Enucléation :** [4]

C'est la séparation d'une lésion de l'os environnant en suivant l'enveloppe conjonctive qui circonscrit la lésion.

La continuité osseuse est préservée, seul l'os nécessaire à l'accès de la lésion est sacrifié.

L'incision est réalisée au collet des dents avec une ou deux incisions de décharge, décollement muco-périosté et exposition de la lésion kystique.

L'énucléation est réalisée au décolleur tout en prenant soin de respecter le clivage et d'éviter l'effraction de la capsule ou d'une cloison osseuse amincie ou du périoste, afin de ne pas essaimer dans les tissus mous avoisinants.

Cette technique est essentiellement indiquée pour les lésions kystiques de toutes tailles, à condition qu'elles soient limitées de tous les côtés par de l'os dense et qu'aucune structure voisine noble ne soit lésée.

L'énucléation nécessite une surveillance clinique, radiologique et histologique à long terme.

E.KPEMISSI [1] propose la réalisation de l'énucléation lors d'une première manifestation ou si le kyste est de volume modéré et les tables osseuses assez épaisses non rompues.

Cette attitude a été réalisée dans 7.6% des cas de sa série.

❖ Enucléation et curetage:

Il demeure un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation, il est réservé aux seules parois épaisses [7].

Le curetage appuyé : C'est l'ablation d'une lésion osseuse par fragmentation ou morcellement, tout en conservant la continuité osseuse.

Cette technique est employée lorsque la séparation de la lésion de l'os environnant en suivant un plan de clivage est impossible, soit parce que la lésion est trop friable, soit parce qu'il n'existe pas de capsule ou d'enveloppe conjonctive intacte cernant la lésion.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Il peut être réalisé à l'aide d'instruments mécaniques et/ou d'agents physiques ou chimiques[37].

Traitement chirurgical radical (Résection osseuse) :

Lorsque la lésion osseuse est très étendue, plurifocale ou multi récidivante, les possibilités de traitement conservateur deviennent très discutables (notamment au niveau du secteur postérieur de l'os maxillaire)

La résection interruptrice avec reconstruction immédiate ou différée se révèle alors être la seule alternative « efficace » dans le temps [37] .

Elle permet [38] :

- De diminuer le risque de récurrence qui devient négligeable.
- D'éviter les gestes chirurgicaux itératifs, plus mutilants.

Dans notre étude, La résection osseuse a concerné 11 patients ce qui correspond à 33,34 % des cas.

La chirurgie radicale a été indiquée dans le cas des tumeurs localement avancées avec risque de récurrence (améloblastome...).

Chez certains auteurs, la chirurgie radicale est la plus appropriée pour éviter les récurrences.

Dans la série de E.TAGBA [3] la chirurgie radicale a été réalisée dans 61.1% des cas.

Cela a été expliqué par le volume important des tumeurs liées aux longs délais de consultation.

La série de C.E.ANYANECHI [10] rapporte des résultats similaires : La résection osseuse a été indiquée pour le traitement des tumeurs localement invasives tel que l'améloblastome et le myxome [28] .

Tableau IX : Comparaison des types de traitement dans les différentes séries.

Série	Traitement radical	Traitement conservateur
KPEMISSI [1]	92,4 %	7,6 %
O.LOMPO [13]	70 %	30 %
E.TAGBA [3]	61,1 %	38,9 %
C.E.ANAYANECHI [10]	54,5 %	45,5 %
JANAH [4]	12,24 %	87,76 %
Notre série	58 %	42 %

❖ **La résection interruptrice :**

C'est l'exérèse d'une lésion au-delà de ses limites avec interruption de la continuité osseuse et parfois, résection des tissus mous adjacents [39].

La décision de résection est prise après avoir réuni un certain nombre d'arguments tels que la localisation (atteinte de la branche montante), la taille, l'existence d'une rupture corticale, le nombre de récurrences ... etc. [40]

Cette chirurgie permet de retirer la lésion en une seule pièce, mais la perte de substance et la continuité osseuse ne sont pas rétablies, la statique et la dynamique maxillo mandibulaire s'en trouveront considérablement perturbées.

D'où la nécessité de techniques de reconstruction immédiates après résection de la lésion afin de compenser ces troubles et restaurer le jeu et l'équilibre maxillo mandibulaire.

❖ **Les moyens de reconstruction[41] :**

La résection interruptrice intéresse essentiellement les lésions à localisation mandibulaire puisqu'elle représente la meilleure indication d'une réparation immédiate en un seul temps.

Les indications de la reconstruction mandibulaire dépendent du siège, de l'étendue et du caractère interrupteur ou non.

De nombreux procédés ont été décrits mais ces dernières années c'est la reconstruction par lambeaux libres osseux qui a pris le pas sur les autres techniques [4].

- Les greffons non vascularisés :

▪ Greffon osseux iliaque :

L'os iliaque est un important site donneur d'os cortico spongieux permettant des réhabilitations osseuses importantes avec l'association de membrane induite.

Il est très intéressant en chirurgie reconstructrice et réparatrice lorsque la perte de substance est importante Il permet de reconstruire des PDS allant jusqu'à 7 cm au niveau de la mandibule.

Mais, étant non vascularisé, il a l'inconvénient majeur d'être sensible à l'infection, ce qui peut entraîner sa résorption et son élimination.

Des résultats sont rapportés par A.EL KOHEN [42] dans sa série de 22 cas de reconstruction mandibulaire, dont 14 patients ont bénéficié d'une greffe osseuse iliaque.

Pour O.LOMPO[13] la greffe osseuse iliaque était la seule technique utilisée pour la reconstruction des pertes de substance interruptrice.

▪ Greffon osseux costal :

Rarement utilisé par rapport au greffon iliaque.

Il a été utilisé dans notre série chez 2 patients.

- Les lambeaux libres osseux (LLO) : [41]-[45]

Ils consistent à utiliser des LLO micro anastomosés sur les vaisseaux du site donneur (le plus souvent sur l'artère et la veine faciale).

C'est l'option de choix dans les reconstructions mandibulaires après résection interruptrice.

Ceux-ci sont plus résistants à l'infection secondaire, à la contamination par le milieu buccal, et ne subissent pas de résorption à court terme.

Chacun de ces lambeaux peut être osseux pur ou composite, comprenant en plus de l'os, du muscle, du fascia ou de la peau (pour la réparation muqueuse et cutanée).

Cette technique peut espérer de meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels en termes de réhabilitation dentaire, en particulier pour les secteurs antérieurs.

Il existe plusieurs sites donneurs pour les lambeaux libres osseux.

Les lambeaux de choix sont le péroné, la crête iliaque, et la scapula [37] .

- Lambeau libre du péroné :

Le lambeau de fibula a été initialement décrit par Taylor en 1975, et utilisé pour la reconstruction des membres inférieurs [46].

En 1989, Hidalgo [47] a utilisé ce lambeau pour reconstruire la mandibule, en améliorant ainsi le pronostic fonctionnel et morphologique.

Il consiste à utiliser le péroné seul ou avec une palette cutanée pour la reconstruction des PDS très étendues de la mandibule.

Il permet la reconstruction des PDS très étendues au-delà de 7cm et /ou composites osseuse et muqueuse ou cutanée des mâchoires (essentiellement la mandibule).

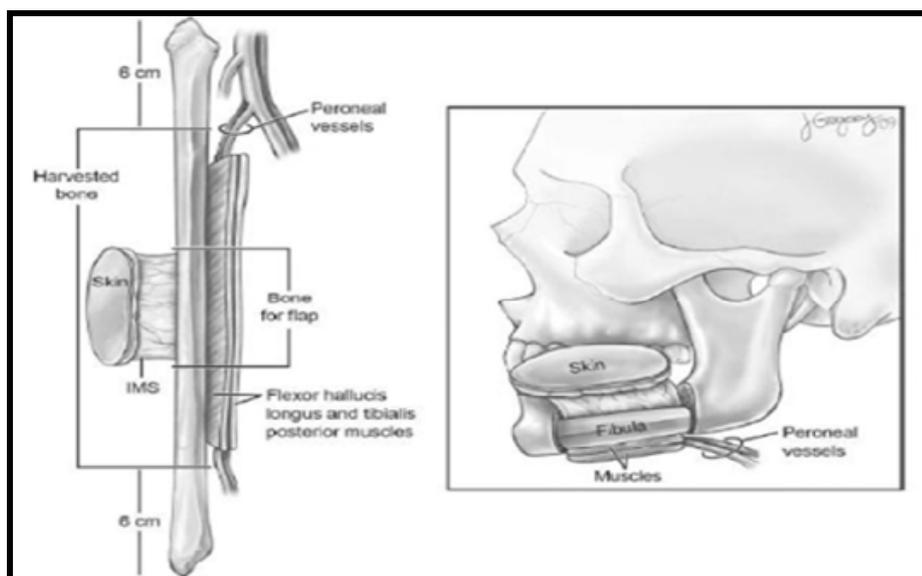


Figure 36 : Anatomie du lambeau libre du péroné avec exemple de reconstruction d'une perte de substance interruptrice [48]

Ce site a l'avantage de :

- Présenter une longueur importante d'os disponible (25 cm en moyenne).
- Une double vascularisation (périostée et médullaire).
- Son prélèvement est source de morbidité limitée : pas d'immobilisation et des douleurs modérées à la marche en post opératoire.
- Présente une bonne résistance à l'infection [44] .

Mais il s'agit d'une chirurgie longue, la hauteur d'os est insuffisante par rapport à la hauteur du moignon mandibulaire restant, ce qui génère des difficultés pour la réhabilitation dentaire.

Enfin la fiabilité de la palette cutanée est incertaine, elle dépend de l'existence d'artères perforantes et de leurs distributions.

Ce lambeau est contre-indiqué en cas d'artérite sévère des membres inférieurs.

Les contre-indications peuvent être liées également à l'état du patient (sujet multitaré, cardiaque...).[4]

Dans notre série, le lambeau libre de fibula a été réalisé chez 1 patient.

B.RUHIN[24], a utilisé cette méthode de reconstruction chez 15 patients de sa série de 23

- **La crête iliaque [41] :**

C'est le deuxième transplant libre le plus utilisé pour les reconstructions mandibulaires.

Il permet des reconstructions osseuses très étendues.

La longueur d'os utilisable est de 14 à 16 cm, avec possibilité de la mise en place d'implants.

Mais, la palette cutanée associée est peu mobile par rapport à l'os ce qui rend difficile la reconstruction des pertes de substances muqueuses associées.

Par ailleurs la morbidité postopératoire est importante avec des douleurs postopératoires et parfois boiterie à la marche pendant quelques jours [41] .

Ce lambeau a été utilisé chez 2 patients dans notre série.

J.BRAGA-SILVA [49] a rapporté l'utilisation du lambeau de la crête iliaque dans 77,7% des cas dans sa série concernant les reconstructions mandibulaires par lambeaux microchirurgicaux de crête iliaque et fibula.

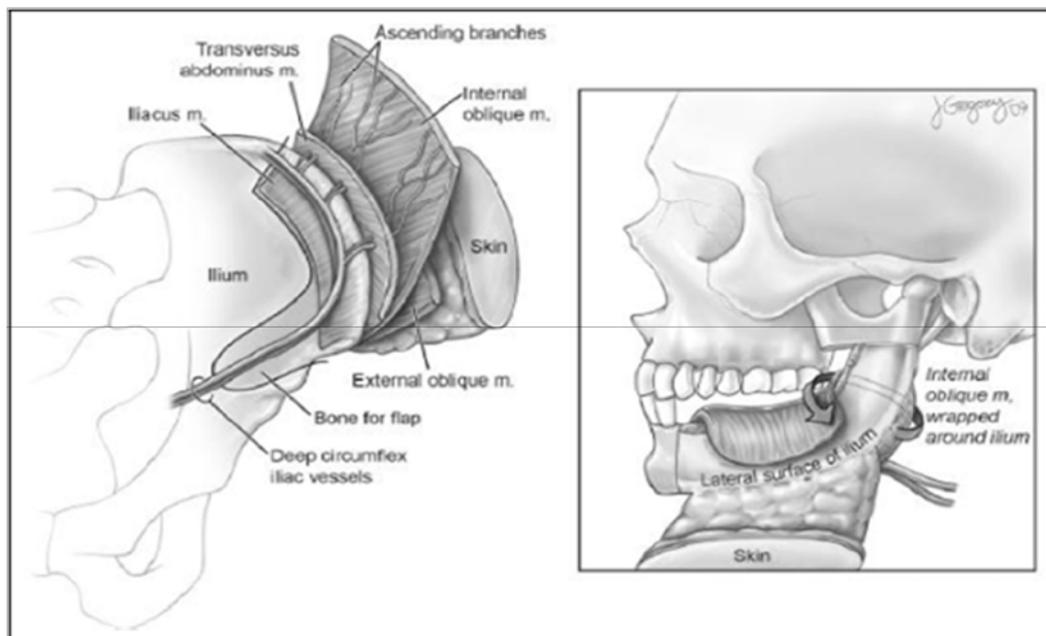


Figure 37 : Anatomie du lambeau libre de la crête illiaque avec exemple de reconstruction d'une perte de substance interruptrice.

- **La crête scapulaire [41] :**

En 1986, son utilisation semble moins répandue au vu du faible nombre de séries retrouvées dans la littérature.

Il consiste à prélever la portion latérale de l'omoplate.

Il permet un prélèvement osseux de 10 à 14 cm de longueur avec une palette cutanée scapulaire totalement mobile par rapport à l'os.

La morbidité du site donneur est faible (cicatrice discrète et pas de séquelles au niveau de l'épaule sous réserve d'une rééducation précoce).

Mais, la position opératoire rend difficile le travail à double équipe, ce qui allonge le temps opératoire.

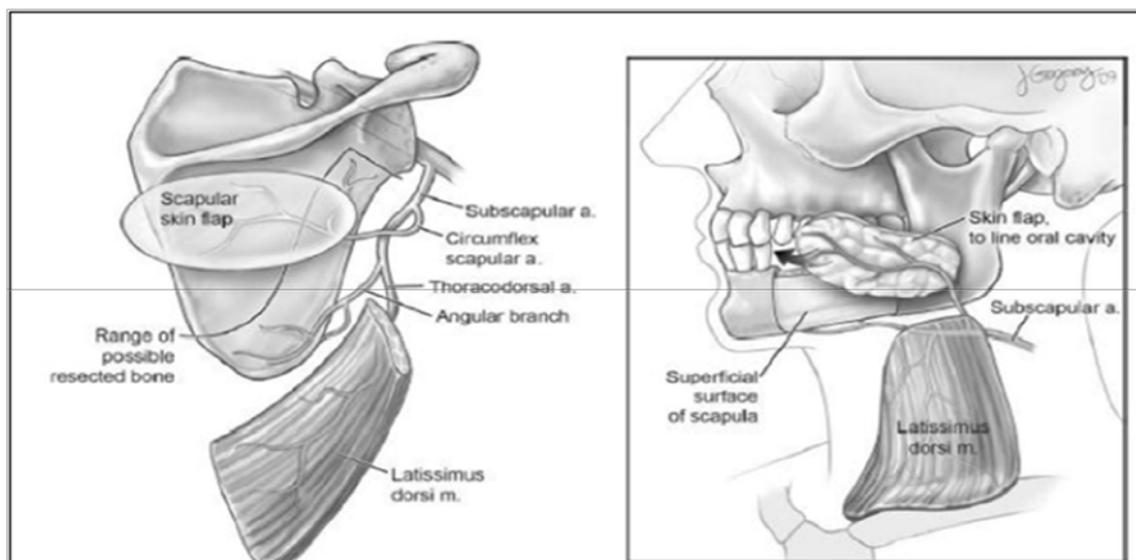


Figure 38 : Anatomie du lambeau de la crête scapulaire avec exemple de reconstruction d'une perte de substance[48].

- Plaques de reconstruction (d'ostéosynthèse)[4] :

Ceci consiste à utiliser des plaques de reconstruction très longues, la longueur sera adaptée en fonction de la taille de la PDS osseuse.

La plaque est moulée à la forme de l'os réséqué et on réalise une ostéosynthèse au niveau des moignons mandibulaires restants avant de terminer l'exérèse pour garder la forme mandibulaire.

Ces plaques jouent le rôle de mainteneurs d'espace, permettent de respecter l'architecture mandibulaire et se caractérisent par l'absence de morbidité du site donneur, leur reproductibilité technique et leur propriété modelable.

Les reconstructions par plaque sont le plus souvent associées à un greffon osseux [42].

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Mais, ce type de reconstruction expose au risque d'expulsion du matériel qui survient dans 25 à 50 % des cas, de fracture, d'extrusion de vis avec surinfection et déhiscence muqueuse ou cutanée ce qui nécessite alors son ablation définitive[28].

Sur le plan fonctionnel, les principaux inconvénients sont l'impossibilité de mise en place d'implant dentaire et les difficultés de la réhabilitation prothétique [52].

Tableau IX : Comparaison des types de reconstruction dans les différentes séries

		Notre série	O.LOMPO [13].	B ;Ruhin [24].	A.Kohen [42]	J.Braga [49]
Nombre de résections		5	130	27	22	45
Moyens de Réparation	Reconstruction prothétique	-	-	-	2	-
	Greffon osseux costal	2	15	6	14	-
	Lambeau libre du Fibula	1	-	15	3	10
	Greffon de la crête iliaque	2	-	2	-	35

❖ La résection non interruptrice :

Elle consiste en l'ablation de la lésion avec une marge de sécurité d'os sain, sans interruption de la continuité osseuse.

Les dents en continuité avec la lésion sont extraites.

Au niveau mandibulaire, cette méthode est indiquée lorsque la corticale basilaire est saine.

L'amplitude de la résection sera en fonction de la localisation et l'extension de la lésion.

Au maxillaire, un simple abord muqueux permet habituellement d'effectuer la résection qui pourra être comblée secondairement par une prothèse obturatrice.

En cas de lésion très extensive, une contention est laissée pendant 2 semaines.

1.4 Moyens adjuvants :

Outre la chirurgie, des techniques physiques et/ou chimiques sont utilisées en tant que moyens adjuvants :

✓ **Traitement dentaire prothétique :**

Le chirurgien-dentiste intervient dans le dépistage précoce et également dans le suivi postopératoire et la réhabilitation prothétique.

Ceci, surtout en cas de tumeur nécessitant une extraction de dents en rapport avec la tumeur afin d'éviter un trouble de l'articulé dentaire et redonner un aspect esthétique convenable et harmonieux.

Elle permet de rétablir les fonctions :

- Mastication
- Phonation
- Déglutition
- Esthétique du patient

Peu de patients dans notre étude ont bénéficié d'une réhabilitation.

Pour des raisons telles que [52] :

- L'état buccodentaire préexistant
- L'importance des remaniements
- Le manque de moyens financiers
- La difficulté de la mise en place d'implants dentaires

Par contre T.SCHLIEVE [53] rapporte des résultats différents.

65% des cas de sa série de 20 patients ayant une reconstruction par greffe osseuse non vascularisée, ont bénéficié d'une réhabilitation dentaire.

✓ **La cautérisation chimique ou l'électrocoagulation :**

Utilisées en complément du curetage car elles provoquent une ischémie et une nécrose dans la cavité chirurgicale, pouvant alors détruire certaines cellules tumorales.

Ces techniques sont quasiment abandonnées à l'heure actuelle.

✓ **Les agents sclérosants :**

Employés en injections intra tumorales multiples, le psylliate de sodium aurait provoqué une fibrose limitant le potentiel extensif d'améloblastomes ayant dépassé le stade chirurgical.

✓ **La cryothérapie :**

Technique consistant en la vaporisation au niveau de l'os bordant la lésion, d'un liquide réfrigérant après énucléation curetage et protection des tissus adjacents.

Elle induit une dévitalisation des régions marginales, les risques de nécrose tissulaire entraînant la formation de séquestres osseux sont difficilement contrôlables.

✓ **La radiothérapie :**

N'est utilisée qu'en traitement palliatif car la plupart des tumeurs ne sont pas radiosensibles.

De plus, cette technique expose à des risques d'ostéoradionécrose et de transformation maligne du kyste.

✓ **Chimiothérapie :**

N'est pas utilisée dans le traitement des tumeurs maxillo-mandibulaires bénignes.

VIII. Surveillance après traitement :

❖ Suite post-opératoire :

- Poche de glace sur le site opératoire
- Bonne hygiène buccodentaire
- Vérifier l'absence de lâchage de sutures
- Réhabilitation dentaire et prothétique en cas de maxillectomie segmentaire ou des extractions dentaires.
- Massage des cicatrices au niveau des sites donneurs.

❖ Durée et rythme de surveillance :

Une surveillance clinique et radiologique rigoureuse s'impose, le rythme et la durée sont variables en fonction du type histologique.

Généralement les patients sont contrôlés en post opératoire à J15, puis tous les 3 mois pendant une année, puis tous les 6 mois pendant 2 à 3 ans puis annuellement pour les tumeurs récidivantes.

Un OPT numérisée voire une tomодensitométrie faciale est réalisée une fois par an pour les variétés réputées d'être récidivantes[4].

Dans notre étude, 26 malades soit 69,79 % des cas ont été suivi régulièrement sur un recul moyen de 18 mois, et 10 malades ont été perdus de vue depuis l'intervention.

Cela pourrait s'expliquer par l'infidélité des patients au rendez-vous de contrôle dès l'amélioration de leur état et leur éloignement des structures sanitaires.

Une durée moyenne inférieure à une année a été observée dans la série d'O.LOMPO [13].

B.RUHIN [24] rapporte une durée moyenne de suivi plus importante de 5ans (60 mois).

Tableau X : Durée et rythme moyen de surveillance des différentes séries.

Série	Durée moyenne de surveillance
B.RUHIN [24]	60 mois
O.LOMPO [13]	< 12 mois
Notre série	18 mois

❖ **Complications :**

Dans la littérature les complications les plus fréquentes rencontrées en postopératoires sont [46], [54] :

- ✓ **A court terme :**
- ✓ Lâchage de sutures
- ✓ Hémorragie post opératoire
- ✓ Surinfection

Dans notre étude ; la complication la plus fréquente est le lâchage des points de sutures avec surinfection de la voie d'abord end buccale.

O.LOMPO [13] rapporte des complications postopératoires chez moins de 10% des cas faites de lâchage de suture avec surinfection.

Dans la série de E.TAGBA[3], la complication la plus fréquente est la surinfection du site opératoire survenue dans 17.4% des cas.

- ✓ **A moyen terme :**
- Trouble de sensibilité.
- Fracture de la mandibule en cas de lésion volumineuse avec rupture des corticales.
- La réapparition d'une douleur et /ou d'un trouble de sensibilité labio-mentonnaire doit faire pratiquer un panoramique dentaire
- L'exposition ou la fracture de la plaque d'ostéosynthèse nécessitant alors son ablation

Dans notre série, 3 patients ont présenté une exposition de la plaque d'ostéosynthèse après 18 mois de l'intervention.

Un seul cas a présenté une douleur résiduelle.

A.EL KOHEN [42] rapporte 3 échecs de reconstruction : un cas d'ostéite chronique sur lambeau libre de fibula, nécrose du lambeau ostéo-musculo-cutané du grand dorsal et une exposition de la plaque de reconstruction chez un patient.

✓ **A long terme :**

Les complications à long terme ou séquelles sont rencontrées souvent après une chirurgie radicale et elles sont à type fonctionnel ou esthétique.

- **Séquelles fonctionnelles :**

Ce type de séquelles se voit généralement dans les résections tumorales très importantes et élargies.

Ces résections larges peuvent s'accompagner de troubles :

- **Déglutition [55]:**

Une perte d'étanchéité de la cavité buccale.

Difficultés dans la constitution du bol alimentaire et dans le transport de celui-ci vers la partie postérieure.

Risque de fausse route par trouble de la sensibilité et défaut de propulsion.

- **La mastication [55] [58]:**

La propulsion devient impossible, les chemins d'ouverture et de fermeture sont perturbés et la diduction du côté sain est très limitée puisque tous les mouvements sont déviés du côté réséqué.

Une partie de la crête alvéolaire est retirée lors de la résection mandibulaire générant une perte de l'efficacité masticatoire.

- **La phonation[56]-[58] :**

On note alors des fuites d'air donc une modification de la voix.

Toutes ces modifications fonctionnelles vont demander au patient et à son entourage, de prendre le temps d'accepter ces difficultés, de s'adapter, de se soutenir et de se motiver pour tenter de corriger ces troubles à l'aide de rééducations adaptées.

- **Séquelles esthétiques**[55], [57], [59]–[63] :

Il persiste des cicatrices cutanées sous-mentales, sous-maxillaires et latérales du cou témoins des incisions réalisées lors du traitement chirurgical.

Une aplasie tégumentaire se produit du côté réséqué du fait de la disparition de relief osseux et des tissus mous.

Après résection, tous les reliefs disparaissent.

Ils sont remplacés par une large dépression très inesthétique.

De plus la cicatrisation s'effectue en attirant les plans superficiels en dedans et à un degré de plus, en creusant des plis cutanés plus ou moins profonds.

La séquelle la plus préjudiciable à l'apparence du patient est la déviation mandibulaire qui déporte la pointe du menton du côté de la résection et déforme le contour labial.

- **Séquelles psychologiques et sociales :**

La mutilation faciale ou corporelle d'un patient a un retentissement sur le psychisme et le comportement d'un malade.

En effet les altérations anatomiques, fonctionnelles et esthétiques suite à une résection mandibulaire latérale, affectent toute la vie de relation du sujet.

Le patient se retrouve en situation d'handicap.

Cependant ceci est très subjectif.

En effet, l'importance de la réaction psychologique n'est pas toujours proportionnelle à la mutilation.

- **Récidive [59] :**

Le taux de récidive des tumeurs maxillo-mandibulaire est généralement faible après une exérèse complète comme c'était décrit dans la littérature [3].

TAGBA [3] a rapporté un cas de récidive d'un améloblastome après un traitement conservateur avec un recule moyens de 15.8 mois.

Un taux de récidive plus élevé a été constaté par O.LOMPO [13] : 3.3% des cas de récidive avec un recul moyen inférieur à un an.

Dans notre série 5 cas de récidive ont été constatés (4 cas d'améloblastome et 1 cas de Kératokyste odontogène).

IX. Pronostic :

Le pronostic concerne le plus souvent le caractère récidivant de certaines tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues.

La récidive est influencée par plusieurs facteurs :

- **Facteurs de risque intrinsèques :**

- Nature invasive de la tumeur
- Type histologique

- **Facteurs de risque extrinsèques :**

* Choix du traitement initial de la tumeur, comme dans le cas de l'améloblastome il a un haut risque de récidive s'il n'est pas traité conventionnellement.

Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une récidive mais d'une continuation évolutive [62] sur un élément demeuré en place.

X. Prévention :

1. Prévention primaire :

Les mesures de prévention primaire s'attachent à l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie.

Elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information à fin d'éviter les facteurs de risque notamment l'intérêt d'une bonne hygiène bucco-dentaire via le traitement des pathologies dentaires et gingivales.

2. Prévention secondaire :

Encore appelée « détection précoce », elle inclut le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement et le suivi qui en découlent.

Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents.

Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un certain risque.

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

3. Prévention tertiaire :

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

Elle doit :

- Identifier le réseau de professionnels de santé capable de prendre en charge les patients.
- Multiplier les centres spécialisés de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie

- Et surtout assurer une formation médicale continue du personnel de santé, chirurgiens–dentistes et médecin de famille.

XI. Recommandations :

A la lumière de notre étude nous proposons les recommandations suivantes en ce qui concerne les tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues :

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

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



CONCLUSION



Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive étalée sur une période de 3 ans, sur 33 dossiers des patients ayant eu des tumeurs maxillo-mandibulaire, hospitalisés et opérés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-facial au niveau de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

Les tumeurs maxillo-mandibulaires et dents retenues restent une pathologie assez fréquente avec 11 cas par an dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de HMA.

Ils atteignent tous les âges, les hommes plus que les femmes avec une sex-ratio de 2.

Ils présentent un grand polymorphisme clinique, radiologique, et histologique.

Une tuméfaction maxillo-mandibulaire, rarement douloureuse, était la manifestation clinique la plus fréquemment rencontrée.

La consultation est souvent tardive ce qui pose un véritable problème de santé publique.

Le bilan radiologique est systématique car il complète l'examen clinique, ce qui permet d'orienter le diagnostic et de guider l'indication thérapeutique.

Mais, seule l'étude anatomo-pathologique permet la confirmation diagnostique.

Ces tumeurs maxillo-mandibulaire et dents retenues sont bénignes dans la majorité des cas, et l'améloblastome constituait 51,52 % des cas.

Ils nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire adéquate.

Mais cela ne peut se faire qu'à travers un dépistage précoce.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Le meilleur traitement ainsi reste préventif et dont le chirurgien-dentiste représente le maillon le plus important.



RESUMES



Résumé :

Les tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues regroupent des entités histologiques très variées et pouvant être divisées en 2 grands groupes : les lésions d'origine odontologique et les lésions d'origine non odontologique.

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

Notre étude est rétrospective et concerne 33 cas de tumeurs bénignes maxillo mandibulaires et dents retenues, colligés au service de maxillo-facial à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, entre janvier 2018 et janvier 2021.

Sont étudiés dans ce travail les caractères épidémiologiques de ces lésions, de même leurs aspects cliniques, radiologiques, anatomopathologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Les résultats de notre série sont comparés à ceux de la littérature.

67% des cas de notre échantillon étaient des hommes et l'âge moyen était 31 ans.

Le délai de consultation était souvent tardif : 12 mois en moyenne.

Cette consultation était motivée dans 60,6 % des cas par une tuméfaction mandibulaire, associée dans 90,9 % à une dent ectopique.

Presque tous nos patients ont bénéficié d'un bilan radiologique qui a permis de mettre en évidence une radio-clarté dans 100 % des cas, sans image de destruction ni d'envahissement des structures avoisinantes, permettant ainsi d'orienter vers la nature bénigne de la lésion.

Le traitement était conservateur dans 66,6 % des cas.

La résection interruptrice suivie d'une reconstruction immédiate a été réalisé chez 5 patients.

La greffe iliaque a été réalisée chez 2 patients.

La confirmation du diagnostic reposait toujours sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

100 % de notre échantillon étaient des lésions d'origine odontogène dominées par l'améloblastome.

L'évolution était généralement favorable avec 15,16 % des cas de récurrence.

Abstract:

Benign maxillo mandibular tumors and retained teeth regroup varied histologic entities that can be divided into two major groups: odontogenic lesions and non odontogenic lesions.

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

Our retrospective study concern 33 cases of benign maxillo mandibular tumors and retained teeth collected in the service of maxillo-facial in the military hospital Avicenne of Marrakech between January 2018 and January 2021.

In this work we did study the epidemiological characteristics of these injuries, together with their clinical, radiological, anatomopathological, therapeutic and evolving aspects.

The study results are compared with those of the literature.

67% of cases in our sample were male with a median age of 40 years.

The consultation was often late: 12 months on average.

The consultation was motivated, in 60,6 % of cases, by a mandibular swelling, associated in 90,9 % with an ectopic tooth.

Almost all our patients have benefited from a radiological assessment: it allows highlighting a radio clarity in 100 % without image of destruction or invasion in surrounding structures. So allowing to the benign nature of these lesions.

The treatment was conservative in 66,6 % of cases.

The segmental resection with immediate reconstruction was performed in 5 patients.

The iliac graft was performed in 2 patients.

The diagnostic confirmation always based on the anatomopathological examination of the part of exeresis.

100 % of our sample were odontogenic lesions dominated by ameloblastoma.

The evolution was generally favourable with 15,16 % of cases of recurrence.

ملخص

أورام الفك السفلي والعلوي الحميدة والأسنان المحتجزة تعيد تجميع كيانات نسيجية متنوعة يمكن تقسيمها إلى مجموعتين رئيسيتين: الآفات سنية المنشأ والآفات غير السنية. على الرغم من تنوعها الكبير ، فإن الوصف السريري لهذه الآفات وحيد البؤرة ، وغالبًا ما يكون التقييم الإشعاعي هو الذي سيسمح باستحضار التشخيص أن التأكيد ضروري من خلال الفحص التشريحي المرضي لجزء الاستئصال.

تتعلق دراستنا بأثر رجعي بـ 33 حالة من أورام الفك السفلي الحميدة والأسنان المحتجزة التي تم جمعها في قسم جراحة الوجه والفكين في المستشفى العسكري ابن سينا في مراكش بين يناير 2018 ويناير 2021.

في هذا العمل قمنا بدراسة الخصائص الوبائية لهذه الإصابات ، إلى جانب جوانبها السريرية والإشعاعية والتشريحية المرضية والعلاجية والمتطورة. تتم مقارنة نتائج الدراسة مع نتائج الأدبيات.

67% من الحالات في عينتنا كانت من الذكور بعمر 40 سنة. غالبًا ما كانت الاستشارة متأخرة: 12 شهرًا في المتوسط.

كان الدافع وراء الاستشارة ، في 60.6% من الحالات ، هو تورم الفك المرتبط بسن خارج الرحم بنسبة 90.9%.

استفاد جميع مرضانا تقريبًا من التقييم الإشعاعي: فهو يسمح بتسليط الضوء على الوضوح الراديوي بنسبة 100% بدون صورة للدمار أو الغزو في الهياكل المحيطة. لذلك السماح للطبيعة الحميدة لهذه الآفات.

كان العلاج متحفظًا في 66.6% من الحالات. تم إجراء الاستئصال الجزئي مع إعادة البناء الفوري لصالح 5 مرضى. تم إجراء الطعم الحرقفي لصالح 2 مرضى.

يعتمد التأكيد التشخيصي دائمًا على الفحص التشريحي المرضي للجزء المستأصل. 100% من العينة كانت آفات سنية المنشأ يغلب عليها الورم الأرومي المينائي.



ANNEXES



I. RAPPEL

1. Anatomie

1.1. La face [64][65]:

La face est définie par la région limitée par la ligne d'implantation normale des cheveux, le bord antérieur des pavillons d'oreilles et le menton, elle est anatomiquement divisée en trois étages :

- Supérieur : comprend la région qui va de la base d'implantation des cheveux à la ligne glabellaire
- Moyen : comprend la région située entre la ligne glabellaire et la ligne occlusale.
- Inférieur : située en dessous de la ligne occlusale.

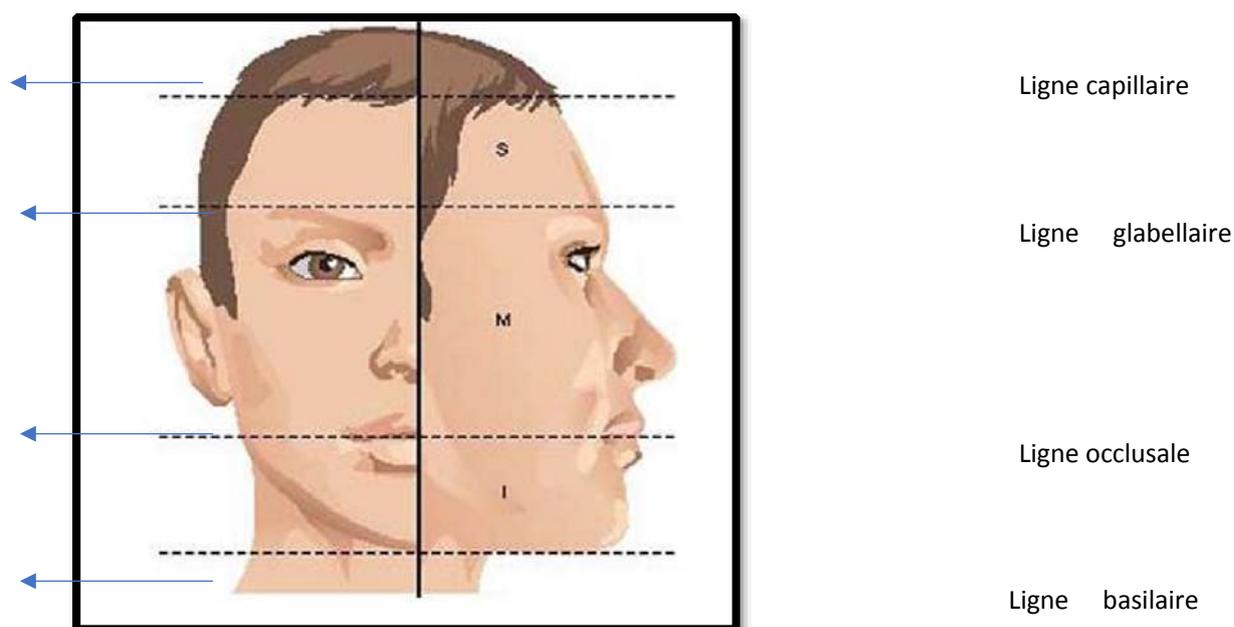


Figure 39 : Les trois étages de la face : supérieur, moyen, inférieur

➤ Le squelette facial

Le squelette facial est composé d'une mosaïque osseuse.

La mandibule seule os mobile de la face, constitue à elle seule le massif facial inférieur.

Le massif moyen est formé par les deux maxillaires réunis sur la ligne médiane autour de l'orifice piriforme.

Latéralement, l'os zygomatique (ou os malaire) forme le relief osseux de la pommette et rejoint le processus zygomatique du temporal pour fermer la fosse temporale.

Le massif facial supérieur est cranio-facial :

- ✓ ethmoïdo-frontal médialement.
- ✓ fronto-sphénoïdal au niveau du cône et du toit orbitaire.
- ✓ fronto-zygomatique latéralement

➤ TÉGUMENT

Le tégument facial est souple et d'épaisseur inégale la peau palpébrale est la plus fine, quatre fois moins épaisse que la peau jugale.

La coloration est également variable d'un territoire à l'autre ; on peut décrire des sous unités esthétiques qui doivent toujours être prises en considération lors des actes chirurgicaux.

Ce tégument est mobilisé par l'action des muscles peauciers dont la résultante des forces marque, avec le temps, les lignes de tension cutanée (lignes de Langers) qui doivent être respectées lors des interventions cutanées, avec l'âge ces lignes deviennent des rides : toute cicatrice parallèle à ces lignes de tension sera a priori discrète ; toute cicatrice perpendiculaire à ces lignes de tension risque de s'élargir.

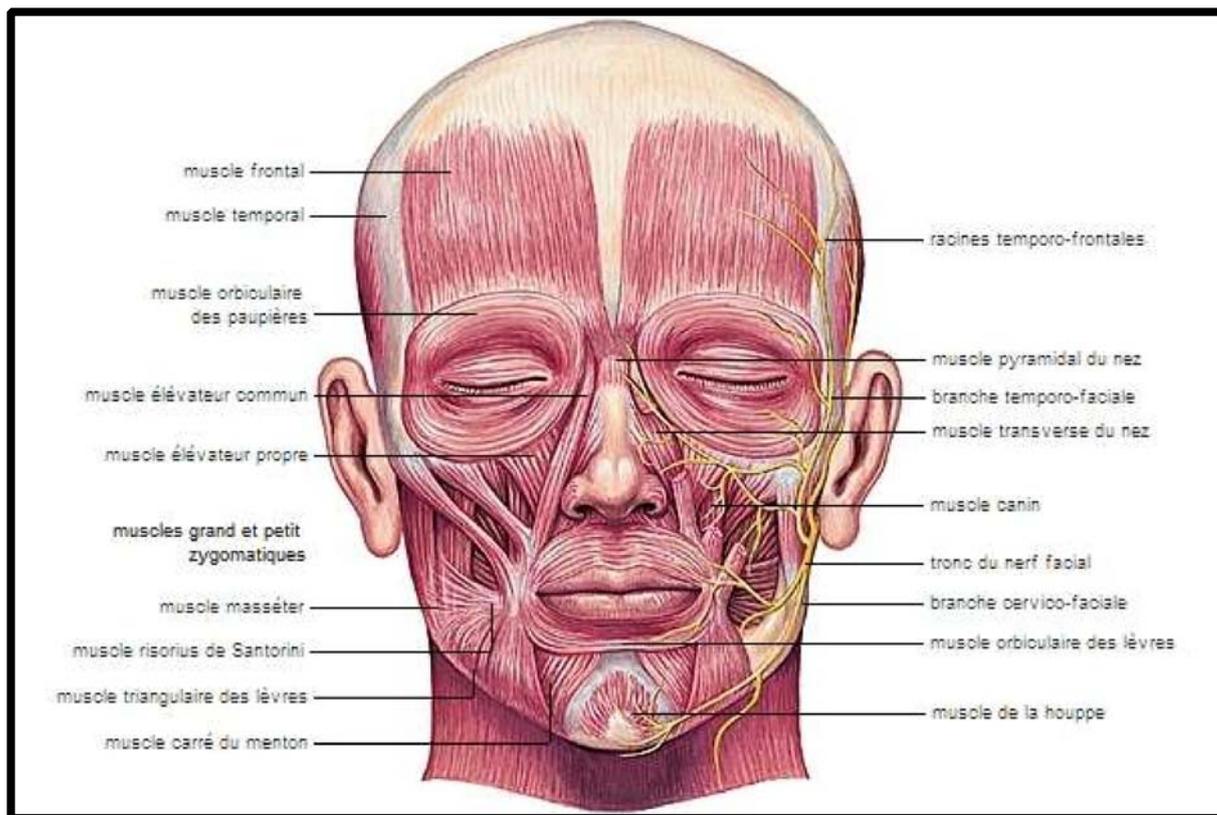


Figure 40 : les muscles peuciers de la face.

➤ **VASCULARISATION**

Presque toute la face est vascularisée par les branches collatérales ou terminales du système carotidien externe.

Les anastomoses sont nombreuses, ce qui explique l'abondance des saignements en traumatologie faciale, mais aussi l'excellente vascularisation du tégument.

Le carrefour des systèmes carotide interne/carotide externe se situe médialement dans la région orbito-nasale. Ces anastomoses doivent toujours être présentes à l'esprit, notamment pour la prise en charge des épistaxis.

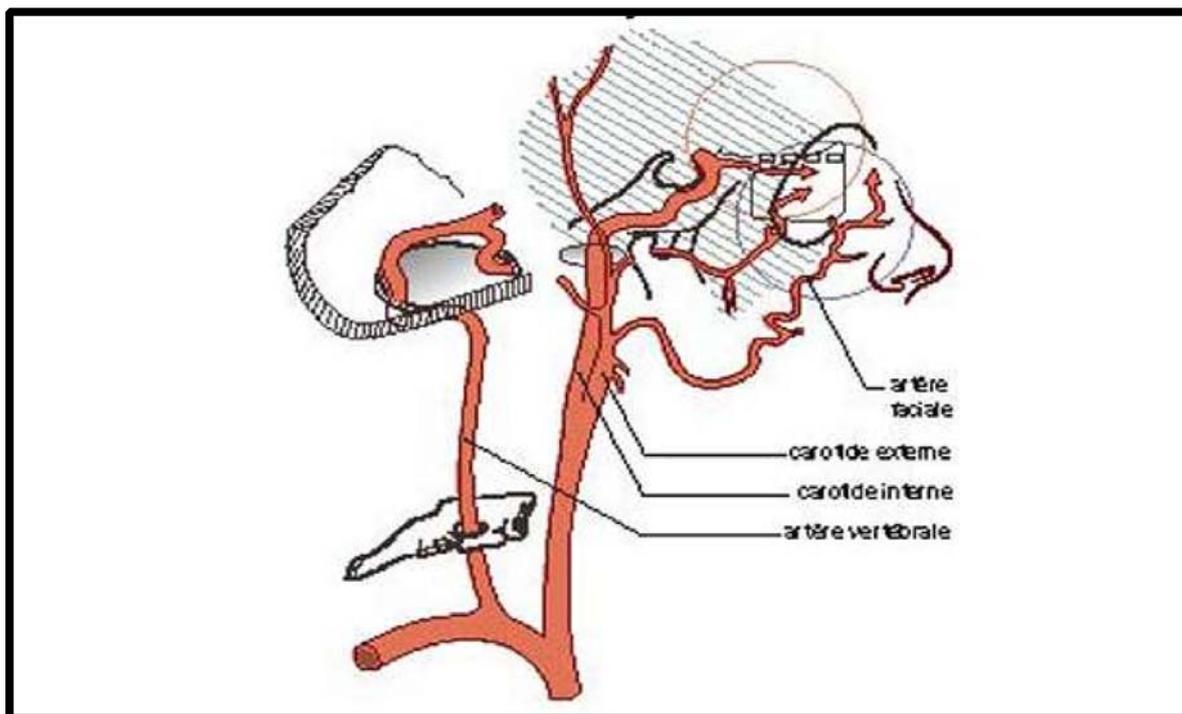


Figure 41 : Carrefour vasculaire entre les systèmes carotide interne et carotide

INNERVATION

Innervation motrice :

Innervation des muscles peauciers

Ils sont innervés par le du nerf facial (VIIe paire crânienne).

Innervation des muscles masticateurs

Ils sont innervés par le nerf trijumeau (Ve paire crânienne)

Innervation de l'élévateur de la paupière supérieure

Elle est assurée par le nerf oculomoteur (IIIe paire crânienne).

Innervation sensitive :

Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3).

Seuls le pavillon auriculaire et la région angulo mandibulaire dépendent du plexus cervical.

Et la zone de ramsay hunt du nerf facial

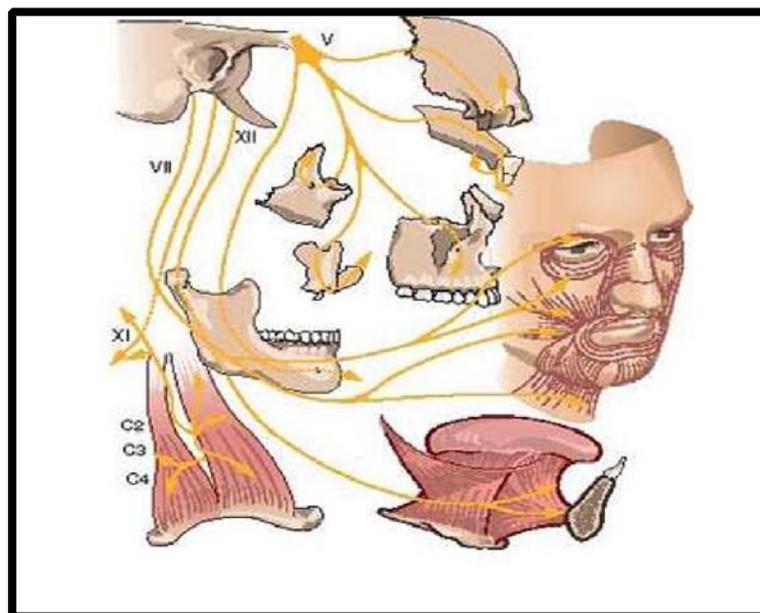


Figure 42 : Montrant l'innervation de la face

1.2. La mandibule[66] [67] :

C'est un os impair, médian et symétrique, seul os mobile de la face, et qui constitue à lui seul le squelette de l'étage inférieur. Il est liée dans sa croissance et son anatomie à la fonction masticatrice, porte les dents inférieures et donne insertion aux muscles masticateurs.

Il s'articule avec les deux os temporaux au niveau des condyles par l'intermédiaire de ménisques.

La mandibule est formée de trois parties :

- Une partie dentée médiane appelée : corpus
- Deux parties latérales non dentées : les Ramus

a. LE CORPS :

Il est horizontal en forme de fer à cheval, à concavité postérieure. Sa partie inférieure dense forme le bord basilaire, sa partie supérieure creusée par les cavités alvéolaires constitue la portion alvéolaire de la mandibule (pars alveolaris).

Il présente :

1. une face antérieure ou cutanée : convexe, elle présente :

- sur la ligne médiane une crête verticale = la symphyse mentonnière, celle-ci se termine vers le bas par une saillie en forme de pyramide, dont la base se confond avec le bord inférieur du corps, c'est l'éminence mentonnière.
- de part et d'autre de la ligne médiane, six saillies verticales = jugums alvéolaires, séparées par des sillons, elles correspondent à l'implantation des incisives et des canines.
- de chaque côté de l'éminence mentonnière, une crête = ligne oblique externe, dirigée en haut et en arrière, elle se continue avec la lèvre latérale du bord antérieur de la branche montante.
- au-dessus de la ligne oblique externe, le trou mentonnier qui livre passage aux vaisseaux et nerfs mentonniers, il est généralement situé entre les deux prémolaires.

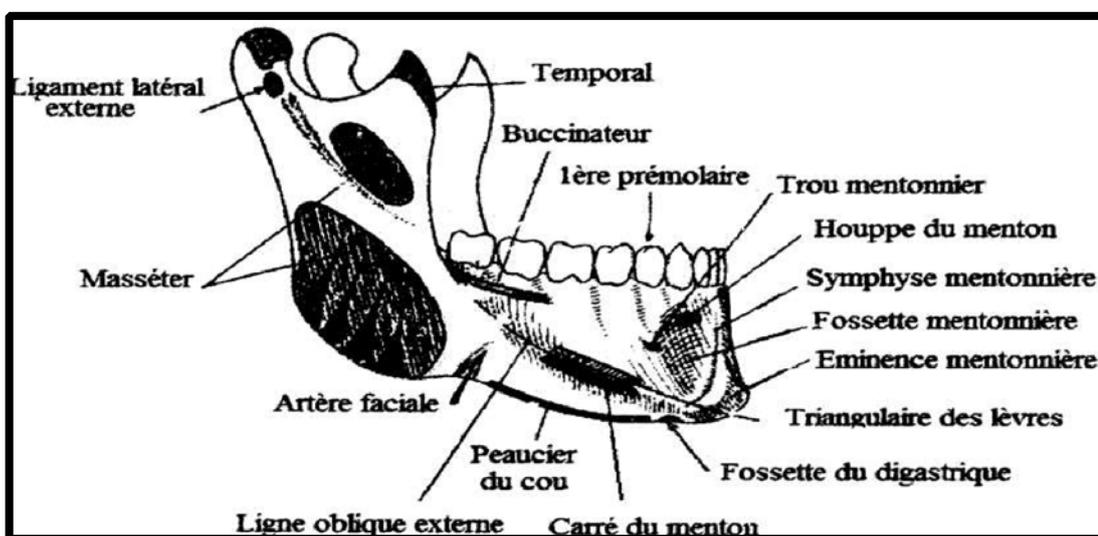


Figure 43 : Une vue latérale de la mandibule

2. Une face postérieure ou buccale : concave, elle présente :

- De part et d'autre de la ligne médiane deux petites saillies superposées ce sont les apophyses géni supérieures et inférieures (deux à droite et deux à gauche), les deux supérieures donnent insertion au muscle génio-glosse, les deux inférieures donnent insertion au muscle génio-hyoïdien.
- De part et d'autre des apophyses géni, une crête correspondant à la ligne oblique interne ou ligne mylo-hyoïdienne qui se dirige en haut et en arrière, pour se terminer sur la lèvre médiale du bord antérieur de la branche montante. Elle donne insertion au muscle mylohyoïdien.
- Au-dessous de la ligne mylo-hyoïdienne se trouve le sillon mylo-hyoïdien qui loge les vaisseaux et nerfs mylo-hyoïdiens.
- La ligne oblique divise la face postérieure en deux champs :
 - Supérieur, présente une excavation appelée : fossette sublinguale en rapport avec la face antérieure de la glande sublinguale (sous-linguale).
 - Inférieur, présente une dépression appelée : fossette sub-mandibulaire, en rapport avec la glande sub-mandibulaire (sous-maxillaire).

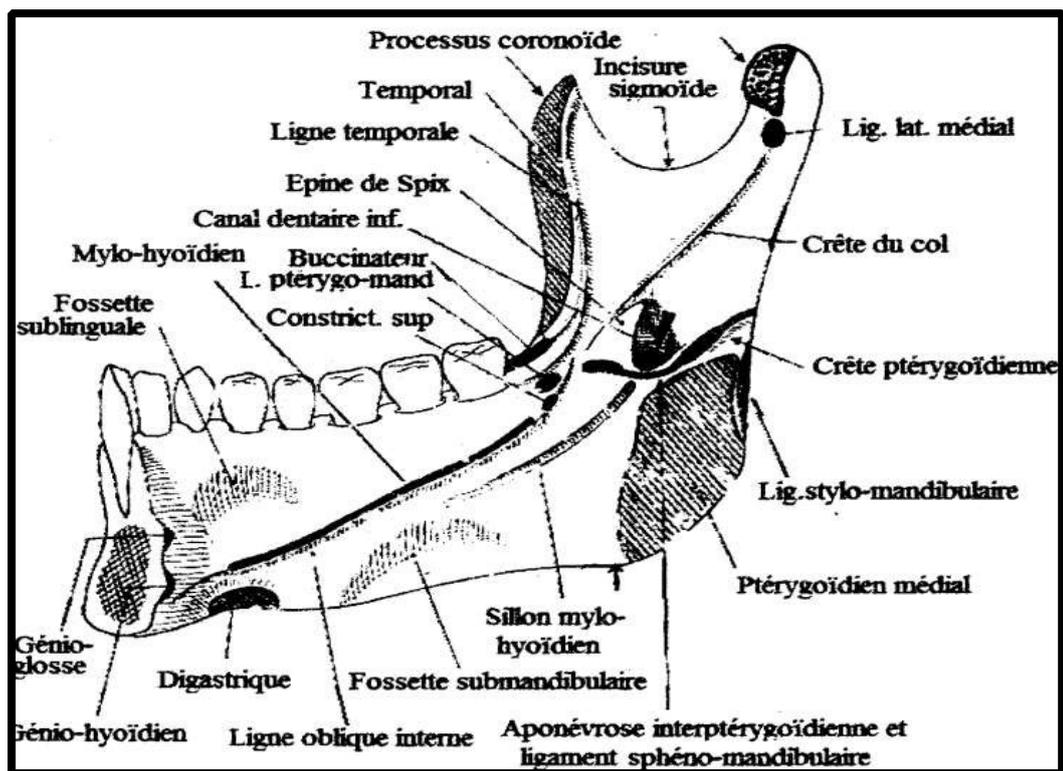


Figure 44 : Vue médiane de la mandibule.

3. Un bord supérieur ou alvéolaire : épais, creusé de cavités, destinées aux racines des dents, appelées alvéoles, ces dernières sont séparées par des cloisons inter alvéolaires (Septums inter alvéolaires)

4. Un bord inférieur : épais, moussu et sous-cutané. Il présente en dehors de la ligne médiane une dépression = fossette du digastrique où s'insère le ventre antérieur du muscle digastrique.

b. LES BRANCHES MONTANTES :

Ce sont des lames osseuses rectangulaires, aplaties transversalement qui se détachent des extrémités postérieures du corps.

Elles présentent deux faces, quatre bords, et deux apophyses.

1. Face latérale :

Présente dans sa partie inférieure des crêtes rugueuses qui donnent insertion aux lames tendineuses du masséter.

2. Face médiale :

Présente :

- à sa partie inférieure des crêtes rugueuses qui donnent insertion au muscle ptérygoïdien médial
 - à sa partie moyenne, orifice d'entrée du canal dentaire inférieur, qui donne accès aux vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs. Cet orifice est limité en avant par un relief triangulaire en pointe = épine de spix ou lingula qui donne insertion au ligament sphéno-mandibulaire. En arrière de l'orifice du canal dentaire se trouve souvent une petite saillie: lantilingula.
1. Le bord antérieur : Il est limité par deux lèvres, latérale et médiale, cette dernière se continue vers le haut, jusqu'à la face médiale de l'apophyse coronoïde, par la crête temporale. Ces deux lèvres donnent insertion au muscle temporal.
 2. Le bord postérieur : épais, mousse, donne insertion au-dessus de son extrémité inférieure au ligament stylo-mandibulaire
 3. bord inférieur : se continue en avant par le bord inférieur du corps de la mandibule, il forme avec le bord postérieur l'angle de la mâchoire ou gonion. Il est marqué en avant par une dépression en rapport avec le passage de l'artère faciale.
 4. Le bord supérieur = incisure ou échancrure sigmoïde : mince et tranchant concave en haut, il présente deux saillies :
 - Antérieure appelée processus coronoïde.
 - Postérieure appelée condyle.

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

L'échancrure sigmoïde fait communiquer les régions massétérine et zygomatique, elle livre passage aux vaisseaux et nerfs massétéris.

- a) Le condyle : c'est une éminence oblongue, son grand axe est dirigé de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière, il constitue l'extrémité supéropostérieure de l'os. Il est supporté par une partie rétrécie = col du condyle.
- b) L'apophyse coronoïde ou coroné : C'est une lame osseuse triangulaire présentant :
- une face latérale, lisse
 - une face médiale marquée par la crête temporale
 - un bord antérieur – un bord postérieur – un sommet, supérieur.
- c) LE CANAL DENTAIRE INFÉRIEUR :

L'os mandibulaire est formé dans son ensemble de deux couches d'os compact appelées : table externe et table interne qui entourent le tissu spongieux.

Il est parcouru par le canal dentaire inférieur depuis l'épine de spix jusqu'au foramen mentonnier, ce canal loge les vaisseaux et nerfs alvéolaires inférieurs.

- d) Vascularisation et innervation[68] :

La vascularisation artérielle de la mandibule est assurée par l'artère alvéolaire inférieure, branche collatérale de l'artère maxillaire, elle-même branche terminale de l'artère carotide externe.

C'est une vascularisation du type termino-terminal.

Le sang veineux de la mandibule est recueilli et drainé par les veines maxillaires vers la veine faciale et la veine jugulaire externe.

La mandibule est innervée par le nerf alvéolaire inférieur.

Branche terminale du nerf mandibulaire, il naît dans la fosse infra-temporale et chemine entre les muscles ptérygoïdiens médial et latéral.

Il pénètre par le foramen mandibulaire dans le canal mandibulaire qu'il parcourt jusqu'au foramen mentonnier et devient nerf mentonnier et innerve les téguments du menton, la muqueuse et la peau de la lèvre inférieure.

Il donne des branches collatérales : le nerf mylo-hyoïdien qui donne des rameaux dentaires pour les prémolaires et les molaires qui rejoignent le plexus dentaire inférieur constitué par les rameaux alvéolaires inférieurs.

1.3. le maxillaire[64], [68] :

C'est un os pair, il forme avec celui du côté opposé le squelette de la mâchoire supérieure (étage moyen de la face), creusé par une cavité aérique :

Le sinus maxillaire-

Ce qui explique le risque d'une communication bucco-sinusienne ou d'une communication bucco-nasale après exérèse des kystes volumineux des maxillaires.

Il présente à décrire : deux faces et quatre bords.

A. LES FACES

1. Face latérale (externe) :

Présente le long de son bord inférieur des saillies verticales = jugums alvéolaires (répondent aux racines des dents), la plus marquée est celle de la canine appelée bosse canine. En dedans de la bosse canine se trouve la fossette myrtiliforme où s'insère le muscle myrtiliforme. Cette face est centrée par le processus zygomatique du maxillaire (apophyse pyramidale)

Le processus zygomatique du maxillaire (apophyse pyramidale) : il a la forme d'une pyramide triangulaire, à sommet tronqué s'articulant avec l'os malaire. Il présente trois faces : supérieure ou orbitaire, antérieure ou faciale et infra-temporale ou ptérygo-palatine postérieure ; trois bords : antérieur, postérieur et inférieur et une base (occupant les $\frac{3}{4}$ supérieurs de la face latérale de l'os).

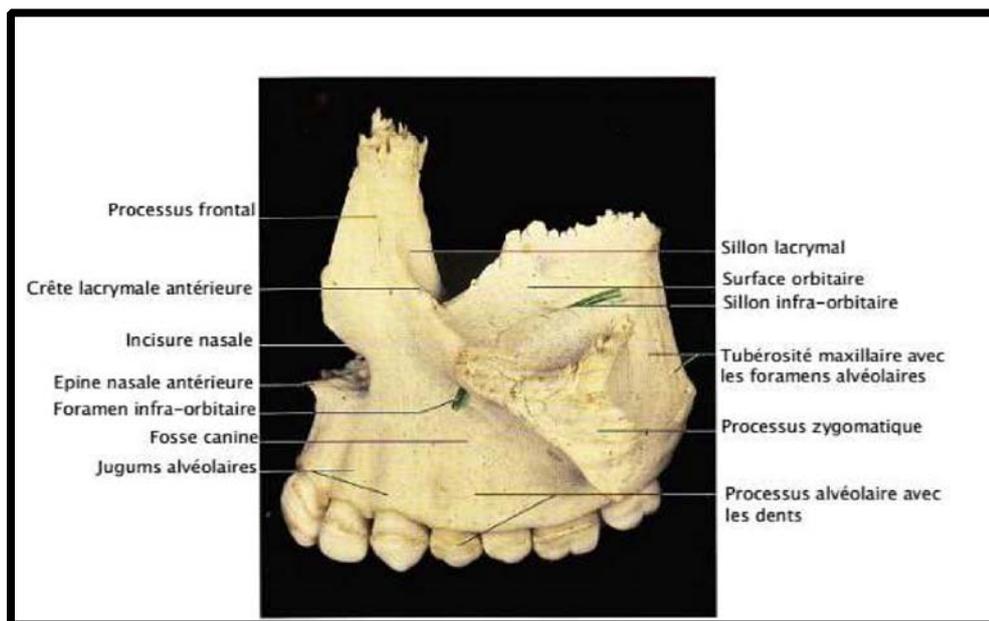


Figure 45 : face latérale de l'os maxillaire

2. La face médiane (interne):

Elle porte à l'union de ses trois quarts supérieurs et de son quart inférieur une lame horizontale = processus palatin (apophyse palatine), qui s'articule sur la ligne médiane avec son homologue du côté opposé, constituant la partie antérieure du palais osseux.

La portion de la face médiate située au-dessus du processus palatin appartient à la cavité nasale (paroi latérale des fosses nasales), celle qui se trouve au-dessous à la cavité orale :

b) Partie supérieure ou nasale :

Ordonne ses éléments autour du hiatus maxillaire. En arrière de ce hiatus, elle s'articule avec la lame perpendiculaire de l'os palatin.

Elle est parcourue par un sillon oblique en bas et en avant : le sillon grand palatin (gouttière du canal palatin postérieur) lequel en s'associant à son homologue, présent sur l'os palatin, forme le canal grand palatin (canal palatin postérieur).

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

En avant de l'orifice du sinus se trouve le sillon lacrymal (gouttière lacrymale), dont le bord postérieur est formé par le bord antérieur du hiatus maxillaire qui se recourbe en avant en une lamelle osseuse = concha lacrymalis

De l'extrémité inférieure de la lèvre antérieure du sillon lacrymal part une crête oblique = crête conchale (crête turbinale inférieure) articulaire avec l'extrémité antérieure du cornet nasal inférieur.

Au-dessus de l'orifice sinusien se trouvent 2 ou 3 demi-cellules maxillaires, complétées par celles de la face inférieure du labyrinthe ethmoïdal.

Le hiatus maxillaire : de forme triangulaire à base supérieure, il fait communiquer la cavité nasale avec le sinus maxillaire. Le bord inférieur de cet orifice se continue en bas et en arrière au-delà du sommet, inférieur, par la fissure palatine qui reçoit une mince lame osseuse de l'os palatin.

c) partie inférieure = buccale :

elle s'intercale entre l'apophyse palatine en haut et le bord inférieur alvéolaire en bas, elle est concave.

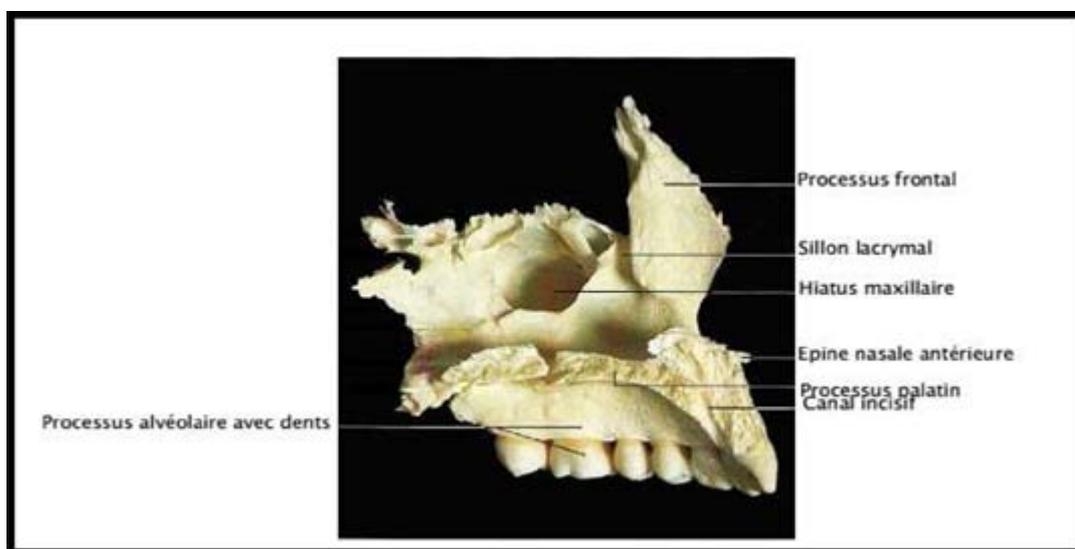


Figure 46 : Vue médiane de l'os maxillaire

Le processus palatin (apophyse palatine) : c'est une lame osseuse horizontale, aplatie de haut en bas, triangulaire, à sommet antérieur. Elle présente deux faces et trois bords et correspond à une grande partie de la cloison bucco-nasale.

B. LES BORDS :

a) Le bord antérieur :

- Son 1/3 supérieur s'articule avec l'os nasal correspondant
- Son tiers moyen forme l'incisure nasale (échancrure nasale) qui forme avec celle du côté opposé l'orifice antérieur des fosses nasales
- Son 1/3 inférieur s'articule avec celui du côté opposé pour former la symphyse maxillaire.

b) Le bord inférieur ou bord alvéolaire : concave médialement et en arrière, il forme avec celui du côté opposé l'arcade dentaire supérieure. Il est creusé d'alvéoles qui logent les racines des dents.

c) Le bord supérieur : situé sur la paroi médiale de la cavité orbitaire, il présente une incisure correspondant au sillon lacrymal. Il s'articule d'avant en arrière avec l'os lacrymal (unguis) et la lame orbitaire (os planum) du labyrinthe ethmoïdal, de son extrémité antérieure s'élève le processus frontal (apophyse montante).

Le processus frontal : c'est une lame osseuse, verticale, monte jusqu'au bord nasal de l'os frontal, entre l'os nasal (os propre du nez) en avant et l'os lacrymal en arrière.

Il présente :

- une face latérale ou cutanée
- une face médiale ou nasale
- Son bord antérieur s'articule avec l'os nasal
- Son bord postérieur s'articule avec l'os lacrymal

- Son sommet s'articule avec l'incisure nasale de l'os frontal.

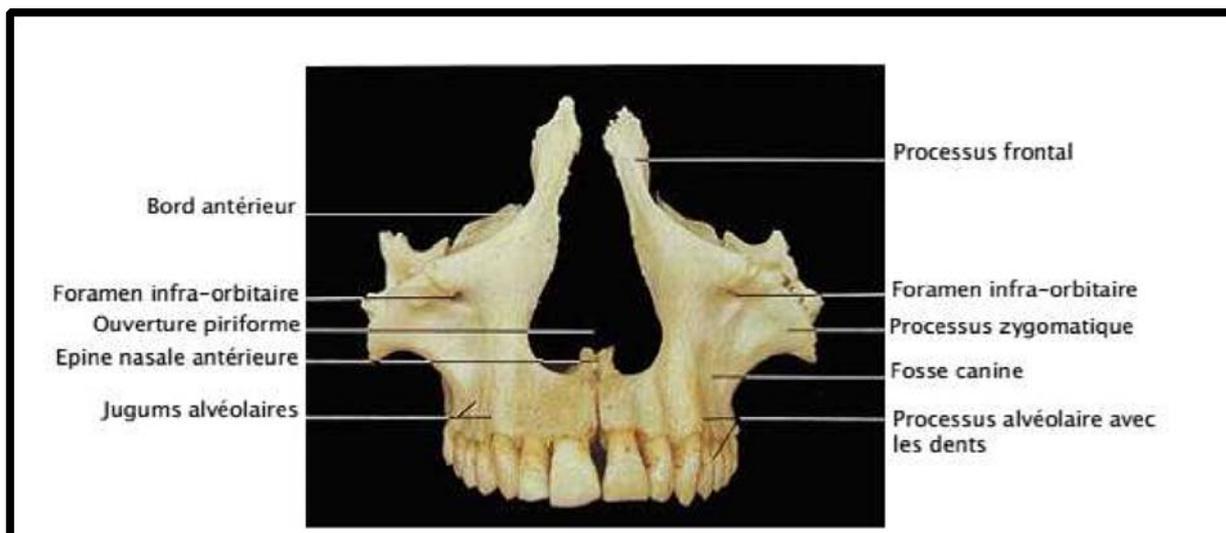


Figure 47 : montrant une vue antérieure des deux maxillaires.

- d) Le bord postérieur : il est épais, appartient à la tubérosité maxillaire, il présente à son extrémité supérieure une surface rugueuse = trigone palatin (s'articule avec l'apophyse orbitaire du palatin) et à son extrémité inférieure une surface rugueuse qui répond à l'apophyse pyramidale de ce même os.

La partie située entre les deux surfaces constitue la paroi antérieure de la fosse ptérygo-palatine (arrière fond de la fosse ptérygo-maxillaire).

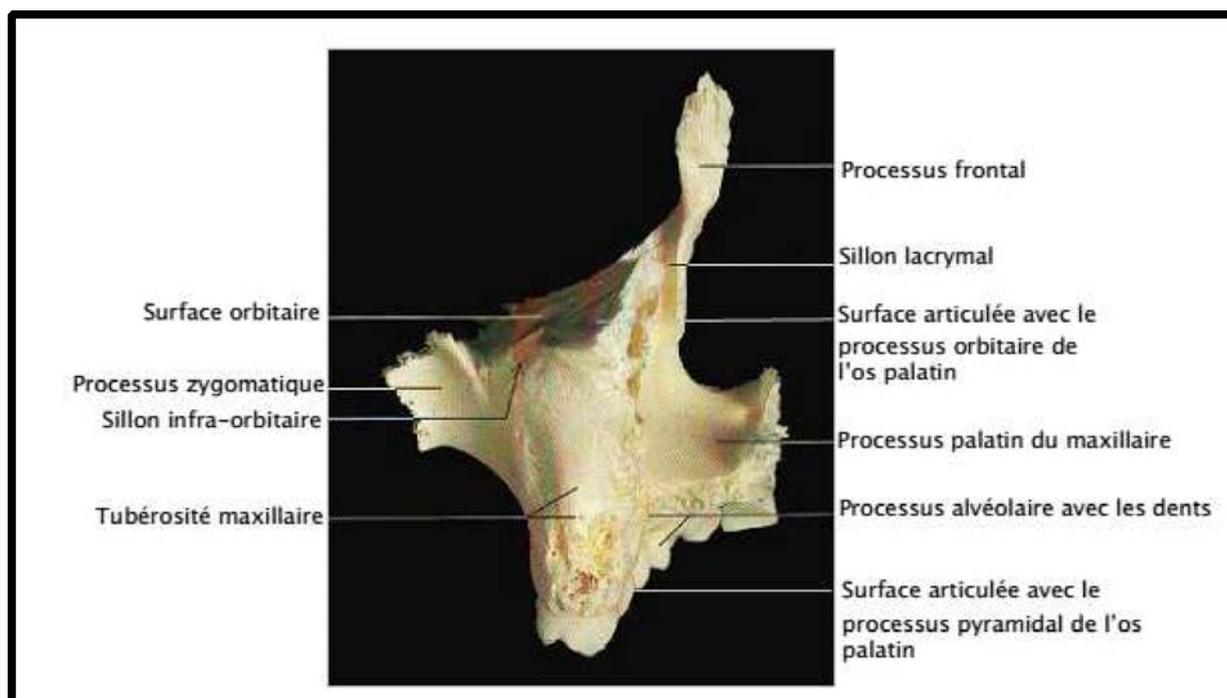


Figure 48 : Vue postérieure de l'os maxillaire

C. Le sinus maxillaire :

Le sinus maxillaire = cavité pneumatique creusée dans le maxillaire. Il est pair et symétrique.

Il a la forme d'une pyramide triangulaire à trois parois : antérieure, postérieure et supérieure ; la base s'ouvre dans la fosse nasale par le hiatus maxillaire.

Son sommet, latéral, correspond au processus zygomaticue du maxillaire.

La paroi antérieure constitue la voie d'abord du sinus maxillaire (intervention de Caldwell Luc).

La base est dénommée : cloison inter-sinuso-nasale (moitié inférieure de la paroi latérale de la cavité nasale, en regard du cornet nasal inférieur)

La face postérieure répond à la fosse infra-temporale.

Le hiatus maxillaire est réduit en ostium de petite taille, situé à la partie supérieure de la face médiale, par :

- la lame perpendiculaire de l'os palatin en arrière
- l'os ethmoïde en haut
- le cornet nasal inférieur en bas.

L'ostium du sinus maxillaire débouche dans la partie antérieure du méat nasal moyen.

La cavité sinusienne descend nettement au-dessous de la limite inférieure de l'orifice, elle déborde beaucoup plus en arrière qu'en avant. Certains alvéoles dentaires, surtout celui de la canine, peuvent s'ouvrir dans le sinus, le sommet de la canine est alors libre dans la cavité sinusienne.

D. Vascularisation et innervation[68] :

La vascularisation artérielle du maxillaire est assurée par les artères alvéolaires supéro-postérieure et infra-orbitaire ; branches collatérales de l'artère maxillaire.

La vascularisation veineuse est tributaire des veines maxillaires, elles naissent du plexus ptérygoïdien, accompagnent l'artère maxillaire et acheminent le sang vers la jugulaire externe.

Le maxillaire est innervé par trois branches collatérales du nerf maxillaire :

- Le nerf alvéolaire supéro-postérieur, naît dans la fosse ptérygoïdien et pénètre dans la fosse infra-postérieure. Il chemine sous la muqueuse du sinus maxillaire où il se divise en plusieurs rameaux alvéolaires supéro-postérieurs
- Le nerf alvéolaire supéro-moyen prend naissance dans le sillon infra orbitaire et se dirige dans la paroi latérale du sinus maxillaire. Il se termine en un rameau supéro-moyen.
- Le nerf alvéolaire supéro-antérieur naît dans le canal infra-orbitaire et se dirige dans la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis se divise en rameaux alvéolaires

supéro-antérieurs Les rameaux alvéolaires supéro-postérieur, supéro-moyen et supéro-antérieur participent à la constitution du plexus dentaire supérieur.

1.4. La dent

A. Embryologie de la dent[69], [70] :

Le développement embryologique de chaque bourgeon dentaire résulte d'interactions entre la lame dentaire, invagination de l'épithélium buccal primitif, et l'ectomésenchyme, tissu conjonctif colonisé par des cellules nées des crêtes du nerf trijumeau, et ayant migré dans les ébauches maxillaires et mandibulaires.

Sous l'induction de l'ectomésenchyme, l'organe de l'émail naît de la lame dentaire chez l'embryon de 60 mm et est responsable de la formation de l'émail. Il comporte 4 assises cellulaires dont les zones de réflexion périphériques sont à l'origine de la future gaine d'Hertwig .Les préaméloblastes induisent en retour, dans la papille dentaire mésenchymateuse, la différenciation des fibroblastes de surface en odontoblastes, responsables de la formation de dentine.

Par ailleurs, les crêtes d'Hertwig influencent l'édification de la dentine au niveau radiculaire. La sécrétion de la dentine provoque le stimulus nécessaire à la maturation des préaméloblastes en améloblastes, lesquels sécrètent de l'émail à la surface de la dentine dans l'aire coronaire. Les cémentoblastes apparaissent en périphérie de la racine et sécrètent le cément après désagrégation des crêtes d'Hertwig en débris épithéliaux de Malassez ; ces derniers persisteront dans le ligament périodontal. La papille mésenchymateuse devient la pulpe dentaire bordée en périphérie d'odontoblastes fonctionnels. Les interactions entre les différentes parties du germe dentaire normal et leur morphologie sont reproduites à plus ou moins grande échelle dans la plupart des tumeurs odontogéniques.

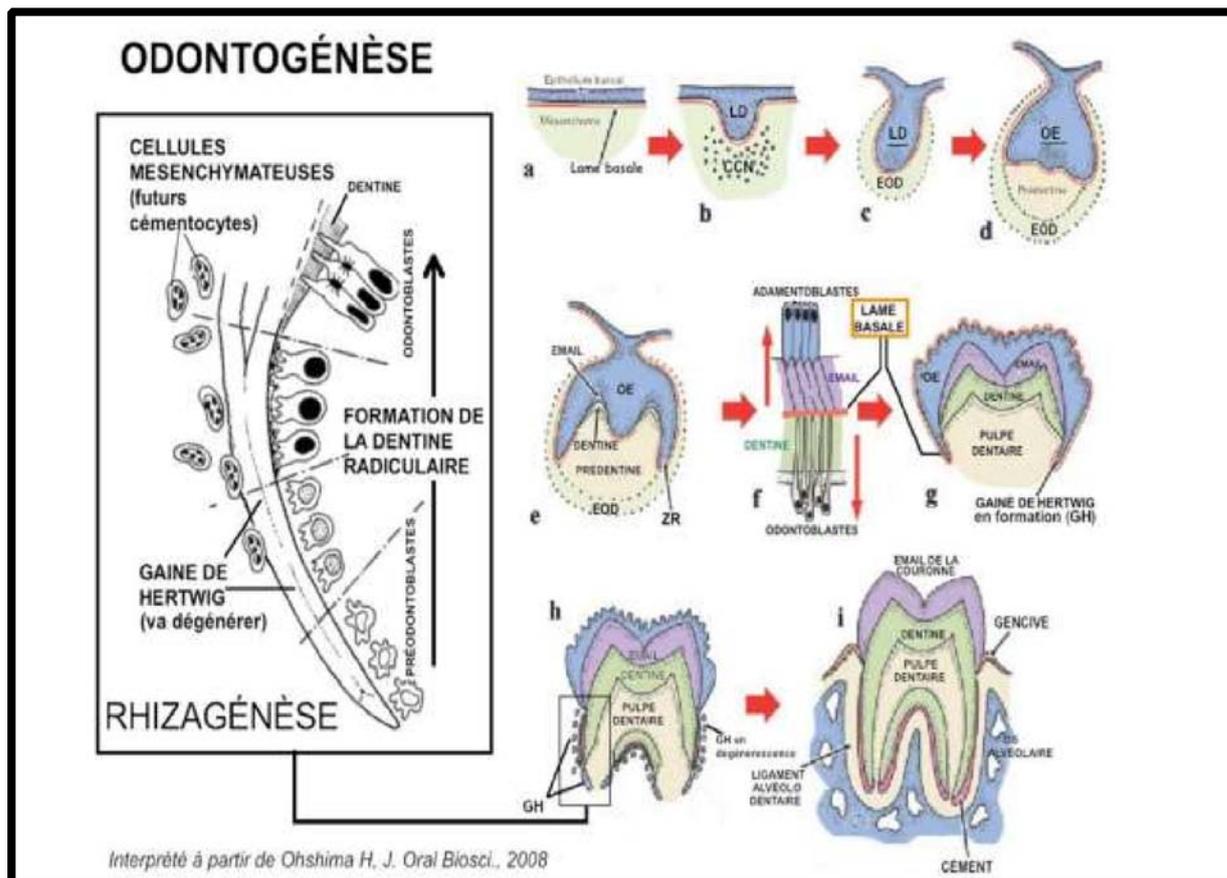


Figure 49 : Embryologie de la dent [71]

- A : vers la 6ème semaine de la vie intra-utérine : formation de la LD
- B : 8ème semaine de la vie intra-utérine : formation de l'OE
- C : 10ème semaine de vie intra utérine : début différenciation des adamantoblastes
- D : 16ème semaine de la vie intra utérine : sécrétion de la prédentine et formation de l'os alvéolaire du maxillaire
- E : semaines qui entourent la naissance : fin différenciation des adamantoblastes et sécrétion de l'émail
- F : à partir du 6ème mois après la naissance : rhizagénèse puis 1ère dentition
- G : de l'enfance à la fin de l'adolescence : 2ème dentition I : dent normale
- LD : lame dentaire EOD : épithélium odontoblastique unistratifié
- OE : organe de l'émail CCN : cellules issues de la crête neurale ZR : zone de réflexion
- GH : gaine de Hertwig

B. Caractères généraux

Les dents sont des organes de consistance dure, de coloration blanche, implantées sur les bords alvéolaires des maxillaires. Deux séries de dents se succèdent au cours de la vie : les dents temporaires ou dents de lait, et les dents définitives ou dents permanentes. La transition dents de lait dents permanentes est appelée dentition mixte. La dentition temporaire ou dents de lait apparaît entre 6 mois et 30 mois. A 3 ans en général, la dentition lactéale est complète et comprend 20 dents.

La dentition mixte correspond à la cohabitation entre dents de lait et dents permanentes.

Elle correspond à la période de 6 ans à 12 ans. La dentition permanente ou dentition définitive est formée de 32 dents. Chaque dent est composée de trois parties.

La racine incluse dans l'alvéole, la couronne qui fait saillie hors du bord alvéolaire, le collet par lequel la racine s'unit à la couronne. La dent est creusée d'une cavité centrale, appelée cavité pulpaire. La cavité pulpaire contient la pulpe de la dent, composée d'un tissu conjonctif rougeâtre et d'une ramification de vaisseaux et de nerfs. La cavité pulpaire est entourée par une substance dure, de couleur jaune appelée dentine ou ivoire. L'ivoire est lui-même recouvert sur la couronne par un tissu transparent, plus dur encore appelé l'émail. Sur la racine, l'ivoire est recouvert par un tissu résistant, jaune opaque appelé le ciment. L'odonte constitue la structure propre de la dent (émail, ivoire, pulpe).

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent (gencive, désmodonte, ciment)



ANNEXE



Fiche d'exploitation (Annexe)

Les tumeurs des maxillaires et dents retenues

I. Identité

1. N ° d'entrée

2. Nom et prénom

3. Age

≤10ans 11-20ans 21-30ans 31-40ans >40 ans

4. Sexe

Masculin Féminin

5. Niveau socio économique

Bas Moyen Haut

II. Motif de consultation

.....

III. Antécédents:

1. Personnels

a. Médicaux : Oui Non

.....

b. Chirurgicaux: Oui Non

.....

.....

.....

c.Toxico-allergiques :

Tabac Oui Non Sevré

Alcool Oui Non Sevré

Allergie Oui Non

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Autres

2. Familiaux

Oui Non

.....

IV. Symptomatologie clinique

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

Les signes fonctionnels

Tuméfaction Oui Non

Signes dentaires : Oui Non

Douleur Oui Non

Déplacement Oui Non

Chute Oui Non

Mobilité Oui Non

Autres

Le mode évolutif : Rapide Lent

V. Examen clinique

Examen facial

Inspection : Tuméfaction Oui Siège Non
Droite Gauche Bilatérale

Inflammation Oui Non

Ulcération Oui Non

Fistulisation Oui Non

Autres

Palpation : Taille : < 2 cm 2 - 4 cm > 4 cm

Consistance Dure Ferme

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

Douleur Oui Non

Mobilité Mobile Fixe

Limites Régulières Irrégulières Non précisées

Examen Muqueuse : Normal Inflammatoire Ulcération

Fistule

Endobuccal : Tuméfaction Oui Non

Jugale Gingivale Palatine Vestibulaire

Signes dentaires

Mobilitté dentaires

Oui Non

Déplacements dentaires

Oui Non

Perte de dentition

Oui Non

Etat buccodentaire

Bon Mauvais Non précisé

Autre

Le reste de l'examen ORL :

Rhinoscopie

.....

L'examen otologique

.....

L'examen cervical

ADP Oui Non

Siège

Examen ophtalmologique :

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

.....
Examen général :
.....

VI. Examens para cliniques :

Radiologie standard : Rx panoramique dentaire
.....

Autres incidences

Radiologie numérisée
.....

..... TDM
.....

Faciale

Biopsie Faite Non faite

Nature histologique
.....

VII. Données pré-thérapeutiques :

Bilan biologique : NFS GAJ Bilan d'hémostase fonction rénale

Bilan radiologique : ECG Rx thorax

Etat général OMS : 0 1 2 3 4

Traitement médical : Antibiotique Bain de bouche

Visite du dentiste ; Faite Non faite

VIII. Données thérapeutiques :

Chirurgie Type d'anesthésie :

Type de chirurgie : Conservatrice Elargie Abord chirurgicale :

Tumeurs des maxillaires et dents retenues.

.....
Technique opératoire :

Radiothérapie :

IX. Examen histologique de la pièce opératoire :

..... X. Surveillance :

Suites opératoires : Bonnes Complications :

.....
Recul

.....
Récidive : Oui Non Délai :

.....
Traitement :



BIBLIOGRAPHIE



1. **E. Kpemissi, B. Amana, et K. Tchandana,**
« Tumeurs mandibulaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques a propos de 91 cas. »
Mali Med, 2009
2. **M. Elarbi, R. El-Gehani, K. Subhashraj, et M. Orafi,**
« Orofacial tumors in Libyan children and adolescents. A descriptive study of 213 cases », *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 73, n° 2, p. 237-242, févr. 2009
3. **E. Tagba, A. Sy, et M. Ndiaye,**
« Aspects diagnostiques et résultats du traitement chirurgical des tumeurs maxillomandibulaires : à propos de 23 cas »,
Journal Africain du cancer p. 228-234, nov. 2014
4. **[4] Janah A, Saidi A, Bourjilat M, Benhaddou A, Chekkouri I.A,**
Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. Corrélations anatomo-radiologiques. *Mag Méd.* 2001 ; 21 (359) : 346-348.
5. **AHN.RAKOTOARISOTA, AE. RAKOTOARIVONY, RMJ.RASAFINDRAKOKO**
Tumeurs et kystes odontogènes observés au CHU d'Antananarivo de janvier 2006 à mars 2008
Revue d'odonto stomatologie malgache en ligne ; volume 7 : pages 32-40
6. **J. Kovi et W. N. Laing,**
Tumors of the mandible and maxilla. *Cancer.* 1966 ; 19 : 1301-1307.
7. **Lakouichmi M, RACHID L.**
"Les tumeurs bénignes du maxillaire."
Thèse doctorat en médecine, Marrakech, 2018 n° 09
8. **Abdenmour S, Benhalima H,**
« Les tumeurs odontogènes bénignes : analyse épidémiologique de 97 cas dans la population algérienne », *EM-Consulte*; 2013; Elsevier Masson SAS.
9. **O. G. Dodge,**
« Tumors of the jaw, odontogenic tissues and maxillary antrum (excluding burkitt lymphoma) in Uganda Africans », *Cancer* 1965 ; 18 : 205-215.
10. **C. E. Anyanechi et B. D. Saheeb,**
« A review of 156 odontogenic tumours in Calabar, Nigeria », *Ghana Medical Journal* (2014) volume 48, Number 3
11. **R. L. Avelar, A. A. Antunes, T. de Santana Santos, E. S. de Souza Andrade, et E. Dourado,**
« Odontogenic tumors : clinical and pathology study of 238 cases », *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008 ; 74 (5) : 668-673
12. **G. E. Parkins, G. A. Armah, et Y. Tettey,**
« Orofacial tumours and tumour-like lesions in Ghana : a 6-year prospective study »,
Br J Oral Maxillofac Surg. 2008 : 1-5.

13. **O.LOMPO,**
Les tumeurs bénignes et kystes maxillo-mandibulaires aux CHU-YO au Burkina Faso et au CNHU-HKM au Bénin : aspects épidémiologiques, cliniques thérapeutiques et évolutifs Thèse doctorat en médecine, Bénin, 2012 n° 043.
14. **M. M. Bornstein, A. Filippi, H. Jörg, J. T. Lambrecht, et D. Buser,**
« Le kératokyste odontogène: kyste odontogène ou tumeur bénigne? »,
Rev Mens Suisse Odontostomatol 2005 ; 115(2) :123-8.
15. **C. Guérin, A. Andrieux, et A. Lagarde,**
« Classification OMS (1992) et traitement des tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires ».
1962-2021, France, 2003.
16. **MANSOURI HATAB N, NAIT M'BAREK S,**
KIT D'AUTO-ENSEIGNEMENT DES TUMEURS MAXILLAIRES : A propos de 35 cas. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine 2010.
17. **Jebblaoui Y, Ben naji N, Haddad S, Ouertatani L, Hchicha S,**
« Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie »,
EM-Consulte. Rev Stomatolo Chir Maxillofac. 2007 ; 108 : 419-423
18. **BA B, Keita K, Coulibaly A,**
Les améloblastomes des maxillaires au CHU d'Odontostomatologie de Bamako.
19. **O. Bouanani, B. Dani, S. Benazzou, et M. Boulaadas,**
« Benign Tumors of the Maxillary Bones (About 30 Cases) »,
Sch. J. Appl. Med. Sci., vol. 8 nov. 2020.
20. **Gassama BC et al,**
« Aspects cliniques et diagnostiques des tumeurs BÉNIGNES de la muqueuse buccale : à propos de 60 cas colligés de l'hôpital générale de Grand-Yoff de Dakar »,
BA A, vol. 26, 2019.
21. **Mohamed A. Tawfik, Manal M. Zyada,**
« Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt : analysis of 82 cases – PubMed ».
Surg Oral Med Oral Patho Oral RadiolEndod 2010 ; 109 : e67-e73.
22. **B. S. M. S. Siriwardena, T. M. P. B. Tennakoon, et W. M. Tilakaratne,**
« Relative frequency of odontogenic tumors in Sri Lanka : Analysis of 1677 cases »,
Pathology- Research an Practice 208 (2012) 225-230.
23. **S. Nitassi, M. Boulaadass, I. Tobi, L. Essakali, et M. Kzadri,**
« Améloblastome : diagnostic et traitement. A propos de 26 cas »,
Médecine buccale Chirurgie Buccale 2009, volume 15, n°2, page 93-99
24. **B. Ruhin-Poncet, A. Bouattour, A. Picard, P. Menard, F. Capron, et J.-C. Bertrand,**
« Améloblastomes des mâchoires. Analyse rétrospective de 1994 à 2007. »
*RevStomatol Chir Maxillofac*2011 ; 112:269-279

25. **Martin-duverneuil N, Sahli-Amor N, Chiras J.**
Imagerie tumorale odontogénique des maxillaires. *J radiol* 2009 ; 90:60-649.
26. **G. Teman, A. Lacan, M. Suissa, L. Sarazin**
« Stratégie des explorations en imagerie maxillofaciale »,
Médecine buccale, 2008 Elsevier Masson SAS.
27. **Raybaud H, S. Journeaux,**
« La radiographie panoramique dans le dépistage des lésions bucco-dentaires : étude rétrospective au CHU de Nice ».
Thèse doctorat en chirurgie dentaire, France, 2017 n° 42-57-17-37
28. **M. Lakouichmi, Kissa N,**
« Les tumeurs bénignes de la mandibule » ;
Thèse doctorat en médecine, Marrakech, 2020 n° 053
29. **Hamama J, Abouchadi A, Nassih M,**
« Prise en charge chirurgicale des améloblastomes mandibulaires : à propos d'une série de 14 cas | Cas clinique ».
30. **G. Pasquet et R. Cavezian,**
« Moyens diagnostiques en imagerie odonto-stomatologique cone beam : résultats », *J. Radiol.*, vol. 90, n° 5, Part 2, p. 618-623, mai 2009.
31. **Bourgeois S.F.,**
« Tumeurs maxillo-mandibulaires ».
Université médicale virtuelle francophone, 2010-2011.
32. **K.ELNaggar, K.C Chan, R.Grandis, T.Takata, J.Slootweg,**
WHO classification of head and neck tumors .IARCPress Lyon 2017 ; pp203-260
33. **Sarradin V, Siegfried A, Uro coste E, Delord JP,**
« Classification de l'OMS 2017 des tumeurs de la tête et du cou : principales nouveautés et mise à jour des méthodes diagnostiques », *Elsevier Masson SAS*.
34. **A. Faure, C. Dufour, et A. Ltaief-Boudrigua,**
« Tumeurs et pseudotumeurs maxillo-mandibulaires : revue iconographique et aide à l'orientation diagnostique », *J. Imag. Diagn. Interv.*, vol. 4, p. 260-282, sept. 2021.
35. **Casamajor P, Descroix V,**
La prescription ciblée en odontologie. 1997.
36. **L. Vazel, G. Potard, C. Martins-Carvalho, M. LeGuyader, N. Marchadour, et R. Marianowski,**
« Intubation : technique, indication, surveillance, complications », *EMC - Oto-Rhino-Laryngol.*, vol. 1, n° 1, p. 22-34, févr. 2004.
37. **Favre-Dauvergne E, Guilbert F.**
« Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires »,
E.M.C. Stomatologie 1. 2005 : 42-49

38. **Bousofara M, Raucoules–Aimé M,**
« Place de la prémédication en anesthésie »,
E.M.C. 2018 : Elsevier Masson SAS.
39. **D. Reyes, J. Villanueva, S. Espinosa, et M. Cornejo,**
« Odontogenic calcific cystic tumor : A report of two clinical cases »,
Med Oral Patol Oral Cir Bucal.2006.
40. **A. Pernot,**
« Origines des troubles de la sensibilité labio–mentonnière et conduite à tenir ». *Science du vivant* ; HAL open science 01770762 ; 2015.
41. **Marandas P,**
« Cancers des voies aéro–digestives supérieures Données actuelles ». Elsevier Masson 2004.
42. **A. El Kohen, A. Benjelloun, L. Benchekroun, A. Lazrak, N. Jazouli, et M. Kzadri,**
« Les reconstructions mandibulaires : évolution des techniques opératoires à propos de 22 cas », *Rev. Stomat. Chir. Maxillofac.*, 2004 ; 105, 6 ; 347–353
43. **E. T. ADEBAYO, B. FOMETE, S. O. AJIKE**
Spontaneous bone regeneration following mandibular resection for odontogenic myxoma *Annals of African Medicine* 2012, vol 11, Issue : 3, p : 182–185
44. **M. Mesa,**
« Réhabilitation implantaire sur lambeaux libres osseux de fibula: apport de la chirurgie implantaire guidée ». HAL ; Médecine humaine et pathologie. 2017.
45. **J. Ferri, B. Piot, B. Ruhin, et J. Mercier,**
« Advantages and limitations of the fibula free flap in mandibular reconstruction »,
46. **J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc.**
Oral Maxillofac. Surg., vol. 55, n° 5, p. 440-448 ; discussion 448–449, mai 1997,
47. **C. Landric,**
« La reconstruction par lambeau libre de Fibula: réhabilitation implanto–prothétique: revue de littérature et étude clinique ». HAL ; Chirurgie. 2016
48. **J. Pauchot, J. Lachat, F. Floret, J.–M. Badet, L. Tavernier, et S. Aubry,** « Reconstruction de la mandibule par lambeau libre de péroné assistée par une maquette tridimensionnelle : note technique. *Revue de la littérature des techniques de CAO et FAO appliquées à la reconstruction mandibulaire* », *Rev. Stomatol. Chir. Maxillo–Faciale Chir. Orale*, vol. 114, n° 4, p. 269-275, sept. 2013.
49. **Bak M , S Jacobson A, Buchbinder D, L Urken M,**
« Contemporary reconstruction of the mandible».

50. **J. Braga-Silva, M. R. O. Jaeger, et P. P. S. Favalli,**
« Reconstruction mandibulaire : les lambeaux microchirurgicaux de crête iliaque et péroné », *Ann. Chir. Plast. Esthét.*, vol. 50, n° 1, p. 49-55, févr. 2005.
51. **E. Bartaire et al.,**
« Évaluation morphologique des reconstructions chirurgicales mandibulaires par lambeau libre de fibula et de la gêne fonctionnelle sur le site donneur : à propos de 23 patients », *Ann. Fr. Oto-Rhino-Laryngol. Pathol. Cervico-Faciale*, vol. 129, n° 5, p. 274-281, oct. 2012.
52. **R. R. Schmoker,**
« Mandibular reconstruction using a special plate : Animal experiments and clinical application », *J. Maxillofac. Surg.*, vol. 11, p. 99-106, janv. 1983.
53. **Paoli J.R, Lopez R, Jalbert F, Boutault F,**
« Reconstruction chirurgicale des pertes de substances mandibulaires acquises », EMC, Médecine Buccale 28-510-V-10, 2008
54. **T. Schlieve, W. Hull, M. Miloro, et A. Kolokythas,**
« Is immediate reconstruction of the mandible with nonvascularized bone graft following resection of benign pathology a viable treatment option? », *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.*, vol. 73, n° 3, p. 541-549, mars 2015.
55. **Malard O, Lerouxel E, Racilia Z.C,**
« Chirurgie interruptrice latérale mandibulaire : réhabilitation fonctionnelle odontologique ». Thèse doctorat en chirurgie dentaire, France, 2010 n° 20.
56. **D. SZWARC, I. BRETON-TORRES, P. JAMMET, et F. SOUYRIS,**
« Brides cicatricielles de la face endo-buccale de la joue », *Brides Cicatricielles Face Endo-Buccale Joue*, n° 357, p. 2-3, 1996.
57. **A. Giovanni, A. Lagier, et N. Henrich,**
« Physiologie de la phonation ». EMC; ORL; 2014.
58. **Beumer III, Manurick J, Mark T, Esposito, Salvatore A,**
« Maxillofacial Rehabilitation : Prosthodontic and Surgical Management of Cancer-Related, Acquired, and Congenital Defects of the Head and Neck ».
59. **Grellet M, Ferrand D,**
Séquelles fonctionnelles et esthétiques des héli-réséqués mandibulaires sans reconstruction : essai d'appareillage immédiat. *Rev. Franç. de Prot. Max. Fac.*, 1993,2, 3, 169 - 172
60. **Vigarios E, Pradines M, Fusaro S, Toulouse E, Pomar P,**
« Réhabilitation prothétique des pertes de substance mandibulaires d'origine carcinologique », EMC;Chirurgie orale et maxillo faciale ; 2007 ; Elsevier Masson SAS.

61. **J. Azerad,**
Physiologie de la manducation. Paris, France, 1992.
Masson, 192. – 175p
62. **Bartman P,**
« La fonction occlusale Implications cliniques »
Cahiers de Prothèse n° 143 du 01/09/2008.
63. **J. M. SALAGNAC, A. LEGUILLOU–NEGREA, F. MECHINAUD, et J. MERCIER,**
« Incidence des chimiothérapies antimétaboliques sur la dentition : A propos de 71 observations »,
Incid. Chimiothér. Antimétaboliques Sur Dentition Propos 71 Obs., vol. 97, n° 4, p. 229-240,
1996.
64. **Jortay Albert M,**
Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.
Paris: E.D.K., 1998.
S. française de carcinologie cervico-faciale.
65. **BONFILS P, CHEVALLIER JM,**
Anatomie 3 , ORL .
Paris : Flammarion. XIV–402 p.
66. **Kamina P,**
Précis d'anatomie clinique. Tome II 2e éd. Paris : Maloine.1990, 1 Vol. VIII–403 p
67. **C. Crépy et A. P. Delmas,**
Anatomie cervico-faciale. Paris, France: Masson, 1967.
68. **ROUVIERE H,**
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome tête et cou,
Masson 1981.
69. **Paturet G,**
Traité d'anatomie humaine, ostéologie–arthrologie–myologie.
Tome fasson&Cie.1951
70. **Michèle A, Chomette G**
Histopathologie buccale et cervico-faciale ;
Classification des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires Rev Stomato
Chir.Maxillo-fac.1985 ; 86(5) :277–284
Préface du Pr J.–M. Vaillant. In Monographies d'histopathologie.
Masson, 1986.
71. **Favre Dauvergne E, Michèle A, Le Charpentier Y,**
«Tumeurs odontogéniques»
Les kystes des maxillaires
Encycl.Med.Chir.1994 ; 22062G10 :6p.

72. Goldberg M, Gaucher C,
« Embryologie de la dent », *EM-Consulte*. 2011 ; Elsevier Masson SAS

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 165

سنة 2023

أورام الفك السفلي والعلوي الحميدة والأسنان المحتجزة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/05/15
من طرف

سيد: جلال عمر

المزداد في 1997/09/08 بأسفي
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الفك العلوي - الأورام الحميدة - كيس - الفك السفلي - الأسنان المحتجزة

اللجنة

الرئيس

ي. درواسي

السيد

أستاذ في طب الأنف والأذن والحنجرة

م. الكويشمي

السيد

أستاذ في جراحة الوجه والفكين

م. تواتي

السيد

أستاذ في طب الأنف والأذن والحنجرة

ب. عبير

السيد

أستاذ في جراحة الوجه والفكين

المشرف

الحكام

