



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

Année 2024

Thèse N° 066

Tumeurs des maxillaires supérieurs

Étude épidémiologique, clinique et aspects thérapeu- tiques

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/04/2024

PAR

Mlle. Manal Hacib

Née le 02/01/1997 à Beni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Maxillaire –Chirurgie– tumeurs–reconstruction

JURY

Mme. N. MANSOURI

PRESIDENTE

Professeur de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale.

Mr. M. EL BOUIHI

RAPPORTEUR

Professeur de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale.

Mr. A. ALJALIL

JUGE

Professeur d'Oto rhino laryngologie Hôpital militaire Avicenne



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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

سورة الأحقاف

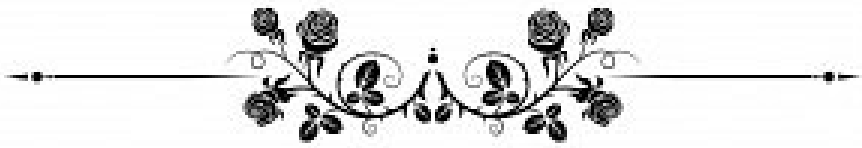


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



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 doyenne à la Recherche et la Coopération

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGU

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie

13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique

63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie

113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie

162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie

169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie

187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique

212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie

237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie

262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie

287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie

312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAoui RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUl Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOuzI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد 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

À ma maman FATIHA ABOULMAKARIM,

Mon paradis sur terre, Ces quelques lignes ne sauraient réellement refléter toute la gratitude que je ressens envers toi. Depuis le tout premier jour de ma vie, tu as été ma source d'amour, de soutien inébranlable et de guidance précieuse. Ta bienveillance, ton encouragement et tes prières m'ont porté tout au long de mon parcours, et c'est avec une immense reconnaissance que je t'adresse ces mots. Ma réussite et la réalisation de cette thèse sont en grande partie le fruit de tes sacrifices, de ta foi en moi et de ton amour infini. Ton rôle dans ma vie est irremplaçable, et je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait. Ce travail est dédié à toi, maman, en témoignage de mon amour profond et de ma reconnaissance éternelle. Puisses-tu toujours trouver dans ma réussite une source de fierté, car tu es la raison même de ce que je suis aujourd'hui.

À l'âme de mon père DR. AL MOUSTAPHA HACIB

En souvenir éternel de mon cher père, dont la présence bienveillante demeure gravée dans mon esprit et dans mon cœur. À travers cette thèse, je souhaite rendre hommage à l'homme extraordinaire qu'il était, à son amour infini et à sa sagesse sans bornes. C'est grâce à lui, à son exemple inspirant, que je suis devenu médecin aujourd'hui. Chaque pas que je fais dans ma carrière est une ode à son héritage et à ses valeurs profondes. Même s'il n'est plus physiquement présent, son influence continue de guider mes actions et d'illuminer ma voie. Je dédie cette thèse à son âme aimante et bienveillante, avec l'espoir qu'elle soit un témoignage de gratitude et d'amour pour tout ce qu'il a fait pour moi. Tu me manques beaucoup, cher père, et tu resteras à jamais dans mes pensées, mes prières et dans mon cœur.

À mes frères KHALIL et AYMANE HACIB

Chers Frères,

Je tiens aujourd'hui à prendre un moment pour vous exprimer toute ma gratitude et mon appréciation. En cette période où les liens familiaux sont plus précieux que jamais, je suis profondément reconnaissant d'avoir chacun de vous à mes côtés.

Votre soutien inconditionnel, votre amour et votre présence ont été des piliers essentiels dans ma vie. À travers les hauts et les bas, vous avez été là pour moi, me guidant, m'encourageant et partageant avec moi tant de moments précieux.

Vos sourires, vos rires et vos mots d'encouragement sont des trésors que je chérirai toujours. Chacun de vous apporte une lumière unique dans ma vie, et je suis béni de pouvoir appeler des frères aussi merveilleux les miens.

Que ce message soit le témoignage de ma gratitude sincère et de mon amour profond pour vous tous. Merci d'être les incroyables frères que vous êtes.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance,

Je vous aime profondément

À ma chère grand-mère : FATIMA SAQUI

Qui m'a accompagnée par ses prières, sa douceur et son courage. Je te dédie ce modeste travail en espérant que dieu le tout-puissant te procure santé et longévité.

À ma chère copine : SALMA AOUAQ

Aujourd'hui, je veux prendre un moment pour t'exprimer toute ma gratitude pour ta présence constante et ton soutien inconditionnel dans ma vie. Tu as été bien plus qu'une simple copine pour moi ; tu as été mon pilier, ma confidente et ma source de joie infinie.

Chaque fois que j'ai traversé des moments difficiles, tu étais là, prête à me soutenir avec ton amour et ta gentillesse sans bornes. Ta capacité à m'écouter, à me comprendre et à m'encourager m'a permis de surmonter tant d'obstacles avec force et détermination.

Mais ce qui rend notre relation encore plus spéciale, ce sont tous ces moments de bonheur que nous avons partagés ensemble. Nos éclats de rire, nos conversations profondes jusqu'au bout de la nuit, nos aventures folles et nos instants de complicité où le monde semblait s'arrêter autour de nous - ce sont ces moments qui resteront gravés dans ma mémoire pour toujours.

Je suis infiniment reconnaissant de t'avoir à mes côtés, et j'espère pouvoir continuer à créer des souvenirs magiques avec toi pour les années à venir.

*À mes Oncles et Tantes : MOHAMMED ,ABDEL FATAH ,RACHID
,TOUAFIK ,ABDEL KARIM ,NAJAT ,SOUAD,LATIFA,ASMAE*

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes chers oncles et tantes pour leur soutien constant et leur affection tout au long de ce parcours. Votre encouragement et vos conseils avisés ont été d'une grande aide pour moi. Merci pour votre présence bienveillante et pour les précieux moments partagés en famille.

À mes cousins et cousines : ANAS, ACHRAF, AMINE, MEHDI, ALI,
HOUSSAM, AFAF, MINA, ABIR, JAMILA, SALMA

Un sincère remerciement à mes chers cousins et cousines pour les moments joyeux, les éclats de rire et les souvenirs inoubliables que nous avons partagés ensemble. Votre présence a illuminé chaque instant et a rendu cette expérience encore plus spéciale. Merci pour ces précieux moments de bonheur et de complicité.

À toute la famille : ABOULMAKARIM et HACIB

J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse. Pour tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

À toutes mes amies et collègues

OUMAYMA HAFS, SARA LAHNIDA, NADA OUKIT, WAFAA ESSOUIDI,
KENZA BILALI, KHADIJA BENHADOU, SALMA HADDOUCHI,
MERYEM HADDAD

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Merci d'avoir été là à tous les instants. Je suis honoré de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez

À DR KHAOULA NINI et DR ALBAN DEO CHRISTIAN OPANGO

Votre soutien et votre expertise ont été inestimables. Merci pour votre collaboration et votre dévouement à faire avancer ce projet. Votre contribution a été essentielle à sa réalisation et je suis reconnaissant pour votre aide précieuse.

À MOI-MÊME

En signe de reconnaissance envers ma propre ténacité et résilience tout au long de mon parcours universitaire. Malgré les nombreux défis et les moments de doute, je n'ai jamais cessé de poursuivre mes objectifs. Cette dédicace est un témoignage de ma force intérieure et de ma détermination à surmonter les obstacles. Je suis fière du chemin parcouru et reconnaissante envers moi-même pour avoir fait preuve de courage et de persévérance. Que cette dédicace soit un rappel constant de ma capacité à surmonter l'adversité et à continuer à progresser sur la voie de la réussite

À Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer. Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



A notre maître et présidente de thèse :

Professeur Nadia MANSOURI HATTAB

Professeur d'enseignement supérieur au CHU de Marrakech

*Chef du service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique à l'hôpital Ibn
Tofaïl, CHU mohamed VI.*

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veuillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse ;

Professeur MOHED EL BOUHHI

Professeur agrégé de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale

Au CHU Mohamed VI de Marrakech

Pour tous les efforts inlassables, et toute la patience que vous avez déployée pour que ce travail soit élaboré. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont profondément émue, resteront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ma profession.

Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mes sentiments les meilleurs.

A notre maître et juge de thèse : Aljalil Abdelfattah

Professeur d'Oto rhino laryngologie Hôpital

militaire Avicenne

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de thèse. Nous Vous remercions vivement pour l'attention que vous accorderiez à ce travail. Veuillez croire, cher Maître, en l'expression de notre sincère gratitude, et de notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TDM : Tomodensitométrie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

TAP : Thoraco– Abdomino–Pelvienne

RX : Radiographie

ORL : Oto Rhino Laryngologie

LNH : Lymphome Non Hodgkinien

NFS : Numération Formule Sanguine

HTA : Hypertension Artérielle

BAV : Baisse de l'acuité Visuelle

GAJ : Glycémie à jeun

GG : Ganglion

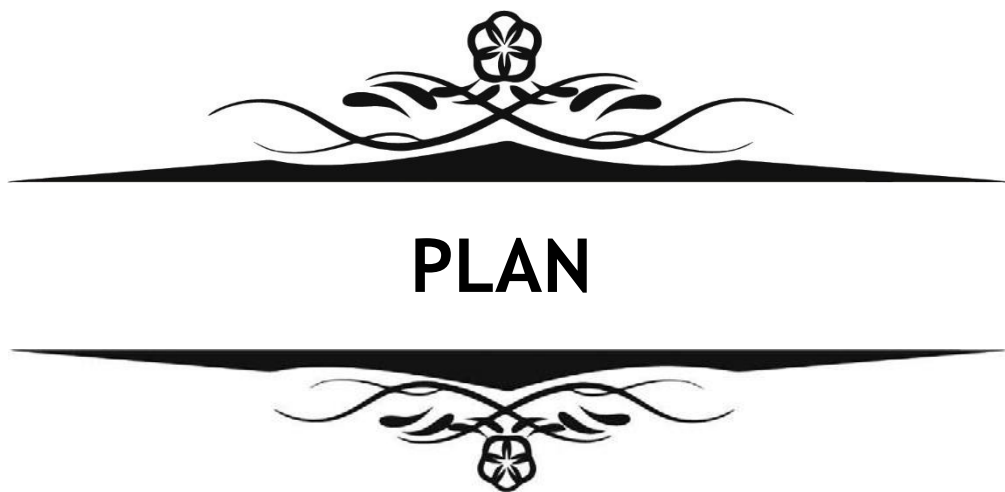
ADP : Adénopathies

ECG : Electrocardiogramme

TP : Temps de Prothrombine

TCK : Temps de Céphaline Activée

PEC : Prise En Charge



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Matériels de l'étude	5
1. Type d'étude	5
2. Lieu de l'étude :	5
3. Durée d'étude :	5
4. Population cible :	5
II. Méthodes de l'étude	6
1. Collecte des données	6
2. Analyse statistique :	7
3. Aspects éthiques	7
RESULTATS	8
I. Profil épidémiologique	9
1. Fréquence et l'incidence annuelle	9
2. Répartition selon l'âge des patients	9
3. Répartition selon le sexe	10
4. Les facteurs de risques :	11
II. Données cliniques	11
1. Mode de début et d'évolution :	11
2. Délai de consultation	12
3. Aspect clinique :	13
V. Données anatomopathologiques	23
1. Aspects histologiques des tumeurs bénignes des maxillaires	23
2. Aspects histologiques des tumeurs malignes des maxillaires	24
3. Aspects histologiques des kystes du maxillaire	24
VI. Données thérapeutiques	25
1. Données pré-thérapeutiques :	25
2. Données thérapeutiques ? :	25
VII. La surveillance :	29
VIII. Le suivi	29
1. La Mortalité :	30
2. Le Pronostic :	30
DISCUSSION	31
I. Rappels bibliographiques :	32
1. Embryologie :	32
2. Anatomie :	33
3. Tumeurs bénignes	36
4. Tumeurs malignes [15, 16, 17]	42
5. Kystes maxillaires	54
II. Discussion des résultats	60
1. L'analyse épidémiologique	60
2. L'analyse clinique :	68
3. L'analyse paraclinique :	77

4. L'analyse thérapeutique :.....	83
5. Le suivi des patients	89
CONCLUSION	91
RÉSUMÉ	94
ANNEXES	101
BIBLIOGRAPHIE	109



INTRODUCTION



Les tumeurs des maxillaires sont des tumeurs qui se développent au niveau de la région maxillo-faciale et de la cavité buccale, aux dépens du maxillaire. Elles peuvent se développer à partir des tissus osseux ou des parties molles, expliquant ainsi la diversité de ces tumeurs du point de vue histologique [1]. Les kystes, en particulier les kystes odontogènes, sont souvent classés parmi les tumeurs maxillaires en raison de leur apparition anormale dans cette région anatomique. Les tumeurs et kystes maxillaires varient en termes de type histologique, de localisation et de gravité.

La prise en charge de ces affections dépend essentiellement de leur nature histologique. La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des tumeurs de la tête et du cou, mise à jour en 2022 (voir annexe1) [2], repose sur des critères histologiques spécifiques. Cette classification permet de classer ces tumeurs en fonction de leur origine tissulaire, de leurs caractéristiques microscopiques et de leurs catégorisations dans des groupes pertinents.

Le diagnostic des tumeurs maxillaires ne se limite pas à une simple identification de la pathologie, il englobe une synthèse complexe d'informations provenant de l'interrogatoire du patient, de l'examen clinique, de l'imagerie médicale et de la confirmation histopathologique. De plus, la prise en charge de ces tumeurs requiert une approche multidisciplinaire, impliquant souvent chirurgiens maxillo-faciaux, ORL, oncologues, radiologues, et d'autres professionnels de la santé.

En Afrique, précisément au Maroc, les tumeurs maxillaires sont souvent diagnostiquées à un stade avancé de la maladie. Une étude menée à Marrakech en 2018 a observé un délai moyen de consultation de 8 mois [3]. Dans ce contexte, ces tumeurs posent un réel défi de prise en charge, en raison d'une augmentation importante du volume tumoral, rendant la prise en charge difficile avec d'importantes pertes de substance à reconstruire. Cette situation met en évidence l'importance cruciale de sensibiliser davantage sur les tumeurs maxillaires et

de promouvoir une détection précoce afin de permettre une prise en charge efficace. Cela contribuerait à réduire les répercussions néfastes sur la qualité de vie des patients.

Ainsi, nous nous sommes proposés de mener cette étude au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU Mohammed VI, afin d'objectiver la situation des tumeurs maxillaires à Marrakech.

Les buts de notre travail sont de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et histopathologiques des tumeurs et kystes du maxillaire à Marrakech, ainsi que les principes de prise en charge de ces tumeurs et kystes.



MATERIELS ET METHODES



I. Matériels de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective portée sur une série de 40 patients pris en charge pour des affections touchant le maxillaire, incluant à la fois des tumeurs bénignes et malignes, ainsi que des kystes du maxillaire.

2. Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans les unités d'hospitalisation et le bloc opératoire du service de chirurgie maxillo-faciale-esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail affilié au CHU Mohammed VI de Marrakech.

3. Durée d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 5 ans, de janvier 2017 à décembre 2021.

4. Population cible :

Tous les patients pris en charge au service de chirurgie maxillo-faciale -esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI de Marrakech.

4.1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les patients ayant une tumeur maxillaire confirmée par étude anatomopathologique
- Les patients ayant des kystes maxillaires
- Les patients qui ont bénéficié d'un geste thérapeutique
- Les patients dont le dossier médical est exploitable.
- Les patients avec un suivi régulier

4.2. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu dans notre étude :

- Les cas dont l'examen anatomopathologique était non concluant.
- Les patients dont les dossiers cliniques étaient inexploitable.

- Les patients perdus de vue
- Les patients avec malformations maxillaires (arterio-veineuses)
- Les patients avec prise en charge incomplète.

II. Méthodes de l'étude

1. Collecte des données

Les dossiers répondant aux critères d'inclusion ont été soumis à une enquête approfondie, réalisée à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie (voir annexe 2). Ces fiches ont été remplies en consultant les dossiers des patients, permettant ainsi d'obtenir des données complètes sur les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs des cas étudiés.

1.1. Épidémiologique

Les dossiers des patients inclus dans l'étude nous ont permis d'intégrer toutes les variables épidémiologiques retenues pour l'étude. Les données ont été notées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet.

1.2. Enquête clinique

Il s'agissait de recueillir les données cliniques complètes comprenant, les données de l'interrogatoire et l'examen physique maxillo-facial et des autres appareils. L'ensemble des données recueillies ont été transcrites sur la fiche d'enquête.

1.3. Enquête radiologique

L'enquête reposait sur l'analyse des données radiologiques, comprenant les résultats de la tomodensitométrie (TDM), de l'Orthopantomogramme (OPT), de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et de la Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TAP) dans certains cas.

1.4. Enquête thérapeutique

Cette enquête a permis de ressortir les différentes modalités thérapeutiques bénéficiées par chaque patient. Elle a fait ressortir les principales bases de traitement selon le type de la lésion.

1.5. Enquête évolutive

Cette enquête était basée sur les différentes données post hospitalisation des patients. Un recul minimal de 6 mois de suivi était requis.

2. Analyse statistique :

Les données recueillies à travers la fiche d'exploitation préétablie ont été analysées. Elles ont été rassemblées en utilisant le logiciel Microsoft Excel et Microsoft Word 2016. La description statistique des variables de l'échantillon a été calculée et présentée sous forme de tableau et graphiques.

3. 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.



I. Profil épidémiologique

1. Fréquence et l'incidence annuelle

Au cours de notre période d'étude du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, nous avons répertorié 26 cas de tumeurs du maxillaire. Cette série de 26 cas était composée de 7 tumeurs bénignes, 11 tumeurs malignes du maxillaire et 8 cas de kystes. On note donc une incidence annuelle de 1,8 cas de tumeurs bénignes, de 2,2 cas de tumeurs malignes et 1,6 cas des kystes maxillaires.

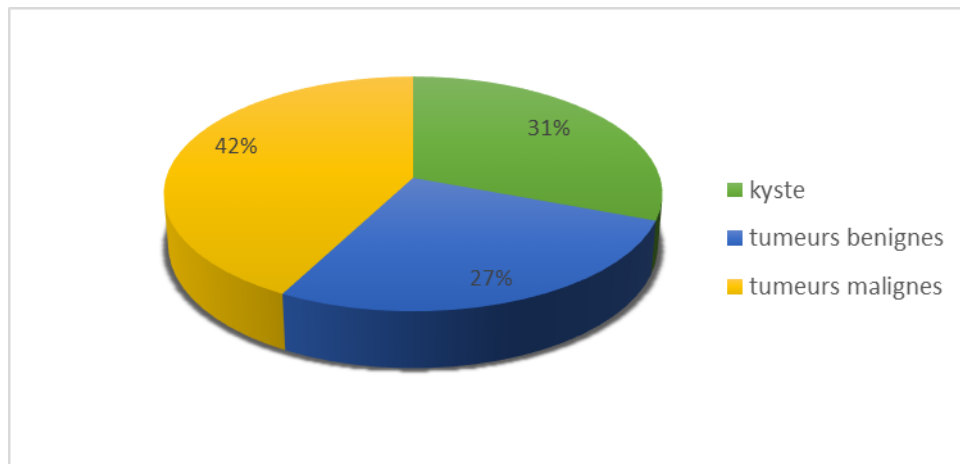


Figure 1 : Répartition des tumeurs du maxillaire

2. Répartition selon l'âge des patients

L'âge moyen de la population étudiée était de 38,58 ans.

Dans les tumeurs bénignes l'âge moyen était de 46,26 ans avec des extrêmes de 24 ans et 76 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 21–40ans, Suivie par les tranches d'âge de 41 à 50 ans et de 61 à 70 ans, qui ont enregistré une fréquence équivalente de 29%

Dans la série des tumeurs malignes l'âge moyen était de 37,71 ans avec des extrêmes de 9 et 69 ans. la tranche d'âge la plus touchée était celle de 41–50 ans, suivie par la tranche 21–40 ans.

Dans la série des kystes, l'âge moyen était de 31,75 ans avec des extrêmes de 8 et 66 ans. Les groupes d'âge de 0–20 ans et de 21–40 ans ont également enregistré une incidence de 38%, suivi de près par la tranche d'âge de 61 à 70 ans.

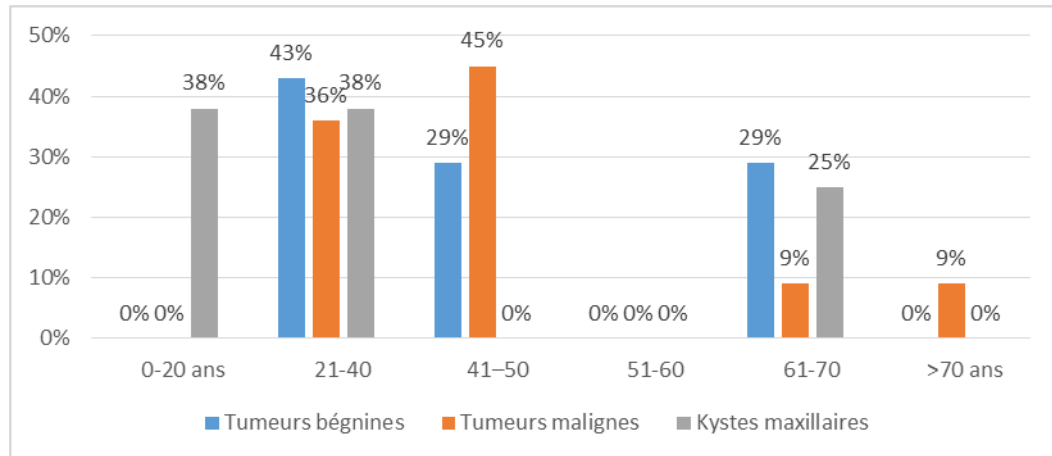


Figure 2 : répartition des tumeurs selon les tranches d'âges

3. Répartition selon le sexe

Notre population d'étude comptait 26 cas, dont 13 hommes et 13 femmes, soit un sex-ratio de 1.

Pour les tumeurs bénignes, on notait une prédominance féminine avec 86% des cas alors que le sexe masculin représentait 14%, soit un sex-ratio de 0,16.

Pour les tumeurs malignes, on notait une prédominance masculine avec 64% des cas alors que le sexe féminin représentait 36%, soit un sex-ratio de 1,77.

Pour les kystes, on note une prédominance du sexe masculin avec 63% des cas tandis que le sexe féminin représentait 37% des cas, soit un sex-ratio de 1,6.

Tableau I : Répartition des tumeurs maxillaires selon le sexe

	Féminin	Masculin	Sex-ratio	Total général
Kystes	37%	63%	1,6	100%
Tumeurs bénignes	86%	14%	0,16	100%
Tumeurs malignes	36%	64%	1,77	100%

4. Les facteurs de risques :

Dans le cadre de cette étude, nous avons observé la présence de 4 patients fumeurs soit 15,38% de la totalité des patients, parmi lesquels 3 étaient atteints de tumeurs malignes.

La principale constatation parmi les antécédents des patients était une mauvaise hygiène bucco-dentaire, observée chez 62 % de l'ensemble des participants à notre étude. En ce qui concerne les lésions précancéreuses, aucun patient n'a consulté à un stade où de telles lésions étaient détectées.

II. Données cliniques

1. Mode de début et d'évolution :

Dans le groupe des tumeurs bénignes et des kystes, le mode de début et l'évolution lente prédominaient, avec une fréquence de 71 % pour les tumeurs bénignes et de 100 % pour les kystes maxillaires. En revanche, les tumeurs malignes présentaient un mode d'évolution rapide dans 73 % des cas. Toutefois, il est important de noter que 29 % des tumeurs bénignes présentaient un caractère de début et d'évolution rapide, tandis que ce pourcentage était de 27 % pour les tumeurs malignes.

Tableau II : Le mode de début et d'évolution chez tous les patients de notre étude

Mode de début et d'évolution	Kyste	Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
Lent	100%	71%	27%
Rapide	0%	29%	73%

2. Délai de consultation

Le délai de consultation des tumeurs bénignes variait de 2 mois à 6 ans avec un délai moyen de 46 mois. Soixante-et-onze virgule quatre pourcent (71,4 %) des patients n'ont consulté qu'après 1 an d'évolution.

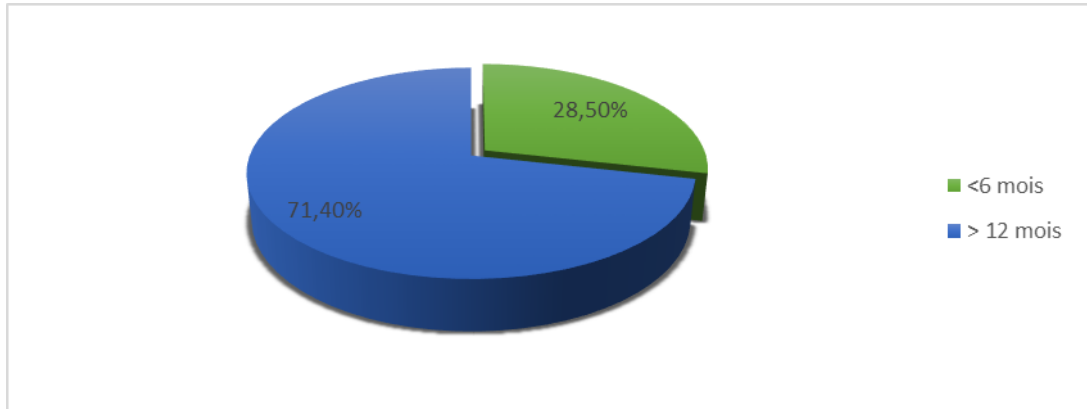


Figure 3 : Répartition des tumeurs bénignes selon le délai de consultation

Pour les tumeurs malignes, le délai de consultation variait de 3 mois à 3 ans avec un délai moyen de 9 mois.

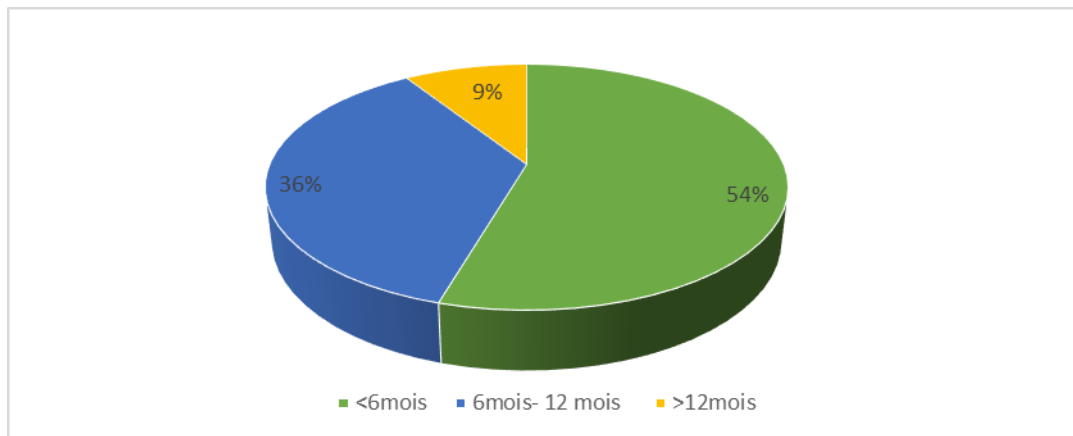


Figure 4 : Répartition des tumeurs malignes selon le délai de consultation

Pour les kystes, le délai de consultation variait de 6 mois à 5 ans avec un délai moyen de 22 mois.

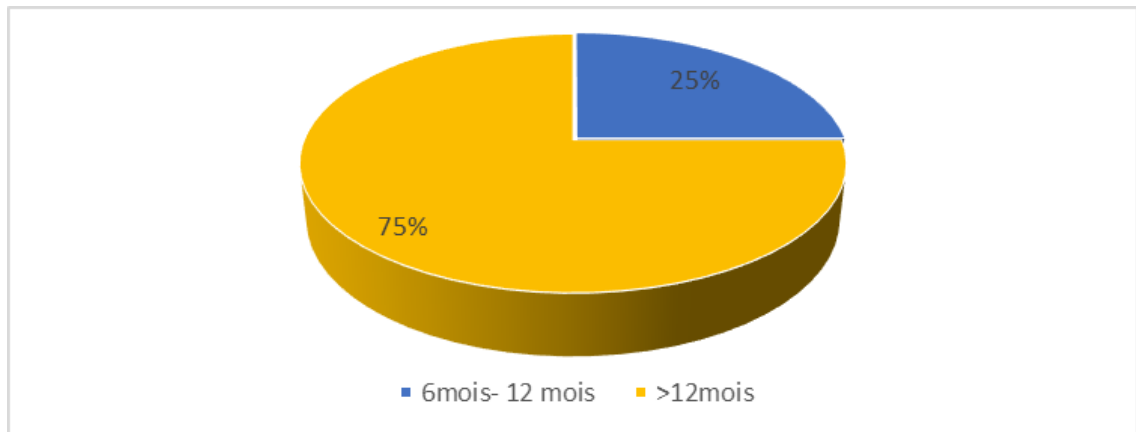


Figure 5 : Répartition des kystes selon le délai de consultation

3. Aspect clinique :

3.1. Signes fonctionnels

➤ Pour les tumeurs bénignes :

La symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction osseuse (100%). Celle-ci revêtait un caractère douloureux chez 29% des cas. Cette tuméfaction constatée généralement par le malade, parfois par son entourage est responsable d'une asymétrie faciale. Une obstruction nasale était le signe d'appel principal pour 1 patient.



Figure 6 : Tuméfaction jugale droite chez une patiente âgée de 62 ans ayant un améloblastome maxillaire [4]

➤ **Pour les tumeurs malignes :**

Le motif de consultation prédominant était la présence d'une lésion endo-buccale, observée chez 73% des patients. Dans un cas, cette lésion était douloureuse. Ensuite, une tuméfaction, constatée chez 45% des patients, provoquait une asymétrie faciale. Un patient consultait pour des symptômes ophtalmologiques, notamment une exophtalmie et une baisse de l'acuité visuelle (BAV).



Figure 7 : masse bourgeonnante palatine chez une patiente âgée de 60 ans ayant un carcinome épidermoïde [4]

➤ **Pour les kystes maxillaires :**

La symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction (62,5%) responsable d'une asymétrie faciale. Par ailleurs, la découverte était fortuite chez 37,5% des patients lors d'une consultation chez le dentiste.

3.2. Signes physiques :

3.2.1. Examen exo buccal :

➤ **Pour les tumeurs bénignes :**

L'examen clinique s'est révélé normal dans 43% des cas, tandis que chez 57%, la symptomatologie clinique était principalement caractérisée par une tuméfaction.

La taille de la tuméfaction variait de 1,3 cm à 6,6 cm (Figure 10). Elle était dure dans 25% des cas et ferme dans 75% (Figure 11), douloureuse chez 2 patients. La tuméfaction était

régulière dans 75% des cas. La peau en regard était normale pour l'ensemble des patients, et aucun trouble de sensibilité n'a été observé.

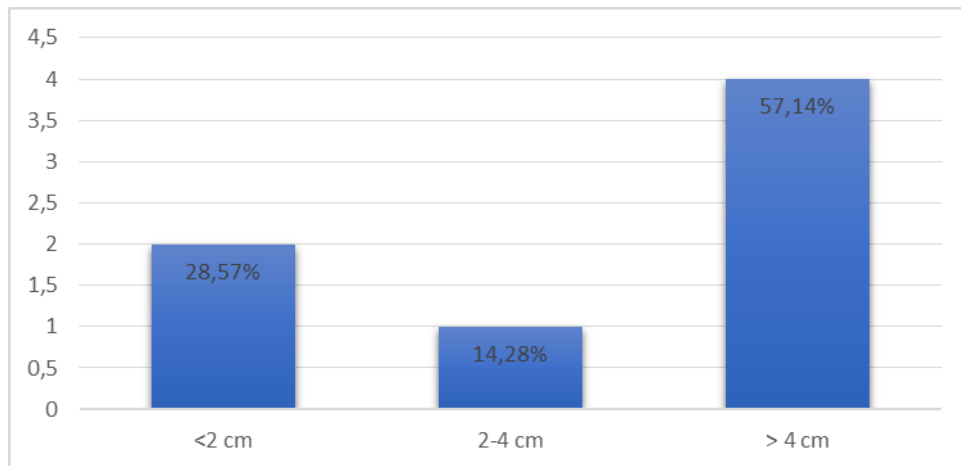


Figure 8 : Répartition des patients selon la taille de la tuméfaction dans la série des tumeurs bénignes.

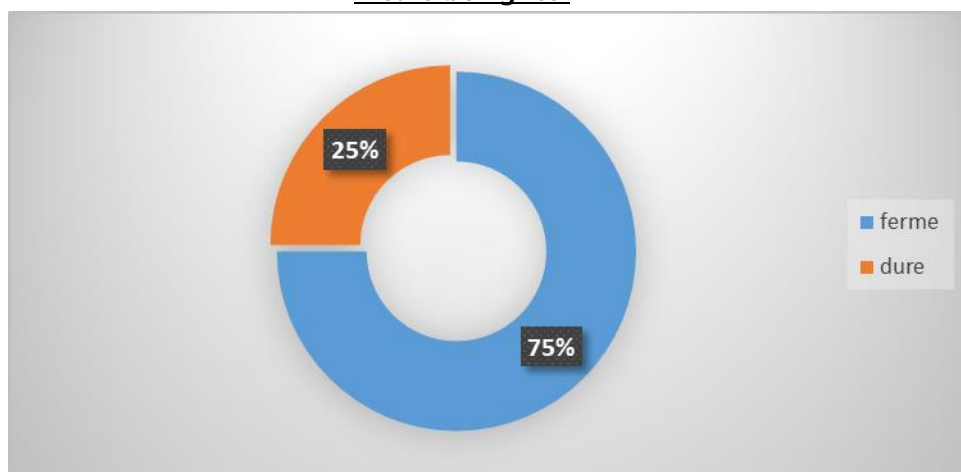


Figure 9 : Répartition des cas des tumeurs bénignes selon la consistance de la tuméfaction.

➤ **Pour les tumeurs malignes :**

L'examen exo buccal a identifié des anomalies chez 45,45% des cas. La principale symptomatologie était une tuméfaction jugale, variant de 3,3 – 7 cm, caractérisée comme étant fixe, irrégulière et dure chez 75% des patients. L'examen de la peau en regard et de la sensibilité étaient normale.

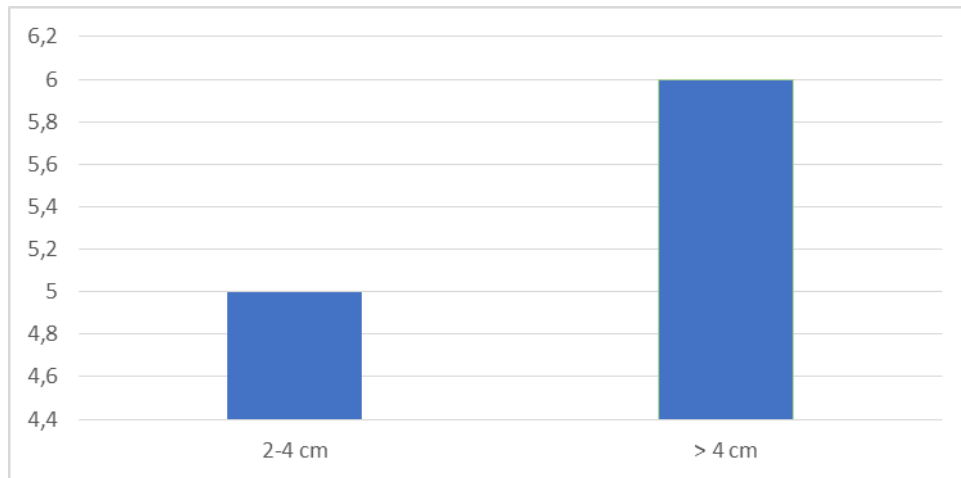


Figure 10 : Répartition des patients selon la taille de la tuméfaction dans la série des tumeurs malignes

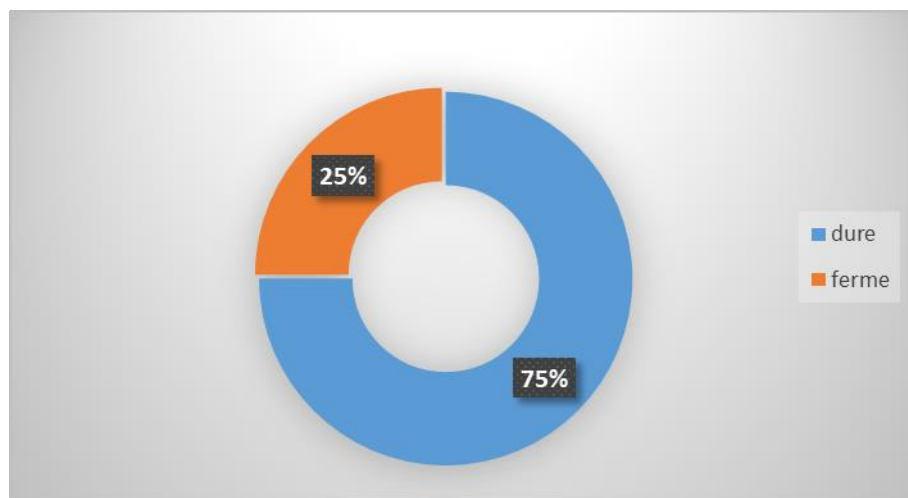


Figure 11 : Répartition des cas des tumeurs malignes selon la consistance de la tuméfaction

➤ **Pour les kystes :**

Un seul patient a présenté une tuméfaction exo-buccale de 2,2 cm, fixe et dure, avec des contours réguliers et nets, tandis qu'il était normal pour le reste des patients .

3.2.2. Examen endo-buccal

➤ **Pour les tumeurs bénignes :**

Cinq patients (71,75%) ont présenté des anomalies lors de l'examen endo-buccale :

- Une tuméfaction endo-buccale a été observée chez la totalité de ces patients,

- Lors de l'examen de la muqueuse, un patient a présenté une fistule avec issue de pus
- Deux patients présentaient une sub-édentation,
- L'état buccodentaire était jugé bon chez 60% des patients et mauvais chez les 40% des patients.

➤ **Pour les tumeurs malignes :**

Neuf patients (soit 81,81%) présentaient des anomalies lors de l'examen endo-buccal.

On notait :

- Une tuméfaction endo-buccale chez 1 patient (11,11%),
- Une lésion ulcéro-bourgeonnante dans 66,66% des cas, de caractère dure et irrégulier dans la majorité des cas.
- Une masse bourgeonnante endo-buccale dans 22,22% des cas.

L'examen de la muqueuse a montré une muqueuse inflammatoire chez deux patients, soit 22,22% des cas, et un aspect nécrotique chez un patient, ce qui représente 11,11% des cas.

L'examen dentaire a indiqué une édentation totale chez 2 patients, une sub-édentation chez 3, et une dentition normale chez les autres.

L'état buccodentaire était mauvais chez la totalité des patients.

➤ **Pour les kystes maxillaires :**

L'examen endo-buccal a systématiquement révélé la présence d'une tuméfaction.

L'examen de la muqueuse a mis en évidence des signes d'inflammation chez un patient.

L'examen dentaire a identifié une édentation totale chez un patient, tandis que les autres patients avaient un examen normal. L'état buccodentaire était bon chez 62,5% des patients et mauvais chez 37,5% .



Figure 12 : Photographie d'un patient ayant un kyste maxillaire paramédian montrant le mauvais état bucco-dentaire [Haut du formulaireHaut du formulaire4]

3.2.3. Examen ORL :

L'examen ORL s'est révélé anormal chez un patient porteur d'une tumeur maligne, qui a montré une obstruction nasale par la masse tumorale avec une déviation de la cloison nasale ainsi qu'une muqueuse nasale inflammatoire.

3.2.4. Examen ophtalmologique :

L'examen ophtalmologique a révélé la présence d'une exophtalmie et une diminution de l'acuité visuelle chez un patient porteur d'une tumeur maligne.

3.2.5. Examen des aires ganglionnaires :

Dans le groupe des tumeurs malignes, 7 patients avaient des adénopathies cervicales variant de 0,8 cm à 1,9 cm, avec une taille moyenne de 1,25 cm.

3.2.6. Examen général :

L'état général était conservé chez tous les patients portant des tumeurs bénignes et des kystes maxillaires dans notre étude.

Cependant 45,45% des patients présentant une tumeur maligne avaient une conservation de l'état général et 54,55% une altération de l'état général.

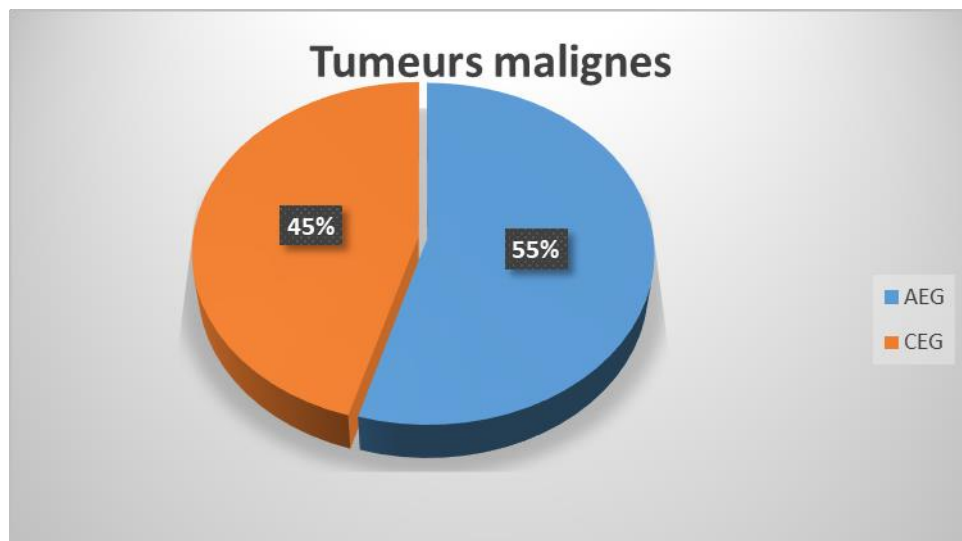


Figure 13 : répartition de l'état général des tumeurs malignes

III. Imagerie

1. Données radiologiques

1.1. La tomodensitométrie faciale

La tomodensitométrie a été réalisée chez 84,61% des patients.

Dans la série des tumeurs bénignes, une tomodensitométrie (TDM) a été réalisée chez tous les patients, l'aspect radiologique observé était principalement une image ostéolytique, présente dans 57,14% des cas, avec des contours nets et réguliers, avec parfois soufflure, voire rupture de la corticale dans 3 cas (42%). Le sinus maxillaire présentait une opacité partielle ou totale dans 28% des cas (2 cas), tout en restant intact dans les autres situations. Une image ostéocondensante aux contours réguliers a été identifiée chez 42,85% des patients (3 cas).

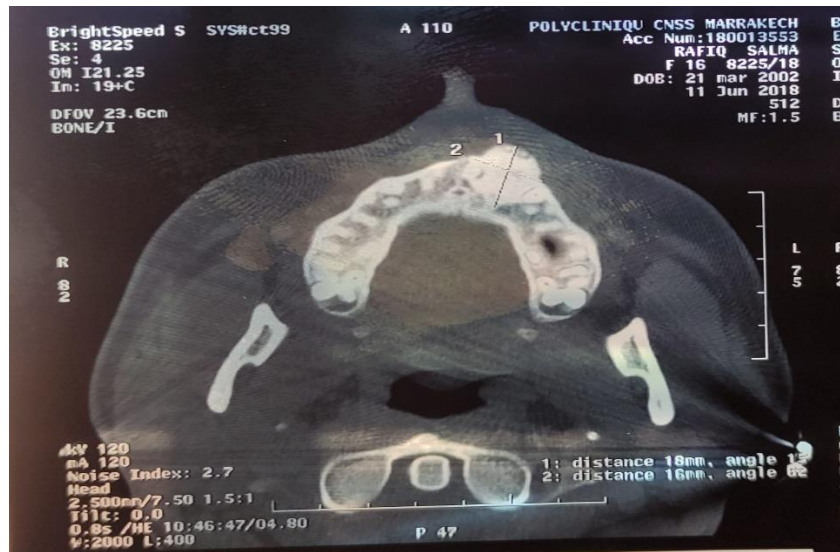


Figure 14 : TDM faciale : Masse ostéocondensante de contours nets en regard de l'hémi-maxillaire supérieur gauche en faveur d'un ostéome. [4]

Dans la série des tumeurs malignes, la (TDM) a été prescrite dans 90,9 % des cas, une image ostéolytique a été observée chez la totalité des patients, avec une présence de soufflure de la corticale chez 3 patients et une rupture chez 5 patients. Des calcifications intra-lésionnelles ont été identifiées chez 3 patients. De plus, une invasion des parties molles a été constatée dans 80% des cas.



Figure 15 : TDM faciale : Processus lésionnel tissulaire localisé de la partie antérolatérale droite du plancher responsable d'une lyse osseuse dans les parties molles [4]

Dans la série des kystes maxillaires, 62,5% de nos patients ont eu une TDM faciale avec et sans injection de produit de contraste. Les résultats de cette TDM ont révélé une image osteolytique à contours nets et réguliers dans 87,5% des cas. Dans un cas (12,5% des cas), l'image kystique présentait des contours soufflant les corticales, voire une rupture par endroits. Une dent incluse a été identifiée chez 4 patients.

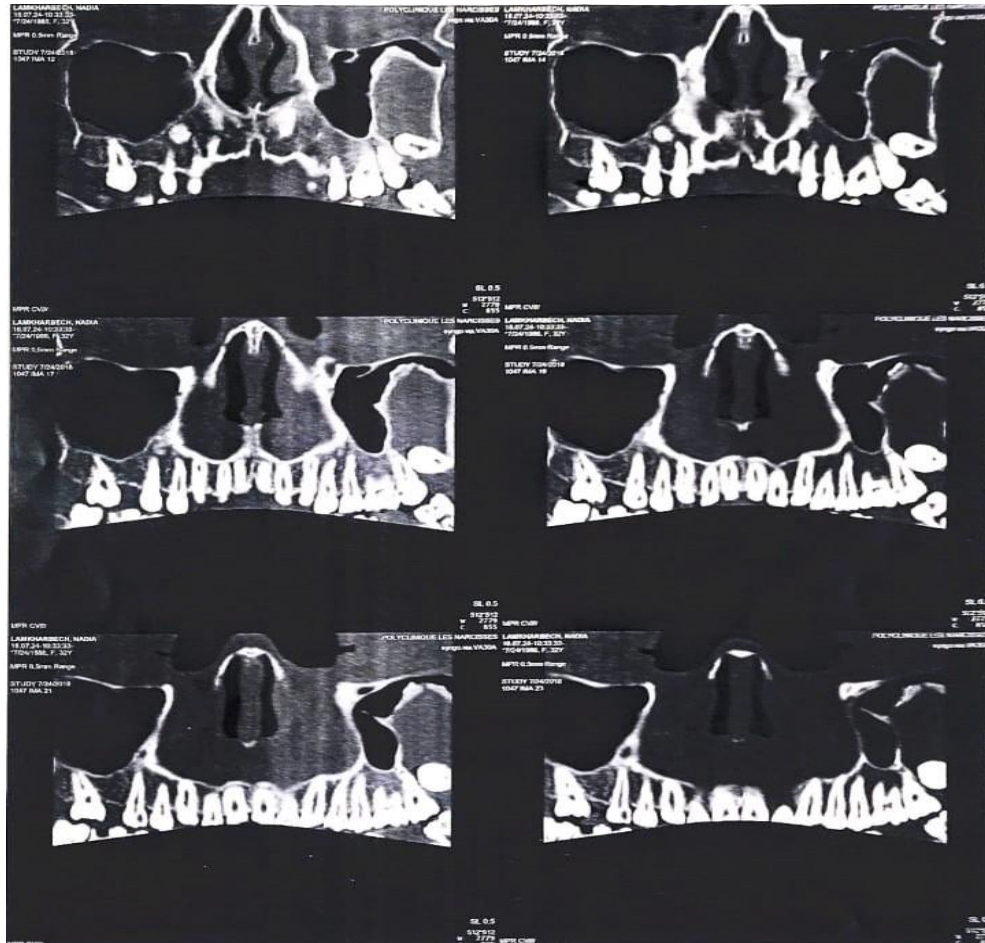


Figure 16 : TDM faciale : Image kystique du maxillaire supérieur avec inclusion de la 28 dent dans le sinus maxillaire gauche [4]

1.2. L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'IRM a été réalisée chez un seul patient présentant un lymphome non hodgkinien diffus (LNHD), objectivant une masse solido-kystique dont l'épicentre est le sinus maxillaire. Cette masse est bien limitée de contours polylobés, avec extension vers les espaces profonds, incluant le palais osseux et l'orbite gauche.

1.3. Orthopantomogramme

L'orthopantomogramme a été réalisée chez trois patients présentant des kystes maxillaires soit 37,5% des cas. L'aspect retrouvé était celle d'une image radio claire, uni lacunaire à contours réguliers et nets, dans la totalité des cas, Il est également noté la présence d'une dent incluse chez 3 patients.

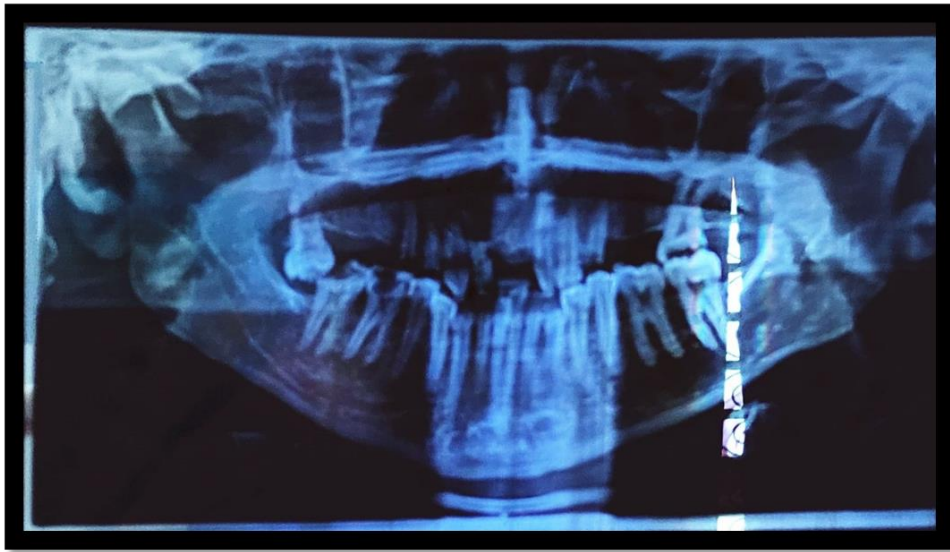


Figure 17 : Image d'orthopantomogramme radio-claire para-médiane droite du maxillaire supérieur comprenant les racines 12 et 13 [4]

1.4. Bilan d'extension

Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne (TAP) a été effectuée chez tous les patients atteints de tumeurs malignes afin d'évaluer la propagation de la maladie à distance. Chez deux d'entre eux, des métastases ont été identifiées : l'un présentait des métastases pulmonaires et osseuses, tandis que l'autre avait des métastases hépatiques associées à des zones de stéatose.

IV. Classification TNM :

Pour les tumeurs malignes, Les patients qui ont consulté à un stade inférieur à T4 re-présentaient 18,18% des cas. Plus de 80% ont été vu à un stade supérieur à T4N0M0.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la classification TNM

Stade	Fréquence(n)	Pourcentage (%)
T2N0M0	1	09,09
T3N0M0	1	09,09
T4 N (0, 1, 2,3) M0	7	63,63
T4 N (0, 1, 2, 3) M1	2	18,18
Total	11	100

V. Données anatomopathologiques

1. Aspects histologiques des tumeurs bénignes des maxillaires

Les améloblastomes étaient les plus représentés avec 42,85% des cas, suivis par les dysplasies fibreuses qui représentaient 28,57% des cas, et les ostéomes avec une fréquence équivalente de 28,57%

Tableau IV : Répartition des tumeurs bénignes des maxillaires en fonction du type histologique

Type histologique			Fré- quence	Pourcen- tage %
Tumeurs odon- togénies	Tumeurs épithéliales	Ameloblastome	3	42,85
Tumeurs non- odontogènes	Tumeurs fibro- blastiques	Dysplasie fi- breuse	2	28.57
	Tumeurs osseuse	Ostéome	2	28.57
Total			7	100

2. Aspects histologiques des tumeurs malignes des maxillaires

- Les tumeurs malignes étaient dominées par les carcinomes épidermoïdes (45,45%).

Tableau V : Répartition des tumeurs malignes des maxillaires en fonction du type histologique

Type histologique		Fréquence	Pourcentage %
Carcinome	Carcinome épidermoïde	5	45,45
Sarcome	Ostéosarcome	2	18.18
	Fibrosarcome	1	9,09
D'origine hématologique	lymphome non hodgkinien (LNH)	2	18.18
Autres	Mélanome	1	9,09
Total		11	100

3. Aspects histologiques des kystes du maxillaire

Les kystes des maxillaires étaient dominés par les kystes radiculaires (75%) suivi par les kystes dentigère (25%).

Tableau VI : répartition des kystes maxillaires en fonction du type histologique

Type histologique	Fréquence	Pourcentage %
Kyste radiculaire	6	75
Kyste dentigère	2	25
Total	8	100

VI. Données thérapeutiques

1. Données pré-thérapeutiques :

Un bilan préopératoire a été demandé afin d'apprécier l'opérabilité du malade. Il comportait un bilan biologique standard (Numération formule sanguine, bilan d'hémostase, fonction rénale, une glycémie à jeun), une radiographie de thorax et un électrocardiogramme.

2. Données thérapeutiques:

2.1. Chirurgie :

Dans le groupe des tumeurs bénignes, tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie. Elle était radicale dans 43% des cas, reposant principalement sur une hémimaxillectomie intéressant l'infrastructure et la méso-structure, spécifiquement pour les améloblastomes. Elle était conservatrice dans 57% des cas, avec une énucléation simple dans 28,5% des cas, un curetage simple dans 14,2% des cas, et une énucléation avec curetage appuyé dans 14,2% des cas. La résection a été suivie par une reconstruction, 3 patients ont bénéficié d'une prothèse maxillo-faciale.

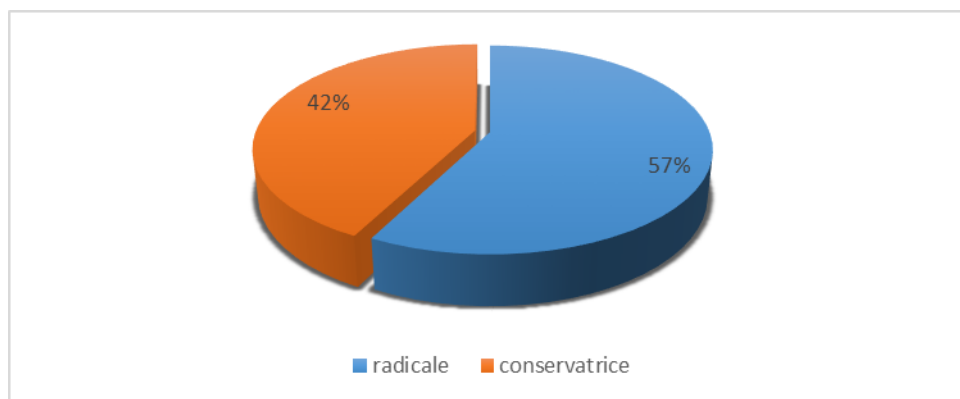


Figure 18 : Répartition du choix de chirurgie dans le groupe des tumeurs bénignes



Figure 19 : Hémimaxillectomie droite d'un améloblastome. [4]



Figure 20 : Pièce opératoire après une hémimaxillectomie droite [4]

Dans le groupe des tumeurs malignes, une intervention chirurgicale a été réalisée dans 63,63% des cas, exclusivement dans 45,45% des cas. Dans tous les cas où une intervention chirurgicale a été effectuée, elle était radicale à 100%. Il s'agissait d'une hémimaxillectomie impliquant à la fois l'infrastructure et la méso-structure, avec un curage ganglionnaire chez 2 patients. Trois des patients ont été considérés comme candidats à une prothèse maxillo-faciale.



Figure 21 : Hemimaxillectomie droite d'un carcinome épidermoïde .[4]

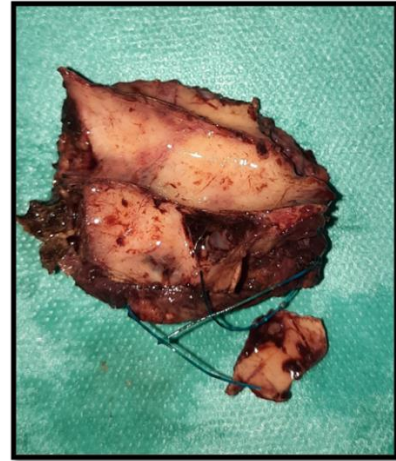


Figure 22 : Pièce opératoire d'une hemimaxillectomie droite d'un carcinome épidermoïde.[4]

Dans le groupe des kystes maxillaires, tous les patients ont bénéficié de la chirurgie. L'approche chirurgicale était conservatrice dans la totalité des cas (100%). Tous les patients ont subi une énucléation avec curetage, et une extraction de la dent chez quatre d'entre eux.



Figure 23 : Enucléation et curetage d'un kyste maxillaire associée à une extraction dentaire. [4]



Figure 24 : Pièce opératoire d'un kyste maxillaire. [4]

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

2.2. Radiothérapie :

Deux patients atteints de tumeurs malignes ont été traités par radiothérapie. Pour l'un d'entre eux, la radiothérapie a été administrée en association avec une chimiothérapie, tandis que pour l'autre patient, elle a été combinée à une intervention chirurgicale.

2.3. Chimiothérapie :

Parmi les patients atteints de tumeurs malignes, trois ont été exclusivement traités par chimiothérapie, un patient a été traité par une combinaison de chimiothérapie et de chirurgie, tandis qu'un autre a été traité par radio-chimiothérapie concomitante.

VII. La surveillance :

Dans notre série des tumeurs bénignes, sur les 7 patients qui ont bénéficié d'une chirurgie, l'évolution dans les suites opératoires immédiates était bonne chez 5 patients. Nous avons noté 2 cas de complications, 1 cas à type de lâchage de fil de suture et 1 cas présentant une suppuration locale.

Dans les suites opératoires à distance avec un recul de 2 ans, nous avons noté 1 cas de récurrence, Il s'agissait d'un volumineux améloblastome avec envahissement locorégional.

Pour tumeurs malignes, les suites opératoires immédiates étaient bonnes chez tous les malades de notre étude, à l'exception d'un patient porteur d'un mélanome du palais, pour lequel une détresse respiratoire s'est manifestée après l'intervention chirurgicale.

Dans les suites opératoires à distance avec un recul de 3 ans, nous avons noté un cas de récurrence d'un carcinome épidermoïde.

Dans notre série des kystes maxillaires les suites opératoires immédiates à moyen et à long terme étaient bonnes pour tous les patients.

VIII. Le suivi

Le suivi représente un volet capital dans la prise en charge des tumeurs du maxillaire. Il doit être régulier depuis l'acte chirurgical afin de guetter les complications à court, moyen et long terme.

Une surveillance rigoureuse s'impose, le rythme et la durée sont variables en Fonction du type histologique. En général, les patients sont suivis en post-opératoire à J15, puis à 1 mois. Pour les tumeurs malignes, les consultations se font tous les 2 mois la première année, puis tous les 3 mois la deuxième année, et ensuite tous les 6 mois pendant la troisième et quatrième année, suivies d'un suivi annuel pour détecter toute récurrence tumorale. Pour les tumeurs bénignes et les kystes, la fréquence des consultations dépend du type histologique.

Une radiographie panoramique numérisée ou une tomodensitométrie faciale peut être réalisée pour les types de tumeurs réputées pour leur tendance à récidiver.

Dans notre étude la durée moyenne du suivi était de 2,73ans pour les tumeurs bénignes, un an et demi pour les tumeurs malignes et 6 mois pour les kystes maxillaires.

1. La Mortalité :

Dans les deux groupes de tumeurs bénignes et de kystes de notre étude, aucun décès n'a été noté.

Cependant, il est à noter que dans le groupe des tumeurs malignes, nous avons enregistré 6 cas de décès. Cinq patients sont décédés suites à des complications liées à leur maladie, tandis qu'une patiente est décédée de cause naturelle liée l'âge. Le décès est survenu en moyenne 1,6 ans après le diagnostic

2. Le Pronostic :

Le pronostic des patients présentant des kystes maxillaires et des tumeurs bénignes était extrêmement positif, avec un taux de survie de 100% pour les deux groupes pendant la période de suivi. En revanche, pour ceux atteints de tumeurs malignes, le taux de survie était de 54,54%, indiquant un pronostic moins favorable. Ces données suggèrent une nette disparité en termes de survie à cinq ans entre les patients présentant des tumeurs bénignes et ceux confrontés à des tumeurs malignes, mettant en évidence la sévérité potentielle de ces dernières.



DISCUSSION



I. Rappels bibliographiques :

1. Embryologie :

1.1. Embryologie faciale [5,6,7,8] :

Au début de la quatrième semaine du développement embryonnaire, l'embryon présente une extrémité céphalique globalement arrondie, avec des bourgeons faciaux se formant autour du stomodéum. Ces bourgeons, composés de tissu mésenchymateux et d'un revêtement épiblastique, évoluent pour former les structures cartilagineuses, musculaires et osseuses du visage. Vers la cinquième semaine, les bourgeons frontaux médian et maxillaires se distinguent. Le bourgeon frontal médian donne naissance aux bourgeons nasaux interne et externe, tandis que les bourgeons maxillaires se développent autour du stomodéum. Des anomalies pendant cette période peuvent causer des malformations. La fusion des bourgeons nasaux et maxillaires forme la partie antérieure du palais primaire vers la septième semaine, suivie par le développement de la cloison nasale et des processus palatins pour former le palais secondaire entre la septième et la dixième semaine.

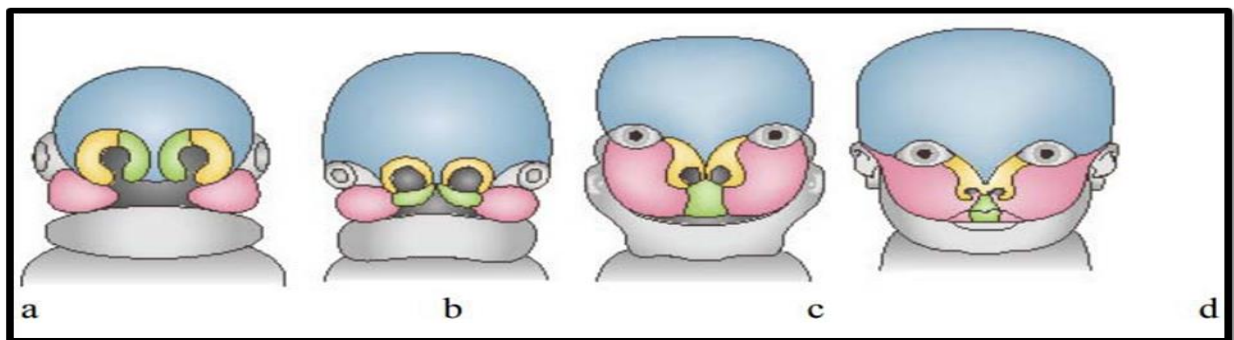


Figure 25 : Les bourgeons faciaux et leur développement

1.2. Embryologie dentaire [5,9]:

Au deuxième mois, des épaissements épithéliaux se forment au niveau du stomodéum, donnant naissance à la lame primitive et à la lame dentaire. Cette dernière évolue en une structure en forme de cloche, avec des couches cellulaires médiales et latérales, tandis que le mésenchyme se condense pour former la pulpe dentaire. L'émail est produit par les adamantoblastes, et la dentine par les odontoblastes. Toute anomalie dans ce processus peut

affecter le développement global de la dent, y compris la formation de la racine dentaire par la prolifération des odontoblastes.

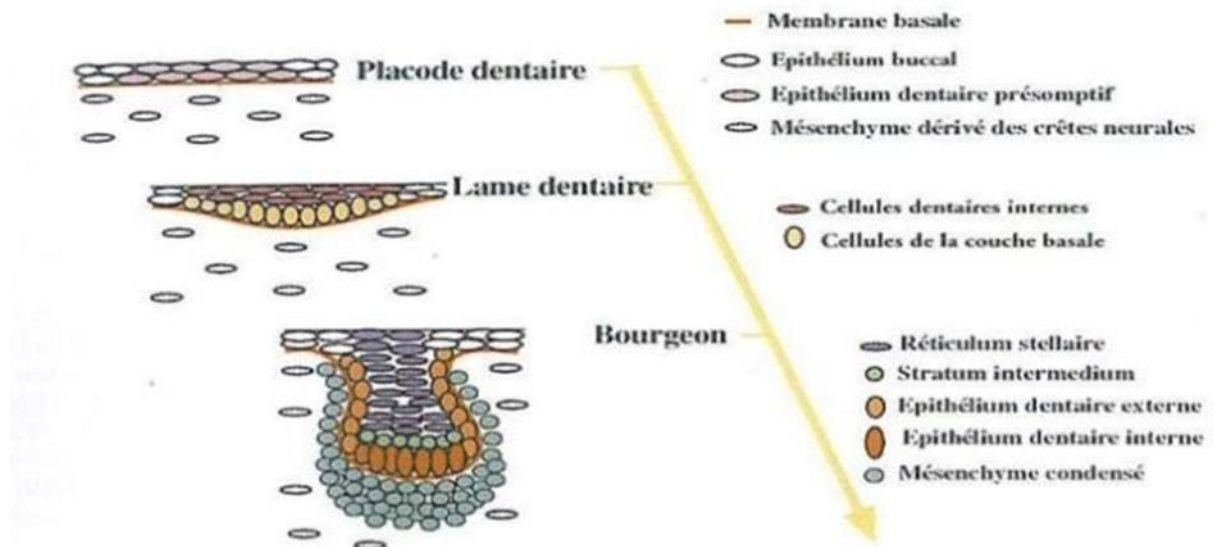


Figure 26 : Schéma embryologique de la dent.

2. Anatomie :

2.1. La face [10,11] :

La face est située dans la partie antérieure de la tête entre la ligne capillaire et la ligne basilaire. Elle est constituée d'une charpente recouverte par du tissu cutanéomusculaire. La charpente osseuse est formée d'un assemblage de 13 os que sont la mandibule (seul os mobile de la face), le maxillaire, l'os palatin, l'os lacrymal, l'ethmoïde, zygomatique, le sphénoïde et le vomer. L'assemblage des divers os de la face représente un massif osseux de forme prismatique triangulaire dont les trois faces se distinguent en antérolatérale et postérieure tandis que les deux bases sont l'une supérieure et l'autre inférieure. La face est subdivisée en trois parties : supérieure, moyenne et inférieure.

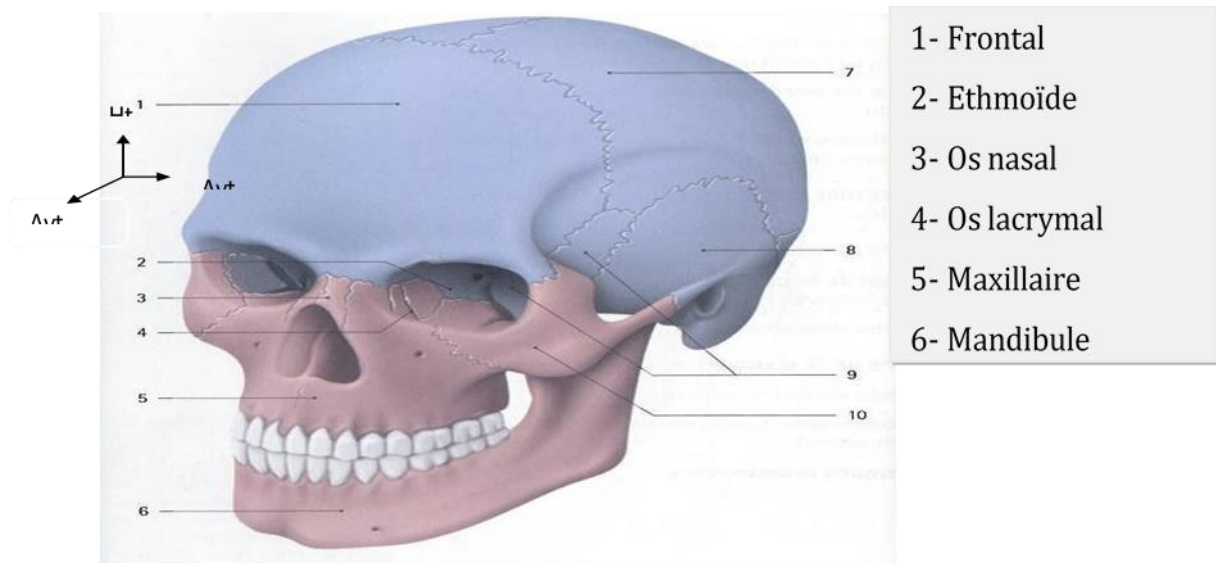


Figure 27 : Tête osseuse selon KAMINA P. [12]

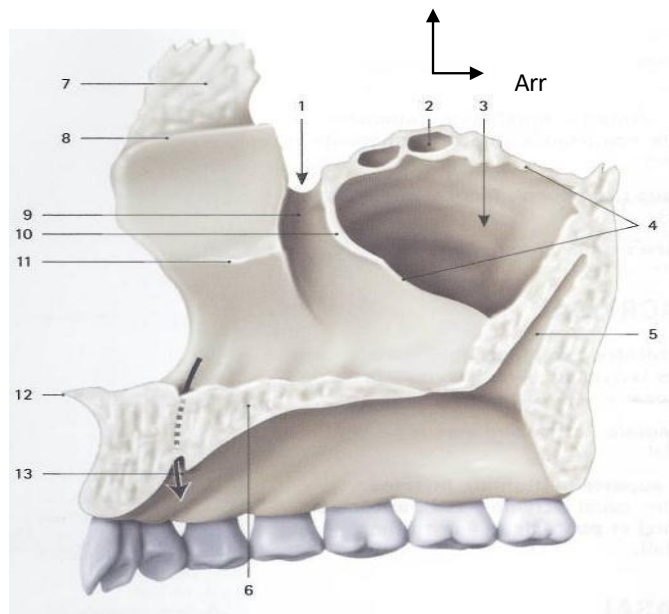
2.2. Os maxillaire [11, 13, 14]

Le maxillaire, os pair de la face, est crucial dans la formation de l'arcade dentaire supérieure et constitue les parois de l'orbite, des fosses nasales et de la cavité buccale. Composé de tissu compact et spongieux, il présente un corps pyramidal avec quatre processus distincts : zygomatique, frontal, alvéolaire et palatin.

Chaque face du maxillaire possède des caractéristiques anatomiques spécifiques : la fosse canine et le foramen infra-orbitaire sur la face faciale, la tubérosité maxillaire sur la face infra-temporale, le sillon et le canal infra-orbitaires sur la face orbitaire, et le hiatus maxillaire sur la face nasale.

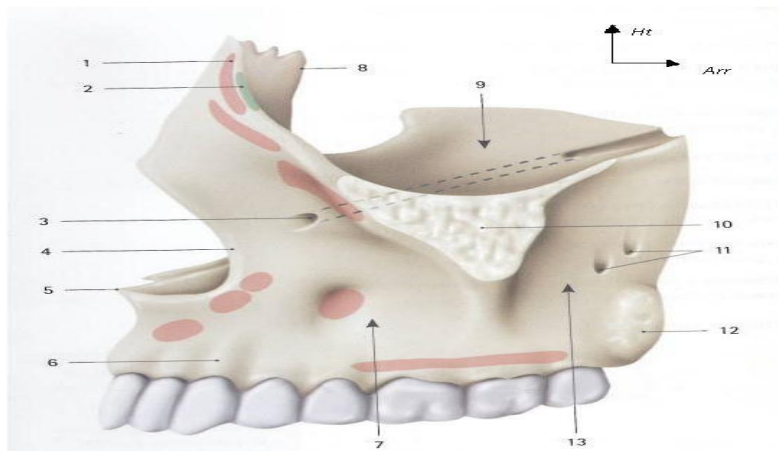
La vascularisation du maxillaire est assurée par les artères alvéolaires supéro-postérieure, supéro-antérieure et infra-orbitaire, tandis que le drainage veineux est effectué par les veines maxillaires vers la veine jugulaire externe. Le drainage lymphatique cervical est réparti en six groupes ganglionnaires distincts.

L'innervation du maxillaire est réalisée par le nerf maxillaire, branche sensible du nerf trijumeau, contribuant ainsi à la sensibilité de la région maxillo-faciale.



- 1- Incisure lacrymale
- 2- Cellule maxillaire
- 3- Sinus maxillaire
- 4- Hiatus maxillaire
- 5- Sillon grand palatin
- 6- Processus palatin
- 7- Processus frontal
- 8- Crête etmoïdale
- 9- Sillon lacrymal
- 10- Cornet lacrymal
- 11- Crête
- 12- Epine nasale antérieure
- 13- Foramen incisif

Figure 28 : Maxillaire (vue médiale), Kamina P. [12]



- 1- Processus frontal
- 2- Crête lacrymale antérieure
- 3- Foramen infra-orbitaire
- 4- Incisure nasale
- 5- Epine nasale antérieure
- 6- Jugum de la canine
- 7- Face jugale
- 8- Bord lacrymal
- 9- Face orbitaire
- 10- Processus zygomatique
- 11- Foramen alvéolaire
- 12- Tubérosité du maxillaire
- 13- Face infra temporale

Figure 29 : Maxillaire (vue antérolatérale), Kamina P. [12]

2.2.1. L'anatomie chirurgicale du maxillaire

Le massif facial supérieur, également connu sous le nom de crâne facial, peut être subdivisé en trois étages anatomiques distincts, chacun ayant ses propres structures et caractéristiques cliniques spécifiques :

- **Suprastructure:** Cette région comprend la cavité orbitaire, les sinus ethmoïdaux et la partie supérieure des fosses nasales. La cavité orbitaire abrite l'œil et ses structures associées, tandis que les sinus ethmoïdaux sont situés entre les orbites et le nez.
- **Mésosstructure:** Ce niveau englobe les sinus maxillaires et la partie inférieure des fosses nasales. Les sinus maxillaires sont les plus grands des sinus para-nasaux et sont situés dans les os maxillaires, au-dessus des dents supérieures.
- **Infrastructure:** Il s'agit du niveau le plus bas du massif facial supérieur, comprenant le plateau palatin. Le plateau palatin forme le plancher de la cavité buccale et soutient les dents supérieures.

La division en ces trois étages permet une classification anatomique des tumeurs du massif facial supérieur, ce qui facilite le diagnostic et la prise en charge clinique. Les symptômes présentés par les patients peuvent souvent indiquer la localisation approximative de la tumeur dans l'un de ces étages, ce qui guide les examens complémentaires et les options thérapeutiques.

3. Tumeurs bénignes

3.1. Définition [15, 16, 17]

Tumeur ou néoplasme : c'est une prolifération cellulaire excessive aboutissant à une néoformation tissulaire qui ressemble plus ou moins à un tissu normal ayant tendance à persister et à s'accroître, ce qui témoigne d'une certaine autonomie biologique.

Tumeurs bénignes des maxillaires : ce sont des néoformations odontogéniques ou non développées au dépend de la mandibule ou du maxillaire et, ayant une évolution lente sans métastases à distance.

3.2. Etudes anatomo-cliniques des tumeurs bénignes des maxillaires

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont caractérisées par une évolution lente avec augmentation progressive de volume, déformant le visage ou une partie de la cavité buccale.

Les signes fonctionnels sont essentiellement constitués par la douleur qui, d'ailleurs n'est pas constante en dehors d'une note inflammatoire.

Les signes physiques : l'examen exo buccal et endo-buccal permettent de mettre en évidence la tuméfaction qui déforme la cavité buccale et/ou le visage. La consistance de la tuméfaction est variable et dépend du type de tumeur. Les mobilités dentaires expriment une lyse alvéolaire [18].

La radiographie montre des images typiques. La biopsie osseuse affirme le caractère bénin de la tumeur et précise sa nature.

On les classe en tumeurs odontogènes et en tumeurs non odontogènes.

3.2.1. Tumeurs odontogènes

a. Améloblastome [15, 19, 20, 21].

C'est le classique adamantinome. Il dérive des cellules épithéliales de l'organe de l'émail ou de la lame dentaire, des débris épithéliaux de Malassez, et très rarement de l'épithélium des kystes péri coronaires. C'est la plus fréquente des tumeurs odontogènes. Il atteint le plus souvent la mandibule avec comme siège de prédilection l'angle mandibulaire. L'âge moyen de sa survenue est de 30 à 50 ans.

Cliniquement, l'améloblastome se présente comme un gonflement de l'os. C'est une tuméfaction d'évolution lente. Il peut être découvert fortuitement lors d'un examen radiologique. Le sillon vestibulaire est comblé mais le plancher buccal est normal. Les téguments ne sont pas atteints. L'état général est conservé. A la palpation, la tuméfaction est dure par endroit ; rénitente en d'autres endroits donnant l'aspect de « pingpong ».

Les images radiologiques réalisent le plus souvent un aspect multiloculaire en bulle de savon ; les logettes sont traversées par de fines lignes plus denses. Mais aussi une possibilité aréolaire en nid d'abeilles : multiples petites géodes à contours arrondis ; ou d'images uniloculaires à contours nets.

La tomodensitométrie peut montrer une usure précoce de la corticale interne de la branche montante.

L'histologie permet de distinguer plusieurs types d'améloblastomes.

b. Autres types [15, 19,20]

- Myxome odontogène
- Odontomes
- Dentinome
- Fibromes odontogènes
- Cémentomes

3.2.2. Tumeurs non odontogènes

a. Ostéome [15, 19, 20]

C'est une tumeur qui se voit surtout chez les sujets jeunes. Elle est dure à la palpation. Au niveau du maxillaire, la localisation peut être palatine centrale, latérale ou sinusienne. L'ostéome se présente sous forme d'exostose ou sous forme d'énostose.

A la radiographie, les exostoses se caractérisent par une opacité homogène s'estompant sur les bords. Pour les énostoses, la radiographie retro alvéolaire montre une image arrondie opaque.

b. Dysplasie fibreuse [15, 19, 20]

La dysplasie du maxillaire est une affection caractérisée par des anomalies dans le développement et la croissance du maxillaire, l'os situé dans la partie supérieure de la mâchoire. Cliniquement, elle peut se manifester par des symptômes tels que des déformations faciales,

des difficultés à mâcher ou à parler, des saignements de la cavité buccale et des douleurs faciales.

Sur le plan radiologique, la dysplasie du maxillaire peut présenter des signes distinctifs tels que des images radiographiques montrant des zones d'hyperdensité ou d'hypodensité osseuse, des lésions lytiques ou sclérosantes, et des déformations osseuses.

c. Autres types [19,22,23,24]

- Chérubisme ou chérubinisme
- Torus
- Granulome réparateur
- Chondrome

3.3. Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

- Les tumeurs malignes ;
- Les kystes ;
- Les pseudo tumeurs.

3.4. Traitement

3.4.1. Traitement curatif

a. Buts du traitement

- Soulager le patient ;
- Assurer l'exérèse complète de la lésion ;
- Assurer la reconstruction esthétique et fonctionnelle ;
- Éviter les complications et les récives.

b. Moyen thérapeutique [24]

- Moyens chirurgicaux :

Le traitement des tumeurs bénignes des maxillaires se fait en général par exérèse chirurgicale.

On distingue deux méthodes d'exérèse :

- Le traitement conservateur : symbolisé par l'énucléation. Il permet de préserver les dents et le maximum de tissu osseux ainsi que les éléments le traversant. L'abord cutané est déraisonnable : l'incision intéresse le revêtement muco-périosté et est décalée par rapport à la trépanation osseuse. Le « curetage appuyé » doit demeurer un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation et être réservé aux seules paroi osseuses épaisses. Certains auteurs complètent l'énucléation par une cryothérapie des parois osseuses.
- La résection tumorale : c'est un traitement non conservateur. Elle permet une exérèse tumorale en zone saine au large des limites de l'envahissement de l'os et des parties molles environnantes. En effet, l'exérèse qui est le temps primordial du traitement doit être conduite sous contrôle permanent de la vue. La résection maxillaire se fait par simple abord muqueux au niveau des futurs traits d'ostéotomie.
- Le remodelage des dysplasies fibreuses : implique des interventions chirurgicales telles que des ostéotomies et des résections osseuses pour restaurer la structure et la fonction des os affectés. Il peut également nécessiter des techniques de renforcement osseux comme la greffe osseuse ou l'utilisation de biomatériaux. Ce processus vise à remodeler les os affectés pour restaurer leur forme normale et leur fonctionnalité. Un suivi à long terme est souvent nécessaire pour surveiller la croissance osseuse et garantir la stabilité des os traités.

➤ **Reconstruction.**

Au maxillaire, le site de la résection peut être d'emblée comblé sans compromettre ultérieurement la surveillance directe de la cavité opératoire : soit par une prothèse adjointe à

base molle, soit par une plaque obturatrice faisant alors barrage à la communication bucco nasale.

➤ **Traitement adjuvant**

Il est constitué d'antalgiques, d'anti inflammatoires et d'antibiotiques en pré et post opératoire.

c. Indications thérapeutiques [24]

L'énucléation est souvent préférée pour les tumeurs de taille modérée et non invasives, préservant ainsi les structures environnantes. En revanche, la résection interruptrice est recommandée pour les tumeurs récurrentes ou de grande taille avec des dommages aux corticales osseuses. Dans le traitement de certaines tumeurs bénignes des maxillaires, comme le myxome odontogène, la résection interruptrice est le choix initial. Cependant, l'ablation chirurgicale n'est envisagée pour des cas spécifiques, tels que le torus palatin, que si la tumeur entraîne une gêne notable.

d. Surveillance

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

e. Évolution et pronostic [25]

Le traitement des tumeurs bénignes des maxillaires est généralement associé à un bon pronostic, avec peu de complications graves. Cependant, certaines tumeurs comme l'améloblastome peuvent présenter un risque de récurrence locale malgré un traitement adéquat. Le pronostic est principalement lié à la possibilité de récurrence locale et à la transformation maligne éventuelle. Les avancées dans le développement des immunomarqueurs pourraient améliorer la capacité à établir un pronostic précis dans ces cas.

3.4.2. Traitements préventifs

- Prévention primaire : une prise en charge adéquate des pathologies gingivales et dentaires.
- Prévention secondaire : le traitement précoce et adéquat des tumeurs bénignes des maxillaires.
- Prévention tertiaire : elle se résume à la prise en charge des complications telles que les récives, les dégénérescences malignes et les séquelles esthétiques et fonctionnelles.

4. Tumeurs malignes [15, 16, 17]

4.1. Définition

Tumeur maligne ou cancer : c'est une prolifération indéfinie d'une lignée cellulaire dont l'évolution spontanée est la mort, de l'individu porteur, habituellement liée à l'extension de la tumeur à tout l'organisme.

4.2. Tumeurs malignes des maxillaires :

C'est l'ensemble des proliférations anarchiques et indéfinies des lignées cellulaires et développées aux dépens des maxillaires (os maxillaires et mandibulaire) et de la muqueuse de revêtement dont l'évolution spontanée est fatale.

4.3. Facteurs de risques :

De multiple facteurs ont été incriminés comme susceptibles de provoquer un cancer.

4.3.1. Facteurs exogènes

- Tabac et l'alcool.
- Les agents chimiques.
- Les hydrocarbures polycycliques aromatiques.
- Les agents alkylants.
- Les virus : Le virus Epstein Barr (EBV).

4.3.2. Les facteurs endogènes

- Chimiothérapie.
- Infection VIH.
- La régression immunitaire au cours de la sénescence.

4.4. Histoire naturelle des cancers

Le cancer est la prolifération indéfinie d'une lignée cellulaire dont l'évolution spontanée aboutit à la mort du sujet porteur, habituellement liée à l'extension locorégionale ou générale de la tumeur.

Le cancer présente dans son évolution :

- La croissance tumorale locale.
- La dissémination cancéreuse : selon deux voies :
 - La voie lymphatique.
 - La voie hématogène.

4.5. Étude anatomo-clinique des tumeurs malignes des maxillaires

4.5.1. Aspect clinique

Les cancers des maxillaires évoluent en deux stades, un stade de début et un stade avancé.

a. Symptomatologie fonctionnelle

Au début, la banalité et la latence des signes retardent la consultation des patients.

Les signes d'appel sont :

- Déformations faciales.
- Une douleur peu intense en générale
- Des signes bucco-dentaires notamment l'absence d'une ou plusieurs dents, une malposition dentaire ou une mobilité dentaire.
- Une otalgie réflexe, rhinorrhée, une épistaxis.

- Exophtalmie, obstruction nasale, paresthésie, anesthésie ou hypoesthésie dans le territoire nerf alvéolaire inférieur.
- Une gêne à la mastication, Un œdème palpébral, un larmoiement, une diplopie peuvent exister.

b. Signes généraux

L'état général du patient est conservé au début de la symptomatologie. Cependant au stade avancé, l'état général est atteint de façon assez importante avec amaigrissement et cachexie.

c. Signes physiques

- Une tuméfaction osseuse, dure, indolore. Elle représente souvent un signe d'alarme.
- Une lésion bourgeonnante, ulcéreuse ou ulcéro-végétante saignant au moindre contact et indurée.
- Hypoesthésie cutanée dans le territoire correspondant.
- Douleurs spontanée et provoquée relativement précoce.
- Mobilité et déplacement dentaire tardif mais de grande valeur.
- Une adénopathie satellite est constante.
- Une gingivorragie, une épistaxis, une obstruction nasale, une exophtalmie peuvent être associées.

4.5.2. Imagerie médicale [26, 15]

Plusieurs examens d'imagerie peuvent être réalisés :

a. Clichés standards

- Incidence de face basse.
- Orthopantomogramme.
- Radiographie du crâne en incidence de blondeau.

Deux types d'image peuvent être observés :

- Des images d'ostéolyse sous forme de zones claires, disséminées dans l'os ; on dit que l'os a un « aspect mité » ;
- Des images d'ostéocondensation avec rupture de la corticale. Ces deux images peuvent coexister.
- Parfois, des images sous forme d'épines osseuses, dans les parties molles, sont observées ; on parle d'image en « feu d'herbe ».

b. Scanner et Imagerie par résonnance magnétique nucléaire

La tomодensitométrie ou scanner et l'imagerie par résonnance magnétique permettent une meilleure appréciation des caractères de la tumeur, de son extension exacte et l'état des corticales [26]. Le scanner montre mieux les tissus osseux et mous, l'IRM, en revanche, montre une extension musculaire ou une extension tumorale le long du nerf alvéolaire inférieur dans la médullaire de la mandibule [28].

Ils permettent de prévoir les extensions tumorales et d'adapter la stratégie opératoire [29].

c. Bilan d'extension

- Une échographie abdominale ;
- Une scintigraphie osseuse ;
- Un scanner.

➤ **Classification TNM [27]**

La classification TNM (Tumor Node Metastasis) permet de grouper les patients selon l'extension anatomique de leur maladie. Elle a pour but d'évaluer le pronostic, de guider l'indication thérapeutique, de comparer les résultats de différents protocoles thérapeutiques. Dans la classification internationale de 2002 définie par l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC), le code T réfère à la taille et l'extension locale de la tumeur primitive, le code N à l'atteinte éventuelle des ganglions (Node), le code M aux métastases. Le groupement des trois codes définit des stades. La classification par stade est un facteur pronostic majeur.

Tableau VIII : Classification TNM des cancers de la cavité buccale

T		Tumeur primitive
	Tx	Évaluation la tumeur primitive impossible
	Tis	Carcinome in situ
	T0	Aucun signe de tumeur primitive
	T1	Tumeur ≤ 2 cm
	T2	Tumeur > 2 cm mais ≤ 4 cm
	T3	Tumeur > 4 cm
	T4a	Cancer de la cavité orale : envahissement de l'os cortical, des muscles extrinsèques de la langue, du sinus maxillaire ou de la peau du visage
		Cancer de la lèvre : envahissement de l'os cortical, du nerf alvéolaire inférieur, du plancher buccal ou de la peau du visage
	T4b	Tumeur envahissant l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, la base du crâne ou englobant l'artère carotide interne
N		Ganglions lymphatiques régionaux
	Nx	Évaluation des ganglions lymphatiques régionaux impossible
	N0	Absence de métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux
	N1	Métastase ganglionnaire unique homolatérale à la tumeur < 3 cm
	N2a	Métastase ganglionnaire unique, homolatérale à la tumeur, comprise entre 3 et 6 cm
	N2b	Métastases ganglionnaires multiples homolatérales à la tumeur ≤ 6 cm
	N2C	Métastase(s) ganglionnaire(s) controlatérale(s) à la tumeur ou bilatérales ≤ 6 cm
	N3	Métastase(s) ganglionnaire(s) > 6 cm
M		Métastases à distance
	Mx	Évaluation de métastases à distance impossible
	M0	Absence de métastase à distance
	M1	Présence de métastases à distance

➤ Groupement par stades

Stade 0 :	Tis	N0	M0
------------------	-----	----	----

Stade I :	T1	N0	M0
Stade II :	T2	N0	M0
Stade III :	T1, T2, T3	N1 N0, N1	M0
Stade IVA :	T1, T2, T3 T4a	N2 N0, N1, N2	M0
Stade IVB :	tout T T4b	N3 tout N	M0
Stade IVC :	tout T	tout N	M1

4.6. Aspect histo-pathologique [26, 15]

L'examen anatomopathologique se fait sur un prélèvement biopsique ou une pièce opératoire. Les tumeurs malignes des maxillaires fréquemment rencontrées sont les épithéliomas et les sarcomes.

Il existe deux grands groupes de tumeurs malignes non odontogènes.

4.6.1. Tumeurs malignes odontogènes : Elles sont exceptionnelles.

a. Carcinomes odontogéniques. Ce sont :

- L'ameloblastome malin ;
- Le carcinome épidermoïde primitif intra-osseux ;
- La transformation carcinomateuse de kystes odontogéniques [30]
- Sarcomes odontogéniques

4.6.2. Tumeur malignes non odontogènes

a. Carcinomes épidermoïdes :

➤ Les sarcomes

- Le fibrosarcome, exceptionnel dans le maxillaire,
- Le chondrosarcome,
- L'ostéosarcome,
- Le sarcome d'EWING, c'est une tumeur de l'enfant,

- Les autres sarcomes sont : l'histiocytome fibreux malin, le liposarcome, le rhabdomyosarcome, l'angiosarcome.
- Les lymphomes : Les plasmocytomes, les lymphomes de Hodgkin et les lymphomes non Hodgkiniens dont le lymphome de BURKITT.

4.7. Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

- Les tumeurs bénignes des maxillaires ;
- Les kystes et les lésions polykystiques des maxillaires ;
- Les infections et inflammations.

4.8. Traitement des tumeurs malignes des maxillaires :

4.8.1. Traitements curatif

a. Buts du traitement

Il s'agit :

- De soulager ou supprimer la douleur ;
- De l'exérèse complète de la tumeur ;
- D'assurer la reconstruction ;
- D'éviter les complications ;
- De prolonger la vie.

b. Moyens chirurgicaux et reconstruction

➤ La chirurgie [31]

La chirurgie des tumeurs pouvant toucher le maxillaire est une chirurgie qui s'étend plus ou moins aux structures anatomiques voisines en fonction de l'extension de la lésion en raison du principe d'ablation total. Ainsi, l'exérèse chirurgicale peut être une chirurgie très mutilante pouvant concerner la totalité du maxillaire ou s'étendre au niveau des éléments

anatomiques voisins tels que cavités nasales, sinusiennes ou orbitaires. L'exérèse de la lésion tumorale se fait en fonction de l'extension de la tumeur au niveau du massif facial supérieur : ainsi, la résection pourra concerner l'infrastructure et / ou la mésostructure et / ou la Suprastructure du massif facial supérieur. Cependant la chirurgie d'exérèse doit veiller à préserver les poutres et piliers du massif facial, véritables points de résistance de la face. En effet, toute atteinte de ces éléments anatomiques conduit à une fragilisation de la structure faciale. La préservation d'un capital dentaire et de certaines dents comme la canine maxillaire est également recommandée en vue de la réhabilitation orale future.

❖ ***Les voies d'abord chirurgicales du massif facial supérieur [32]***

La voie d'abord de la tumeur doit être large et adaptée, afin de permettre une ablation totale de la tumeur tout en limitant au maximum les mutilations. Trois types de voie sont utilisés dans la chirurgie des tumeurs du maxillaire : les voies naturelles, les voies transcutanées, et les voies non invasives.

- Les voies naturelles

Les voies naturelles sont des voies d'abord endobuccales, directement sur la fibromuqueuse palatine ou par l'intermédiaire d'une incision vestibulaire supérieure ou sous labiale.

- Les voies transcutanées

S'imposent comme les meilleures voies d'abord pour les tumeurs malignes envahissantes ou peu accessibles, en raison de l'exposition optimale de la tumeur, et de la sécurité carcinologique qu'elles confèrent.

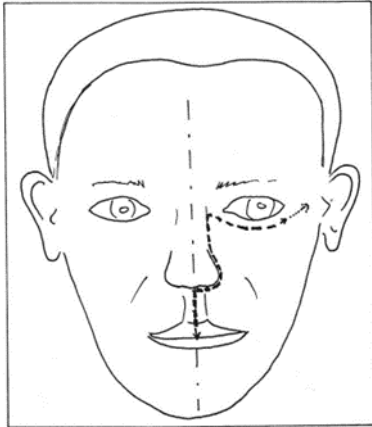


Figure 30 : Voie de Moure modifiée Labayle [32]

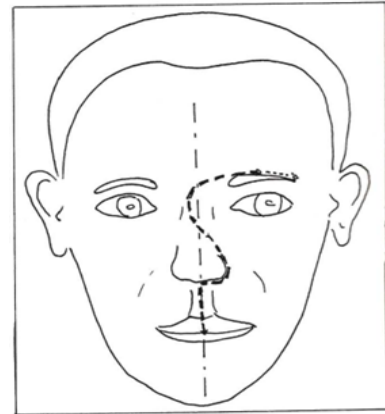


Figure 31 : Voie de Weber-Fergusson [32]

- Les voies non invasives [33]

La voie non invasive ou micro-invasive est une chirurgie par navigation, sous guidage endoscopique. Elle représente l'étape la plus récente des techniques chirurgicales pour le traitement des tumeurs des cavités nasosinusiennes. Notamment.

➤ **La Radiothérapie : [31,34,35]**

Constitue un pilier essentiel dans la prise en charge des cancers, notamment ceux des maxillaires. Elle offre une alternative précieuse pour les tumeurs considérées initialement comme inopérables, rendant ainsi opérables certaines lésions. Les différentes modalités comprennent la radiothérapie conventionnelle, la télé gammathérapie utilisant le cobalt 60 ou le télécésium 137, ainsi que la curiethérapie avec l'iridium 192 ou le radium. Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients, mais toutes visent à atteindre une irradiation efficace tout en préservant les tissus sains avoisinants. La radiothérapie est une alternative importante dans le traitement du cancer. Elle repose sur l'utilisation de radiations ionisantes qui altèrent l'ADN des cellules cancéreuses. La dose d'irradiation, mesurée en gray (Gy), est administrée de manière fractionnée pour une efficacité biologique maximale. L'étalement des doses sur la durée du traitement est également crucial. Le choix de la méthode dépend de

plusieurs facteurs, notamment la taille de la tumeur, son épaisseur et la présence d'adénopathies métastatiques cervicales.

Les techniques de radiothérapie peuvent être bidimensionnelles, tridimensionnelles ou conformationnelles avec modulation d'intensité (RCMI ou IMRT). La radiothérapie constitue un pilier essentiel dans la prise en charge des cancers, en particulier ceux des maxillaires. Elle permet de rendre opérables certaines lésions initialement considérées comme inopérables. Les différentes modalités incluent la radiothérapie conventionnelle, la télé-gammathérapie avec le cobalt 60 ou le télécérium 137, ainsi que la curiethérapie avec l'iridium 192 ou le radium. Chaque méthode vise à atteindre une irradiation efficace tout en préservant les tissus sains environnants.

Après une séance de radiothérapie, le patient peut ressentir des effets indésirables, précoces ou tardifs, touchant tous les tissus irradiés. Ces effets, réversibles ou irréversibles, incluent des altérations des glandes salivaires, une fragilisation des muqueuses, des caries et un risque d'ostéoradionécrose. L'introduction de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (IMRT) a permis de réduire ces effets en préservant davantage de tissus sains.

➤ **La chimiothérapie : [31,34,35]**

La chimiothérapie est une modalité de traitement du cancer qui consiste à utiliser des agents chimiques, également appelés agents anticancéreux, pour détruire les cellules cancéreuses ou inhiber leur croissance. Ces agents sont généralement administrés par voie parentérale.

Il existe plusieurs types d'agents anticancéreux utilisés en chimiothérapie, notamment les agents alcoolysants, les antimétabolites et les drogues agissant sur le fuseau mitotique. Les agents alcoolysants endommagent l'ADN des cellules cancéreuses, les antimétabolites

interfèrent avec la synthèse de l'ADN et des acides nucléiques, tandis que les drogues agissant sur le fuseau mitotique perturbent la division cellulaire.

La chimiothérapie peut être administrée seule ou en combinaison avec d'autres modalités thérapeutiques telles que la chirurgie ou la radiothérapie. Les protocoles de chimiothérapie les plus courants incluent le protocole CAP (combinant Cyclophosphamide, Doxorubicine, et Cisplatine) et le protocole Cisplatine 5-FU, entre autres.

Bien que la chimiothérapie soit efficace dans le traitement du cancer, elle peut également provoquer des effets secondaires importants. Parmi les effets secondaires les plus courants, on trouve la perte de cheveux, les nausées et vomissements, la fatigue, la baisse des globules blancs (neutropénie), la baisse des globules rouges (anémie) et la baisse des plaquettes (thrombocytopénie). Ces effets secondaires peuvent varier en fonction du type de médicament utilisé et de la sensibilité individuelle du patient. Il est essentiel que les patients sous chimiothérapie soient étroitement surveillés et reçoivent un soutien approprié pour atténuer ces effets indésirables.

➤ **La reconstruction :**

Après une maxillectomie on peut faire appel à diverses techniques, notamment les prothèses maxillo-faciales, les greffes osseuses, les lambeaux locaux, les lambeaux microchirurgicaux et les implants dentaires. Chaque méthode vise à restaurer l'apparence et la fonctionnalité du maxillaire perdu.

➤ **Les moyens adjuvants :**

Jouent un rôle important dans la gestion globale du cancer des maxillaires. La corticothérapie, les antalgiques, les anti-anémiques, les antibiotiques et les antiémétiques sont souvent utilisés pour atténuer les effets secondaires du traitement, soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients. Leur utilisation judicieuse contribue à une prise en charge globale et holistique du patient atteint de cancer des maxillaires.

c. Indications thérapeutiques [29,36, 37,38]

Le traitement des tumeurs malignes des maxillaires dépend de plusieurs facteurs, notamment l'état du patient, le type histologique de la tumeur et son stade. Avant toute intervention, une remise en état dentaire est recommandée, suivie d'une évaluation individuelle du patient. Les carcinomes, souvent radiosensibles, peuvent être traités par chirurgie ou chimiothérapie. Les ostéosarcomes nécessitent généralement une ablation chirurgicale radicale avec chimiothérapie, tandis que les chondrosarcomes peuvent être traités par une exérèse large. La chirurgie est privilégiée aux stades 0, I et II, tandis qu'aux stades III et IV, une approche combinée avec chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie est nécessaire pour un traitement efficace.

d. Surveillance

Elle est clinique, basée sur un examen local et locorégional, et sur la surveillance des effets indésirables de la chimiothérapie. Elle est aussi paraclinique, appréciant l'extension de la tumeur et le retentissement métabolique de la chimiothérapie.

e. Évolution et pronostic

➤ Évolution : Il se fait vers :

- L'extension régionale de la tumeur aux ganglions cervicaux ;
- Les métastases aux poumons, au foie et au cerveau ;
- La récurrence locale ou métastatique malgré le trépied thérapeutique (chirurgie radicale, chimiothérapie et radiothérapie).
- La mort

➤ Pronostic

Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic. Il est sombre dans les tumeurs malignes des maxillaires vues tardivement.

4.8.2. Traitement préventif

La prévention des tumeurs implique d'éliminer ou de limiter l'exposition aux facteurs de risque, tels que la consommation excessive d'alcool et de tabac, connus pour augmenter les risques de cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx. Le traitement des tumeurs bénignes consiste souvent en une chirurgie d'exérèse limitée. De plus, un dépistage systématique des cancers peut être réalisé pour détecter précocement toute anomalie potentiellement cancéreuse.

5. Kystes maxillaires

5.1. Définition [39]

« Un kyste est une cavité pathologique qui présente un contenu liquide, semi-liquide, ou aérique et qui n'est pas créé par l'accumulation de pus. Il est bordé par un épithélium qui peut être soit continu soit discontinu. »

5.2. Aspect clinique et symptomatologie [40]

La tuméfaction osseuse résume très souvent la symptomatologie. Asymptomatique ou inaugurée par un épisode infectieux, elle fait, selon le propos de Cernea, « corps avec l'os ».

Les signes dentaires :

- Une douleur ou mobilité dentaire,
- Un retard de cicatrisation alvéolaire après avulsion dentaire,
- Une fistule, Une sensation de pression, de gêne indéfinissable au niveau des maxillaires,
- Des saignements gingivaux, Une asymétrie faciale et un crépitement à la palpation,
- Un retard d'éruption, Des fractures spontanées...

En l'absence de transformation maligne ou d'exacerbation inflammatoire, il n'existe pas d'altération de la sensibilité cutanéomuqueuse ni d'adénopathie cervicale.

5.3. Aspect radiologique [41]

La radiographie est l'examen d'investigation de base pour les dépister. L'accessibilité et la grande fiabilité des procédés d'imagerie actuels permettent de mieux les identifier, malgré les risques d'erreur liés à la variété et à la diversité des lésions.

L'orthopantomogramme apprécie l'extension de la lésion et son unicité. Imprécis pour l'analyse de la trame osseuse, il est avantageusement complété par des incidences rétro-alvéolaires et occlusales. S'y ajouteront les incidences radiologiques conventionnelles spécifiques à la localisation tumorale (Blondeau, défilé maxillaire, face basse, ...). Seront alors précisés :

La tonalité de la lésion : plus souvent radio claire, preuve du caractère ostéolytique ou kystique ou radio opaque, témoignant de la composante odonto-, cémento- ou ostéoformatrice de la tumeur, l'image est plus rarement mixte, signant d'autant mieux le caractère odontogénique de la tumeur ;

- Le contour de la lésion : bordure nette, soulignée d'une ligne épaisse ou fine, ou contour nuageux et irrégulier ;

- Le caractère mono- ou polygédodique,

- Les signes dentaires : rhizalyse.

- Les rapports tumoraux avec le canal dentaire et les structures nasosinusiennes ;

en présence de tumeurs étendues, notamment maxillaires, la tomodensitométrie représentée de nos jours par le « cone beam » (3D Accuitomo, Dentascan) est fort utile afin de guider le bilan d'extension et le choix thérapeutique. Ces examens prescrits avec discernement ne peuvent cependant pas compenser l'absence de spécificité de nombreuses images radiographiques, tout particulièrement ostéolytiques.

5.4. Aspect histologique [42,43]

5.4.1. Kystes odontogéniques :

a. Kyste dentigère :

- L'épithélium est souvent mince, non kératinisé et stratifié.
- Peut présenter des signes d'atypies épithéliales.

b. Kyste épidermoïde (ou kératokyste) :

- L'épithélium est souvent stratifié, parfois kératinisé, avec des couches orthokératinisées ou parakératinisées.
- Peut contenir des invaginations ou des saillies.

c. Kyste périodontal latéral :

- L'épithélium est souvent aminci et non kératinisé.
- Entouré par un tissu conjonctif inflammatoire.

d. Kyste glandulaire odontogénique :

- L'épithélium est souvent cuboïdal ou cylindrique, avec des cellules glandulaires.
- Présence possible de zones de dégénérescence kystique ou muqueuse.

e. Kyste odontogène calcifiant :

- Contient des zones calcifiées ou ossifiées.
- L'épithélium est souvent mince et non kératinisé.

f. Kyste gingival de l'adulte et kyste gingival de l'enfant :

- L'épithélium est souvent mince et non kératinisé.
- Peut présenter des zones de fibrose ou d'inflammation.

g. Kyste d'éruption :

- L'épithélium est souvent mince et non kératinisé.
- Peut contenir des cellules inflammatoires ou des zones de fibrose.

5.4.2. Kystes non odontogéniques :

a. Kyste naso-palatin :

- Origine discutée, souvent dérivé des vestiges épithéliaux du canal naso-palatin.
- L'épithélium peut être varié, parfois pseudostratifié cilié.

b. Kyste naso-labial :

- Provient d'inclusions épithéliales à la jonction des bourgeons maxillaires et nasaux.
- L'épithélium est souvent stratifié.

c. Kyste globulomaxillaire :

- Situé dans la zone de fusion embryologique des processus maxillaires.
- L'épithélium peut être mince et non kératinisé

5.5. Traitements [41]

5.5.1. Traitements curatifs

a. Buts du traitement

Le traitement des kystes a pour objectif principal :

- Éliminer le kyste tout en préservant les tissus environnants,
- Prévenir les complications potentielles,
- Réduire le risque de récurrence, de soulager les symptômes associés,
- Maintenir la fonction et l'esthétique des structures affectées.

b. Moyens thérapeutiques :[41]

➤ Moyens chirurgicaux :

- Traitement endodontique : Procédure dentaire visant à éliminer l'infection à l'intérieur de la dent associée au kyste radiculaire en retirant le tissu pulpaire infecté et en nettoyant les canaux radiculaires, suivie d'une obturation pour sceller la dent.

- Enucléation : Chirurgie consistant à retirer complètement le kyste ainsi que sa membrane kystique de l'os maxillaire, visant à éliminer la lésion de manière définitive.

- Curetage : Procédure après l'enucléation, consistant à gratter les parois internes de la cavité kystique pour éliminer les tissus résiduels et les cellules kystiques restantes, réduisant ainsi le risque de récurrence.

- Résection osseuse : Chirurgie visant à retirer une partie de l'os maxillaire autour du kyste, utilisée pour les kystes étendus ou récurrents, suivie parfois d'une reconstruction osseuse pour restaurer la structure osseuse.

- Marsupialisation : Création d'une ouverture dans le kyste pour permettre l'écoulement du liquide kystique, réduisant ainsi la pression interne et favorisant la réduction de la taille du kyste.

➤ **Traitement médical :**

En complément ou en alternative à la chirurgie, l'utilisation de médicaments vise à réduire l'inflammation, contrôler les infections ou favoriser la résorption du kyste maxillaire.

➤ **Reconstruction**

Après la chirurgie des kystes maxillaires, la reconstruction par prothèses peut être nécessaire pour restaurer la forme et la fonction de la région maxillofaciale. Les prothèses peuvent remplacer les tissus perdus et restaurer l'esthétique du visage, ainsi que la capacité à parler et à manger.

c. Indication thérapeutiques [41]

Le traitement des kystes est adapté en fonction de divers facteurs tels que la taille, le type, la localisation et les symptômes du kyste, ainsi que l'état de santé global du patient. Les interventions thérapeutiques peuvent inclure la surveillance, le traitement médical, la chirurgie conservatrice ou radicale, la cryothérapie et d'autres modalités. L'objectif principal est d'éliminer le kyste tout en préservant les tissus sains, de prévenir les complications et les récurrences, et de soulager les symptômes associés. Chaque plan de traitement est élaboré de manière individualisée pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

d. Surveillance

Après le traitement, une surveillance régulière est nécessaire pour détecter tout signe de récurrence ou de complication. Cela comprend des examens cliniques périodiques et des examens radiologiques pour évaluer l'évolution post-opératoire.

e. Pronostic [41]

Le pronostic des kystes maxillaires dépend de divers facteurs, tels que le type de kyste, la réponse au traitement et la présence de complications. Une prise en charge précoce et appropriée est essentielle pour améliorer le pronostic et réduire les risques de récurrence.

5.5.2. Traitement préventif :

La prévention des kystes maxillaires est principalement axée sur la prévention des conditions dentaires et maxillo-faciales qui peuvent conduire au développement de ces lésions. Voici quelques mesures préventives importantes :

- Bonne Hygiène Bucco-Dentaire
- Visites Régulières chez le Dentiste
- Traitement Précoce des Infections Dentaires
- Éducation et Sensibilisation
- Gestion des Traumatismes Buccaux
- Suivi Régulier après Traitement

II. Discussion des résultats

1. L'analyse épidémiologique

1.1. L'incidence annuelle :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

Sur 5 ans, nous avons recensé 26 cas de tumeurs histologiquement confirmées. Parmi ces 26 cas de cette série, d'une part nous avons noté 7 patients atteints des tumeurs bénignes des maxillaires soit 1,4 cas/an.

Néanmoins, nos résultats se situent en deçà de ceux obtenus par Rachid L. [3] lors d'une étude menée à Marrakech portant sur 24 cas de tumeurs bénignes. Cette recherche a mis en évidence une incidence annuelle de 3 cas/an. Ainsi, au Maroc, une étude menée par JANAHA A. et al. [44] a rapporté une incidence annuelle de 10 cas pour les tumeurs bénignes des maxillaires.

Au Burkina Faso, BALAYA J. P. [34] a signalé une incidence annuelle de 9,5 cas dans une série de 95 cas de tumeurs bénignes. En Côte d'Ivoire, AKA G. K. et al [45], ainsi qu'AGBOKPONTO A. R. [46], ont rapporté respectivement 4 et 6 cas de tumeurs bénignes des maxillaires par an dans leurs séries. Ces résultats dépassent ceux que nous avons observés.

Cette disparité s'explique par le fait que les autres études ont inclus différentes catégories de tumeurs bénignes maxillo-mandibulaires par rapport à celle-ci.

Tableau IX : incidence annuelle des tumeurs bénignes

Auteurs	Durée d'étude /an	Nombre de cas	Lieu d'étude	Incidence annuelle
RACHID L. [3]	5	24	Maroc	3 cas
JANAH A. et al [44]	6	50	Maroc	10
BALAYA J.P. [34]	10	95	Burkina Faso	9,5
AKA.G.K et al [45]	2	32	Côte d'ivoire	4
AGBOKPONTO.A.R[46]	10	64	Côte d'ivoire	6
Notre série	5	7	Maroc	1,4

➤ *Dans la série des tumeurs malignes*

D'autre part nous avons noté 11 patients atteints d'une tumeur maligne soit une incidence annuelle de 2,2cas/ an :

Ces résultats sont proches à ceux de SAWADOGO S. [47] au Bénin, dans une étude portant sur les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte qui a trouvé une incidence annuelle de 3 cas.

Par contre nos résultats sont inférieurs ceux de TONDE L. [48] et BALAYA J.P. [34] au Burkina Faso qui ont trouvé respectivement une incidence annuelle de 9 et 11.6 cas.

Au Sénégal, TOURE S. et al. [49], dans une étude prospective sur les cancers de la cavité buccale, ont trouvé une incidence annuelle de 21,5 cas, Ces résultats sont supérieurs aux nôtres.

La variabilité des résultats peut être attribuée à la présence d'autres types de tumeurs malignes maxillo-mandibulaires dans les autres études.

Tableau X : incidence annuelle des tumeurs malignes

Auteurs	Année	Nombre de cas	Lieu d'étude	Incidence annuelle
SAWADOGO S. [47]	10	117	Benin	3
TONDE L. [48]	10	89	Burkina Faso	9
BALAYA J.P. [34]	10	116	Burkina Faso	11,6
TOURE S. et al [49]	6	54	Sénégal	21,5
Notre série	5	11	Maroc	2,2

✓ *Dans la série des kystes maxillaires*

D'un autre côté, nous avons enregistré 8 patients présentant des kystes maxillaires, soit une moyenne de 1,6 cas par an :

Le taux trouvé dans notre série est proche à celui observé dans les séries d'AREGBEZOLA [50], DEHNER [51]. Cependant, nos chiffres étaient inférieurs à ceux rapportés par RACOTOARESOA [52], de N'GUESSANN. D. [53], et celle de JOHNSON A. [54], mais dans ces dernières, d'autre catégorie des tumeurs bénignes maxillo-mandibulaires ont été inclus.

L'étude réalisée par BOUAICHI H.[55]au Maroc, axée sur 50 cas de kystes maxillo-mandibulaires, a mis en évidence une occurrence annuelle variant entre 8 et 9 cas.

Tableau XI : incidence annuelle des kystes

Auteurs	Durée d'étude	Nombre de cas	Lieu d'étude	Incidence annuelle
RACOTOARESOA [52]	2	28	Madagascar	14
N'GUESSANN.D. [53]	6	31	Côte d'ivoire	5,16
AREGBEZOLA [50]	11	23	Nigeria	2
DEHNER [51]	24	45	USA	2
JOHNSON.A[54]	9	37	Burkina Faso	7,28
BOUAICHI H. [55]	6	50	Maroc	8-9
Notre série	5	8	Maroc	1,6

Les chiffres de nos séries, tant pour les tumeurs bénignes, malignes que pour les kystes maxillaires, sous-estiment la réalité en raison d'une sous-notification des cas. En effet, de nombreux patients n'ont pas recours à l'examen anatomopathologique, et d'autres préfèrent consulter la médecine traditionnelle plutôt que de consulter un professionnel de la santé.

1.2. L'âge :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

L'âge moyen de survenue des tumeurs bénignes était de 46,26 ans dans notre série. Avec des extrêmes d'âge de 24 ans et de 76 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 21–40ans, Suivies par les tranches d'âge de 41 à 50 ans et de 61 à 70 ans, qui ont enregistré une fréquence équivalente de 29%.

Selon les résultats de de JING W. et al. [56] en Chine dans une étude portant sur 1642 cas de tumeurs bénignes des maxillaires l'âge moyen trouvé était 32,1 ans. De manière similaire, au Maroc, les résultats enregistrés par RACHID L. [3] indiquent un âge moyen de 30 ans, ce qui est nettement inférieur à nos résultats.

LADEINDE A. L. et al. [13] au Nigéria et Ouédraogo D. et al [57] au Burkina Faso ont rapporté un âge moyen de 29,9 ans et 40 ans respectivement. À noter que BALAYA J.P. [34] dans une étude menée également au Burkina Faso, a relevé un âge moyen de 28,91 ans, Ce constat est en fort décalage avec nos propres résultats.

Les tumeurs bénignes des maxillaires semblent présenter dans la littérature une diversité d'âges moyens. Leur apparition est possible à tout moment de la vie, mais un pic semble être observé chez les adultes jeunes.

Tableau XI : comparaison des âges des tumeurs bénignes

Auteurs	Durée d'étude (ans)	Nombre de cas	Moyenne d'âge (ans)	Tranches d'âge la plus touchée (ans)
JING W. et al [56]	25	1642	32,1	–
L.RACHID [3]	5	24	30	11–20
BALAYA J.P. [34]	10	95	28,91	21–30
Notre série	5	7	46,26	21–40

➤ **Dans la série des tumeurs malignes**

L'âge moyen de survenue des tumeurs malignes dans notre étude était de 37,71 ans, avec des extrêmes de 9 et 69 ans. La catégorie d'âge la plus touchée était celle de 41 à 50 ans, représentant 45% des cas, suivie par la tranche d'âge de 21 à 40 ans.

Au Burkina Faso, BALAYA J.P. [34] a rapporté un âge moyen de 37,87 ans, une concordance étroite avec nos propres constatations.

Dans la série de BENGODO M.C. et al. [58] au Cameroun, l'âge moyen était de 53,5 ans alors que l'étude de SAWADOGO S. [47] Bénin a noté une moyenne d'âge de 49,4 ans, ce qui est supérieurs à nos résultats.

Par contre DEBRY C. et al. [59] en France ont noté un âge moyen de 30,76 ans, ce qui rejoint notre série.

Les tumeurs malignes sont classiquement l'affection de la personne adulte. Dans la littérature les tumeurs malignes des maxillaires touchent les tranches d'âge de 45 à 69 ans, ce qui rejoint notre étude. [60,61]

Tableau XII : comparaison des âges des tumeurs malignes :

Auteurs	Durée d'étude (ans)	Nombre de cas	Moyenne d'âge (ans)	La tranche d'âge la plus touchée(ans)
BALAYA J.P. [34]	10	116	37,87	0-10
BENGODO M.C. et al[58]	7	56	53,5	–
SAWADOG S. [47]	10	117	49,4	–
DEBRY C. et al [59]	6	29	30,76	–
Notre série	5	11	37,71	41-50

➤ **Dans la série des kystes maxillaires**

Dans cette série l'âge moyen était de 31,75 ans avec des extrêmes de 8 et 66 ans. 64 % des cas ont moins de 40 ans.

Dans l'étude de BOUAICHI H. [55] l'âge de survenue des kystes maxillo-mandibulaires varie entre 7 et 72 ans avec une moyenne de 36,38 ans. 64 % des cas ont moins de 40 ans.

Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées avec une prédominance de l'âge jeune [44].

Les résultats trouvés dans notre série sont en accord avec les données de la littérature sur l'incidence importante de ces kystes chez le sujet jeune de la 2ème et 3ème décennie. [51,62 ,63 ,64,65]

Tableau XIII : comparaison des âges des kystes

Auteurs	Durée d'étude	Nombre de cas	Moyenne d'âge	Tranche d'âge la plus touchée
BOUAICHI H. [55]	6	50	36,38	40-50
Notre serie	5	8	31,75	0-20/ 21-40

1.3. Le sexe :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

Le sex-ratio pour les tumeurs bénignes était de 0,16 (H/F), indiquant une nette prédominance féminine. Cette observation concorde avec ce qui est fréquemment rapporté dans la littérature, [46,57,66,67]

Il est toutefois important de noter que nos résultats divergent de certaines études, notamment celles d'AKA G. K. et al. [45] En Côte d'Ivoire et de JING W. et al. [56]. en Chine, qui ont rapporté une prédominance masculine.

KPEMISSI E. et al. [62] au Togo, PARKINS G. E. et al. [68] au Nigéria et RACHID L. [3] au Maroc ont noté une répartition sensiblement égale dans les deux sexes.

Cette discordance souligne la variabilité possible des profils épidémiologiques entre différentes régions géographiques et populations.

Tableau XIV : la comparaison entre les différents sex-ratio des tumeurs bénignes

Auteurs	Durée d'étude	Nombre des cas	Sexe ratio H/F
AKA G.K [45]	2	32	1.66
JING W et al [56]	25	1642	2,3
RACHID L. [3]	5	24	1
KPEMISSI E. et al [62]	10	91	1
Notre série	5	7	0,16

➤ Dans la série des tumeurs malignes

Le sex-ratio pour les tumeurs malignes était de 1,77 (H/F), indiquant une nette prédominance masculine. Cette observation s'aligne sur ce qui est communément rapporté dans la littérature, comme en témoignent les études référencées [69,59,70,57]. De manière similaire, au Burkina Faso, BALAYA J.P. [34] a également observé une prédominance masculine, avec un sex-ratio H/F de 1,4.

Il est cependant à noter que nos résultats diffèrent de certaines études, notamment celles de DIOMBANA M. L. et al [29] au Mali, de BENGONDO M. C. et al. [58] au Cameroun, et de BEN ACHOUR A. [69] en Tunisie qui ont rapporté une prédominance féminine. En contraste, d'autres auteurs tels que SAWADOGO S. [47] au Bénin, CHIDZONGA M.M [71] au Zimbabwe ont noté des similitudes dans les deux sexes

Tableau XV : la comparaison entre les différents sex-ratio des tumeurs malignes

Auteurs	Durée d'étude	Nombre de cas	Sexe ratio H/F
BALAYA J.P. [34]	10	116	1,4
DIOMBANA M.L et al [29]	9	61	0,9
BEN ACHOUR A. [69]	8	68	0,6
SAWADOGO S. [47]	10	117	1
Notre série	5	11	1,77

➤ **Dans la série des kystes maxillaires**

Dans notre série, Le sex-ratio pour les kystes maxillaires était de 1,6 (H/F) avec une prédominance masculine.

Ainsi Au Maroc BOUAICHI H. [55] a trouvé une prédominance du sexe masculin avec un sexe-ratio de 2.4, ce qui converge avec nos résultats.

Contrairement à ANAYANECHI C.E. [72], AVELAR R.L. [73] et RAKOTOBARISOTA A. [52] qui rapportent une prédominance féminine. Cependant KPEMSSI E. [62] n'a pas constaté la prédominance d'un sexe (Sex-ratio H/F=1).

Tableau XVI : la comparaison entre les différents sex-ratio des kystes

Auteurs	Durée d'étude (ans)	Nombre des cas	Sexe ration H/F
BOUAICHI H. [55]	6	50	2,4
ANAYANECHI C.E. [72]	15	151	0,8
AVELAR R.L. [73]	15	238	0,7
RAKOTOBARISOTA A. [52]	2	28	0,3
KPEMSSI E. [62]	6	91	1
Notre étude	5	8	1,6

1.4. Les facteurs de risque :

➤ Éthylo-tabagisme

L'association du tabac et de l'alcool représente de loin le facteur de risque principal. L'alcool, en lui-même, ne semble pas jouer un rôle carcinogène direct, mais plutôt agir comme un potentialisateur du tabac. [74][75]

Dans le cadre de cette étude, nous avons observé la présence de 4 patients fumeurs soit 15,38% de la totalité des patients, parmi lesquels 3 étaient atteints de tumeurs malignes. Ce résultat est comparable à celui de l'étude menée par BAMBARA A. [76] sur les tumeurs de la cavité buccale, où un taux de 22,78% des patients fumeurs était porteur de cancers.

➤ Mauvaise hygiène bucco-dentaire

La mauvaise hygiène bucco-dentaire était le facteur prédominant parmi les antécédents des patients. En effet, elle a été observée chez 62 % de l'ensemble des patients de notre étude. Nos résultats corroborent ceux de BAMBARA A. [76], qui ont également constaté une mauvaise santé bucco-dentaire dans 68% des cas, avec une présence d'érosions liées à la mastication de noix de cola.

➤ Les lésions précancéreuses

Dans notre série, aucun patient n'a consulté à un stade où des lésions précancéreuses étaient détectées. Cela souligne l'importance cruciale d'une sensibilisation accrue aux signes précurseurs du cancer maxillaire.

2. L'analyse clinique :

2.1. Délai de consultation :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes sont marquées par leur évolution longue et silencieuse, ce qui a eu pour résultats une consultation tardive à l'hôpital avec des observations de tumeurs mons-

trueuses. Le délai moyen de consultation dans notre série a été de 46 mois avec des extrêmes de 2 et 72mois.

Ce délai observé dans la consultation des patients peut être expliqué par plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'évolution lente de la plupart des tumeurs bénignes contribue à un début souvent asymptomatique, ce qui retarde la reconnaissance des symptômes par les patients. Par ailleurs, la négligence, parfois liée à un manque de sensibilisation ou d'information sur les signes précurseurs, peut également jouer un rôle dans le retard de consultation. Le niveau socio-économique bas, dans la majorité des cas, peut entraver l'accès aux services de santé, ajoutant ainsi à la procrastination médicale. De plus, la difficulté d'accès aux soins, qu'elle soit géographique, économique ou organisationnelle, peut constituer un obstacle supplémentaire. Enfin, le recours fréquent à la médecine traditionnelle avant de consulter des professionnels de la santé peut prolonger le délai avant d'obtenir un diagnostic médical précis. Ces divers éléments soulignent la complexité des facteurs qui influent sur le moment où les patients cherchent des soins médicaux pour les tumeurs bénignes.

Ce long retard à la consultation est constaté dans les séries africaines avec une moyenne de 42 mois [34]. Alors que les séries européennes et américaines rapportent des cas de diagnostic précoce, au stade intra-osseux des lésions [77] avec un délai moyen estimé à 13 mois dans ces séries.

Tableau XVII : Comparaison du délai de consultation des tumeurs bénignes

Série	Série euro-péenne/américaine [77]	Série africaine [34]	Notre série
Délai de consultation	13mois	42mois	46mois

➤ **Dans la série des tumeurs malignes**

Dans cette série le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la première consultation est d'environ 9 mois avec des extrêmes de 3 et 36mois.

Ce délai observé pourrait être attribué à plusieurs raisons. Premièrement, la pauvreté et le manque d'information amènent certains patients à retarder leur visite médicale, tolérant parfois des affections telles qu'une ulcération tant qu'elle n'est pas douloureuse. Deuxièmement, le recours aux praticiens traditionnels, une pratique encore courante au Maroc, constitue un facteur contributif. De plus, les retards dans les consultations dans les cabinets dentaires peuvent souvent retarder la prise en charge.

TONDE L. [48] au Burkina et BEN ACHOUR A. et al. [69] en Tunisie ont rapporté respectivement des délais moyens de consultation de 8 mois dans 89 cas de tumeurs malignes des maxillaires et de 9 mois dans 68 cas de cancers ethmoïdo-maxillaires.

OUOBA K. et al. [78] ont fait le même constat en notant que les patients consultaient très tardivement voir des années après le début de la symptomatologie.

De même, BALAYA J.P. [34] a enregistré un délai moyen de consultation de 9,8 mois, avec des variations allant de 1 mois à 84 mois.

DEBRY C. et al. [59]. En France ont rapporté un délai moyen de 3 mois dans une série de 29 cas de cancers du maxillaire supérieur ce qui est inférieur à nos résultats.

Tableau XVIII : Comparaison du délai de consultation des tumeurs malignes

Série	TONDE L. [48]	BEN ACHOUR A. [69]	OUOBA K.et al [78]	BALAYA J.P. [34]	DEBRY C. et al. [59]	Notre étude
Délai de consultation	8mois	9 mois	36mois	9,8 mois	3mois	9mois

➤ **Dans la série des kystes maxillaires**

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la première consultation est d'environ 22mois (1,84 ans) avec des extrêmes de 6 mois et 5ans.

Ce délai est similaire à celui rapporté par d'autres auteurs, tel que Janah A. [44] qui a observé une moyenne de 30 mois, ainsi qu'El Ouzzani [79], avec une moyenne de 21 mois.

Les difficultés d'accès aux soins, soit par l'éloignement géographique soit par le Manque de moyen financier, participent beaucoup à ce retard de diagnostic. En dehors de tout cela, il y a la négligence à l'égard des caractéristiques évolutives lentes et indolores de la plupart des kystes maxillaires, mais aussi les traitements inappropriés proposés par les tradipraticiens.

Tableau XIX : Comparaison du délai de consultation des kystes

Série	Janah A. [44]	El Ouzza-ni[79]	Notre étude
Délai de consultation	30mois	21 mois	22 mois

2.2. Les motifs de consultations :

➤ **Dans la série des tumeurs bénignes**

Dans notre série, La symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction des maxillaires (100% des cas) causant une asymétrie faciale chez un patient. L'évolution clinique, très souvent silencieux expliquerait le fait que la tuméfaction soit le principal motif de consultation. La douleur était habituellement absente dans la symptomatologie des patients présentant des tumeurs bénignes du maxillaire et ne survient qu'à un stade avancé, ce qui explique que seulement 29% des patients ont présenté une douleur. Une obstruction nasale a été observée chez un patient.

Dans la série de BALAYA J.P. [34] Tous les patients ont consulté pour une tuméfaction des maxillaires (100% des cas), le plus souvent volumineuse et indolore. La douleur, la mobilité dentaire et les adénopathies étaient associées dans respectivement 16,8%, 16,8% et 4,2% des cas.

Pour KPEMISSI E. et al. [62], les signes cliniques rencontrés ont été essentiellement la tuméfaction osseuse associée ou non à des douleurs ou dentaires ou une mobilité dentaire dans respectivement 98,9%, 48,35%, 32,97% des cas. Des adénopathies étaient associées dans 17,58% des cas.

JANAH A. et al. [44] au Maroc, ont noté comme motif principal de consultation, la tuméfaction des maxillaires dans 96% des 50 cas des tumeurs bénignes des maxillaires.

Dans notre série, la plupart de ces signes ont été observés à cause du caractère évolué de ces tumeurs, ceci rend la distinction clinique entre tumeur bénigne et maligne parfois difficile.

Cependant certains caractères sont évocateurs du caractère bénin d'une tumeur :

- Tumeur d'évolution lente, parfois insidieuse ;
- Les douleurs qu'elles engendrent sont rares et peu intenses ;
- La lésion est régulière, lisse bien limitée, indolore ;
- Pas d'envahissement des organes de voisinages ;
- L'examen régional ne rencontre pas d'adénopathie de caractère néoplasique ;
- L'état général du patient n'est en principe pas altéré.

Néanmoins, l'améloblastome peut poser des problèmes diagnostique dans les formes évoluées et avec atteinte extra-osseuse.

➤ **Dans la série des tumeurs malignes des maxillaires**

Dans notre contexte, les patients ont consulté pour la plupart quand la tumeur a déjà atteint un stade clinique où la malignité paraît évidente. La lésion endo buccale était le principal motif de consultation (73%), douloureux chez 1 patient. Suivie par la tuméfaction (45%) qui était responsable d'une asymétrie faciale. Un patient consultait pour des symptômes ophtalmologiques, notamment une exophtalmie et une baisse de l'acuité visuelle (BAV). La prédominance de l'ulcération peut expliquer le retard de consultation vu que c'est un signe négligé par la plupart des malades.

Pour PARKINS G. E. [68] au Nigéria, les caractéristiques cliniques les plus fréquentes des tumeurs des maxillaires étaient la tuméfaction du visage (63%), la tuméfaction intra-orale (55%), la douleur (41%) et l'ulcération (29%).

Au Burkina Faso, BALAYA J.P. [34] a constaté que la tuméfaction des maxillaires a été le principal motif de consultation avec 93,1% des cas. La douleur, la mobilité dentaire et les adénopathies étaient associées dans respectivement 33,6%, 22,4%, 18,1% des cas.

VODOUE S.J. et al. [60] ont noté que la tuméfaction des maxillaires était également le principal motif de consultation.

Pour OUOBA K. et al. [78] au Burkina Faso, sur le plan clinique, les patients sont dans la majorité des cas des gens venus consulter tardivement avec une volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante saignante au contact souvent déjà porteuse d'adénopathies fixées.

Quel que soit le type de tumeur, le retard à la consultation avec une volumineuse tuméfaction justifie non seulement la sensibilisation de la population sur les tumeurs mais aussi le fait de rendre accessible la prise en charge des tumeurs.

➤ **Dans la série des kystes maxillaires**

Il est fréquent qu'un kyste maxillaire soit révélé par une tuméfaction avec une asymétrie faciale. C'est le principal motif de consultation des patients dans la série de JANAH A. [44] et dans celle d'El-Ouzzani FZ. [79] comme pour la majorité des série Africaines [68 ,13,62]. Elles constituent les principales circonstances de découverte des kystes maxillaires. Par ailleurs on peut noter des rapports de cas diagnostiqués précocement, de découverte fortuite au stade intra osseux des lésions, dans les séries européennes et américaines [77,48] probablement lié à une visite systématique chez le dentiste qui joue un rôle important dans leur dépistage. Les chirurgiens-dentistes peuvent être amenés à demander une radiographie panoramique dentaire pour une raison quelconque.

Dans la série de BOUAICHI H. [55] tous les patients ont été admis à la consultation en raison d'une tuméfaction vestibulaire et d'une asymétrie faciale

Dans notre série, La symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction (62,5%) responsable d'une asymétrie faciale. Par ailleurs, la découverte était fortuite chez 37,5% des patients lors d'une consultation chez le dentiste.

2.3. Caractéristiques de la tumeur :

2.3.1. La taille :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

Dans notre série la taille des tumeurs varie entre 13 et 66 mm, on remarque que la taille tumorale dans notre étude était parfois plus importante par rapport aux données de la littérature. [34,3]

Ceci peut être expliqué par le retard de consultation des patients ainsi que l'utilisation parfois de remèdes traditionnels pouvant entraîner la surinfection ou la nécrose.

Tableau XX : Comparaison entre les différentes taille tumorale bénignes

Série	BALAYA J.P. [34]	BENWADIH S. et al [80]	RACHID L. [3]	Notre étude
Taille tumorale	15mm à 60mm	20 à 100mm	10à 55 mm	13 à 66mm

➤ Dans la série des tumeurs malignes

Dans la série des tumeurs malignes, les patients présentent des tailles variant de 33 à 70 mm, indiquant un stade avancé de malignité.

Tableau XXI : Comparaison entre les différentes taille tumorale malignes

Série	BALAYA J.P. [34]	MOUSSA M. et al [81]	Notre étude
Taille tumorale	20mm à 100mm	15 à 85 mm	33 à 70mm

➤ Dans la série des kystes

La taille dans cette série varie entre 22 mm et 50 mm,

Tableau XXII : Comparaison entre les différentes taille des kystes

Série	BOUAICHI H. [55]	Notre étude
Taille tumorale	35mm à 70mm	2,2 à 50mm

2.3.2. L'aspect macroscopique :

➤ **Dans la série des tumeurs bénignes**

La tuméfaction était l'aspect macroscopique dominant dans notre série, observée dans 100% des cas. Ces résultats corroborent les observations cliniques de RACHID L. [3] et BALAYA J.P. [34] qui ont rapporté un taux de 100% dans leurs séries.

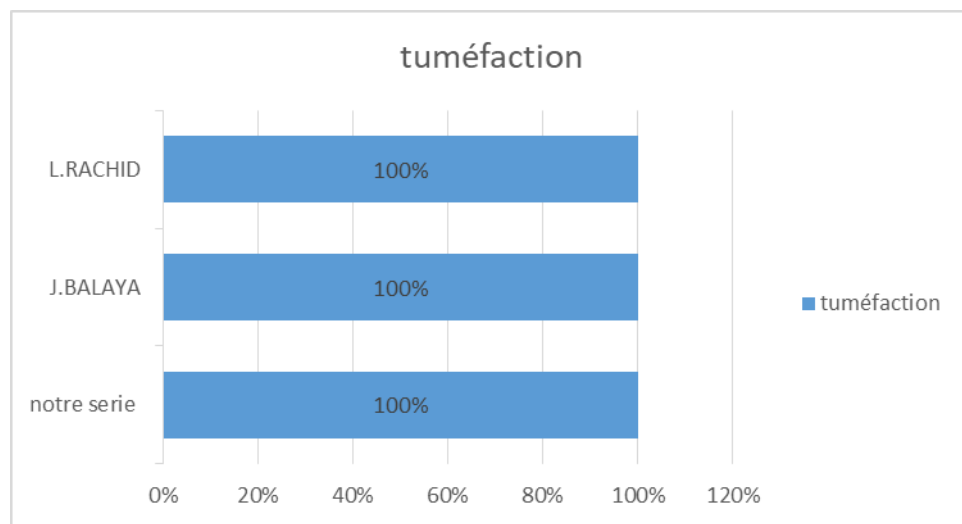


Figure 32 : Comparaison entre les aspects macroscopiques des tumeurs bénignes

➤ **Dans la série des tumeurs malignes**

Sur le plan clinique les tumeurs malignes évoluaient sous plusieurs formes. Dans notre série, la lésion ulcéro-bourgeonnante était la plus fréquente, observée dans 36,36% des cas, suivie par la tuméfaction seule dans 27,27% des cas. Une association de tuméfaction avec une lésion ulcéro-bourgeonnante a été observée dans 11,11% des cas, de même qu'une masse bourgeonnante dans 11,11% des cas. Ceci rejoint les constatations cliniques de BALAYA J.P. [34] Qui a rapporté un taux 68%% des tuméfactions et 25,9 % des lésions ulcéro-bourgeonnantes et 6 % des masses bourgeonnantes.

Pour doumbia M. [82] le taux de la tuméfaction été prédominant 86%, alors que l'aspect ulcéro-bourgeonnant représente seulement 2% de cas.

Le long délai de consultation rend compte de la fréquence de ces formes évoluées.

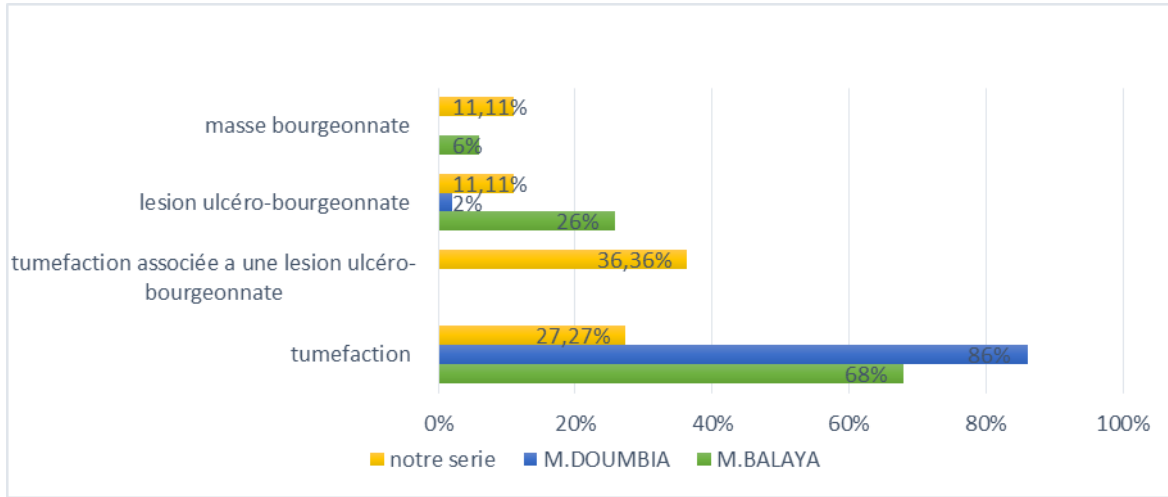


Figure 33 : Comparaison entre les aspects macroscopiques des tumeurs malignes

➤ **Dans la série des kystes maxillaires :**

La tuméfaction était un aspect macroscopique observé chez tous les patients. Cette caractéristique a également été constatée dans la série de JANAHA [44], BOUAICHI H. [55], ainsi que dans celle d'El-Ouzzani FZ [79].

La présence quasi-universelle de tuméfactions dans les kystes s'explique principalement par l'expansion des tissus causée par la croissance du kyste. En se développant, le kyste exerce une pression sur les tissus environnants, ce qui crée une masse ou une tuméfaction palpable.

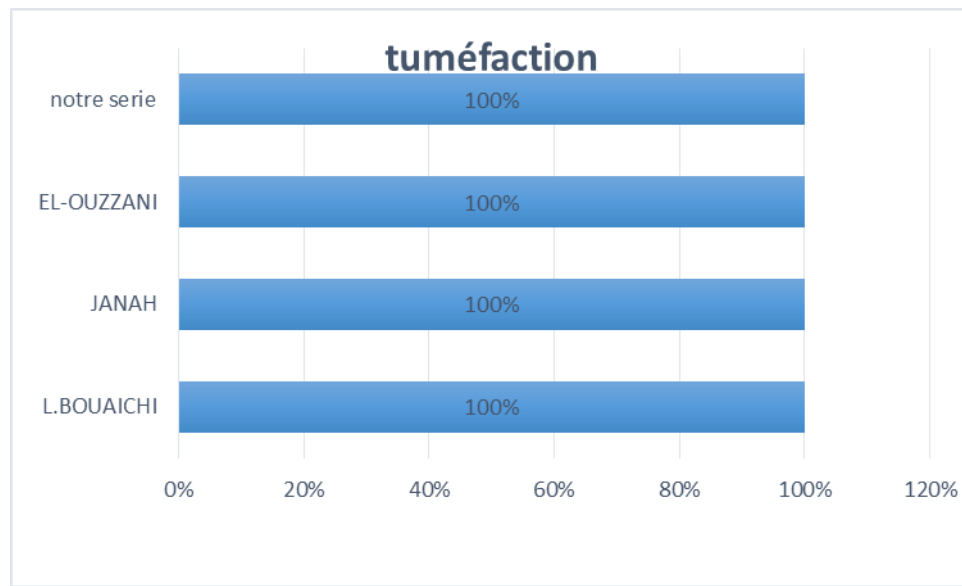


Figure 34: Comparaison entre les aspects macroscopiques des kystes

3. L'analyse paraclinique :

Après l'examen clinique, les examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer (ou préciser) le type histologique et l'extension de la tumeur, ce qui permettra de guider le choix thérapeutique.

3.1. L'étude histopathologique :

Le diagnostic positif des tumeurs maxillaires repose sur l'examen clinique et se confirme par l'examen anatomopathologique.

L'examen anatomopathologique permet un diagnostic exact, le contrôle de la qualité de l'exérèse et une prise en charge adaptée.

3.1.1. Le type histologique :

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

L'améloblastome a été le type histologique le plus rencontré dans notre étude représentant 42,85% des cas, suivi pour une dysplasie fibreuse et l'ostéome avec une fréquence équivalente de 28,57% des cas. La fréquence élevée de l'améloblastome pourrait être due à ses origines diverses. En effet, l'améloblastome peut dériver de l'épithélium de l'organe de

l'émail, de l'épithélium des kystes coronaires ou des débris épithéliaux. L'améloblastome, type histologique le plus fréquent parmi les tumeurs odontogéniques, a été notée par plusieurs auteurs comme étant prédominant dans la pathologie tumorale bénigne des maxillaires.

Des auteurs comme AGBOKPONTO A. [46], SRIRAM G. et al. [83] et BALAYA J.P. [34] ont rapporté des taux sur lesquels se superposent les résultats de notre série. En effet ces derniers ont noté respectivement 39% de cas d'améloblastome suivi de 15,6% de cas de dysplasie fibreuse dans une série de 64 tumeurs bénignes des maxillaires en 2010, 61,5% de cas d'améloblastome et 12,4% de cas de dysplasie fibreuse dans une série de 250 tumeurs odontogènes en Inde en 2008 et 38,9% d'améloblastome et 18,9 % cas de dysplasie fibreuses dans une série 95 cas des tumeurs bénignes en Burkina Faso en 2011.

Pour d'autres auteurs comme AKA G.K. et al. [45] en Côte d'Ivoire, JING W. [56] en Chine, TAWFIK M.A. et ZYADA M.M. [84] en Égypte, FERNANDES A.M. et al. [85] au Brésil l'améloblastome était suivi respectivement de 4,3% de cas fibrome ossifiant, de 35,8% de cas de kératokyste odontogénique, de 19,5% de cas d'osteome, de 24,9% de cas d'odontome.

Cependant, certains auteurs ont noté dans leurs études que l'améloblastome venait en 2ème position. OUEDRAOGO B. [67], au Burkina, a noté une prédominance du granulome réparateur (34,18%) suivi de l'améloblastome (21,99%). BUCHNER UNE et al. [86] en Californie, ont montré une forte prédominance de l'odontome (75,9%) suivi de l'améloblastome (11,7%).

La littérature semble unanime sur la prépondérance de l'améloblastome dans les tumeurs bénignes des maxillaires. Quant aux autres types histologiques ils sont retrouvés à des fréquences diverses [18, 37, 59, 20, 16]. La fréquence de l'améloblastome est expliquée par la pathogénie des tumeurs odontogènes. En effet plusieurs théories expliquent par la survenue de ces types de tumeurs, La plus admise est la théorie des débris épithéliaux de MALASSEZ [87].

➤ **Dans la série des tumeurs malignes :**

Dans cette série, nous avons noté une prédominance du carcinome épidermoïde dans 45,45% des cas suivi par l'ostéosarcome et Le lymphome non hodgkinien (LNH) avec une fréquence similaire de 18,18%. En troisième position, à égalité, le mélanome et le fibrosarcome affichent une fréquence de 9,09%.

Des auteurs ont souligné la prédominance du carcinome et des lymphomes surtout la maladie de Burkitt dans leurs études.

BALAYA J.P. [34] a noté une prédominance du lymphome de Burkitt et du carcinome épidermoïde avec des proportions respectives de 25% et de 22,4% cas.

PARKINS G. E. et al. [68] au Nigéria ont noté dans une étude prospective de 6 ans portant sur les tumeurs oro-faciales que les tumeurs malignes les plus courantes étaient le carcinome spinocellulaire (64%) et les lymphomes (17%) dans leur série de 108 cas de tumeurs malignes.

OUOBA K. et al. [78] au Burkina ont trouvé 78,3% de carcinomes et 13,8% de lymphomes dans 217 cas de cancers ORL et cervico-faciaux.

Plusieurs auteurs ont constaté la prédominance du carcinome épidermoïde dans leurs études en particulier chez l'adulte. DEBRY C. et al. [59] en France ont recensé 90% de cas de carcinome épidermoïde de leur série de 29 cas de cancers du maxillaire supérieur, BEN ACHOUR A. et al. [69] en Tunisie 54% des 68 cas de cancers éthmoïde-maxillaires, YEHOUESSI B. et al. [61] au Bénin 60% des 70 cas de cancers des maxillaires et des sinus de la face, TOURE S. et al. [49] au Sénégal 90,5%.

➤ **Dans la série des kystes :**

Les kystes maxillaires constituent un cadre hétérogène et présentent un polymorphisme épidémiologique et clinique mais l'étiopathogénie de la majorité de ces entités histologique demeure obscure, ce qui pose par conséquent des problèmes de classification.

Dans notre série, les kystes radiculo-dentaires sont les plus fréquents. Ils représentent 75% de l'ensemble des lésions retrouvées dans notre série, cette fréquence élevée a été notée aussi dans la littérature au niveau maxillo-mandibulaire [88]. Dans l'étude menée par BOUAI-CHI H. [55] les kystes radiculo-dentaires ont été identifiés comme le type de lésion le plus fréquent, représentant 40% de toutes les lésions recensées dans leur série.

Au Brésil, A.L. AVELAR [73] rapporte dans sa série la fréquence élevée du kératokyste odontogénique (soit 56.6% des cas). Cette entité était absente dans notre série.

3.2. Exploration radiologique

➤ Dans la série des tumeurs bénignes

La tomodensitométrie faciale (TDM) était l'examen prédominant dans notre série, sollicité à hauteur de 100%. Cet outil revêt une importance majeure dans le diagnostic des tumeurs maxillaires en offrant des images en coupes transversales détaillées. Il permet une évaluation précise de la taille, de la localisation et de l'extension des lésions, facilitant la caractérisation de leur nature et la distinction entre tumeurs solides et kystes. La TDM évalue également l'implication des structures avoisinantes. Grâce à sa visualisation tridimensionnelle, elle facilite la détection précoce de métastases, guidant ainsi la planification thérapeutique pour des décisions éclairées. L'aspect radiologique observé dans cet examen était principalement une image ostéolytique, présente dans 57,14% des cas, avec des contours nets et réguliers, avec parfois soufflure, voire rupture de la corticale dans 3 cas (42%). Le sinus maxillaire présentait une opacité partielle ou totale dans 28% des cas (2 cas), tout en restant intact dans les autres situations. Une image ostéocondensatrice aux contours réguliers a été identifiée chez 42,85% des patients (3 cas), avec une infiltration des parties molles constatée chez un patient. Cet examen était jugé suffisant dans cette série.

Rachid L. [3] a souligné l'usage de la TDM dans 45% des cas, représentant ainsi près de la moitié de l'échantillon étudié. Les résultats radiologiques prédominants décrivent une image ostéolytique dans 84% des cas, caractérisée par des contours nets et réguliers, par-

fois accompagnée de soufflure ou de rupture de la corticale dans 16% des cas. Dans trois cas, une image radio-opaque a été observée. En outre, le sinus maxillaire présente une opacité partielle ou totale dans 26% des cas, tandis qu'il demeure intact dans les autres cas.

Cependant BALAYA J.P. [34] a noté utilisation l'orthopantomogramme en première intention dans 58,62% des cas suivi de la TDM dans 18,96% des cas, alors que l'IRM n'a été réalisé chez aucun patient.

➤ **Dans la série des tumeurs malignes :**

La TDM était l'examen le plus demandé dans 90,9% des cas elle a permis de connaître les limites tumorales et d'adapter la stratégie thérapeutique. L'aspect radiologique systématiquement identifié était celui d'une image ostéolytique chez l'ensemble des patients, avec une présence de soufflure de la corticale chez 3 patients et une rupture chez 5 patients. Des calcifications intra-lésionnelles ont été observées chez 3 patients. De plus, une invasion des parties molles a été constatée chez 80% des cas.

L'IRM effectuée chez un seul patient (9,09%), a permis une visualisation détaillée de l'ampleur de l'extension tumorale, mettant en évidence la présence d'un processus tumoral au niveau du sinus maxillaire et de la fosse nasale. Les résultats ont précisément montré une extension vers des espaces profonds, englobant le palais osseux, le nasopharynx, l'orbite gauche et la base du crâne. Cette précision dans la cartographie de l'extension tumorale démontre l'importance de l'IRM dans la caractérisation et la planification thérapeutique des tumeurs maxillaires.

Afin d'évaluer l'extension à distance, une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TAP) a été réalisée chez tous les patients diagnostiqués avec des tumeurs malignes, se révélant anormale chez 2 d'entre eux. Cet examen offre une cartographie précise des structures anatomiques clés, permettant de déceler d'éventuelles métastases à distance et d'évaluer l'impact de la tumeur sur les organes vitaux. Cette approche diagnostique complète

contribue significativement à la planification thérapeutique en permettant une prise en charge personnalisée et adaptée à l'étendue de la maladie.

Dans la série de BALAYA J.P. [34] la TDM n'a été réalisée que chez 5 patients, représentant un faible pourcentage de 4,31%. Cette faible fréquence s'explique d'une part par des conditions socioéconomiques défavorables et d'autre part par la non-prescription par les praticiens. En revanche, le panoramique dentaire a été l'examen radiologique privilégié dans 37,70% des cas, suivi du blandeau dans 24,59%. Cette tendance suggère une préférence pour des modalités d'imagerie plus accessibles dans ce contexte spécifique. Cependant l'IRM était non disponible au Burkina Faso.

❖ **Bilan TNM (106) :**

Tous nos patients présentant des tumeurs malignes ont été évalués selon la classification TNM de l'UICC 2002. Les résultats montrent que sur l'ensemble des cas :

- T2N0M0 : 1 cas (9,09 %)
- T3N0M0 : 1 cas (9,09 %)
- T4N (0,1,2,3) M0 : 7 cas (63,63 %)
- T4N (0,1,2,3) M1 : 2 cas (18,18 %)

Nos constatations sont quasiment similaires à celles de BALAYA J.P. [34] où 80 % des patients ont été diagnostiqués à un stade avancé, dépassant T4N0M0.

➤ **Dans la série des kystes**

Dans cette série 62,5% de nos patients ont eu une TDM faciale avec et sans injection de produit de contraste. Les résultats de cette TDM ont révélé une image kystique à contours nets et réguliers dans 87,5% des cas. Dans un cas (12,5% des cas), l'image kystique présentait des contours soufflant les corticales, voire une rupture par endroits. Une dent incluse a été identifiée chez 4 patients.

Il est intéressant de noter que l'utilisation de la TDM faciale a été plus fréquente dans notre étude par rapport à d'autres séries. Par exemple, dans l'étude d'E. TAGBA [89], la TDM a été réalisée dans 43,5% des cas, tandis que dans l'étude d'O. LOMPO, [65] elle n'a été utilisée que dans 1,2% des cas. Cette disparité pourrait s'expliquer par des facteurs tels que le coût élevé et l'inaccessibilité de cette technique dans certains contextes, comme le Burkina Faso et le Bénin, comme mentionné par O. LOMPO.

L'orthopantomographie était demandée chez 37,5% des patients dans notre série. Pour OLOMPO O. [65], KPEMSSI [62] et BOUAICHI H. [55], le panoramique dentaire était l'examen demandé chez la quasi-totalité des patients. Elle permet de préciser le siège et la taille du kyste et ses rapports avec les structures avoisinantes.

4. L'analyse thérapeutique :

4.1. Modalités thérapeutiques des tumeurs bénignes

Le traitement des tumeurs bénignes des maxillaires est essentiellement chirurgical. L'étendue de l'exérèse et les autres gestes associés dépendent du type histologique, du volume tumoral et de la rupture corticale ou non. La totalité de nos patients (100%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Cette exérèse était radicale dans 43% des cas consistant à une hémimaxillectomie ; et conservatrice dans les 57% des cas avec une énucléation simple dans 28,5% des cas, un curetage simple dans 14,2% des cas, et une énucléation avec curetage appuyé dans 14,2% des cas. La chirurgie radicale est la plus appropriée pour éviter les récives dans les cas des améloblastomes.

ADEBAYO E. et al. [90], dans une étude portant sur 78 cas de tumeurs odontogénies chez l'enfant et l'adolescent ont rapporté une résection segmentaire dans 61% des cas et une résection dentoalvéolaire avec la préservation de la bordure inférieure dans 12% des cas. Pour KPEMISSI E. et al. [62], la résection partielle a constitué 67,03% des cas de sa série des 91 maxillo-mandibulaire. Parallèlement, dans l'étude de Rachid L. [3] une chirurgie radicale a été recommandée chez 21% des patients en raison du volume important des tumeurs.

Nous avons noté dans notre série qu'une énucléation était pratiquée chez 28,5% des patients associées à un curetage chez 14 ,2% des cas. KPEMISSI E. [62]. et al .au Togo, AKA G.K. et al. [45] en Côte d'ivoire, ADEBAYO E.T. et al. [90] au Nigéria ont noté respectivement dans leurs études 7,69%, 15,63%, 37% d'énucléation. Cette chirurgie conservatrice a l'avantage d'éviter au malade le lourd retentissement fonctionnel, esthétique et psychologique, et permet une meilleure réinsertion socioprofessionnelle. Les séquelles de cette chirurgie sont minimales. La récurrence après énucléation, dont la fréquence est diversement appréciée, est l'inconvénient majeur de la chirurgie conservatrice.

Tableau XXIV : type chirurgie

Type chirurgie	ADEBAYO E. et al. [90]	KPEMISSI E. et al. [62]	RACHID L. [3]	Notre série
Conservatrice	61%	67,03%	79%	57%
Radicale	12%	32,97%	21%	43%

4.2. Modalités thérapeutiques des tumeurs malignes

Le traitement des tumeurs malignes des maxillaires est multidisciplinaire et ne peut être le résultat d'une pratique isolée d'un praticien. Il associe l'oncologie, la chirurgie, la radiothérapie, la psychologie et la chirurgie dentaire. Il tient compte du type histopathologique de la tumeur, de son stade, ainsi de sa localisation. La chimiothérapie et la radiothérapie sont souvent utilisées en complément de la chirurgie pour améliorer les chances de guérison. Ils peuvent aussi être utilisés seuls.

Tableau XXV : Répartition de la conduite thérapeutique des tumeurs malignes.

Type traitement	DIOMBANA M [29]	ADEBAYO E.T. et al [90]	Notre série
Chirurgie exclusive	64,71%	18,10%	45,45%
Chirurgie–chimiothérapie	7,8%	2,6%	9,09%
Radio–chirurgie	–	–	9,09%
Chimiothérapie exclusive	5,88%	31%	27,27%
Radio–chimiothérapie	–	–	9,09%

4.2.1. La chirurgie :

La chirurgie permet d'enlever la tumeur et les éventuelles greffes cancéreuses grâce à une opération. C'est un traitement local du cancer. Elle est exclusive quand elle est utilisée comme unique traitement de la tumeur maligne.

Dans notre série, 45,45 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie exclusive. Cette chirurgie exclusive a été prédominante dans certaines études. DIOMBANA M.L. [29] et TONDE L. [48] ont respectivement rapporté des taux de 64,71% des cas d'une série de 51 tumeurs du massif facial impliquant le sinus maxillaire et 30,3% des cas d'une série de 89 tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte.

Dans notre série, toutes les interventions chirurgicales (100%) étaient des chirurgies radicales, consistant spécifiquement en une hémimaxillectomie englobant à la fois l'infrastructure et la méso-structure du maxillaire, avec un curage ganglionnaire chez 2 patients soit 18,18% des cas. Ces résultats concordent avec ceux de C. BIGNOUMBA [9] et ses collègues, où une maxillectomie a été réalisée dans 100% des cas.

Tableau XXVI : type chirurgie

Type chirurgie	C.BIGNOUMBA [9]	Notre série
Conservatrice	0%	0%
Radicale	100%	100%

4.2.2. La radio-chimiothérapie

a. La chimiothérapie

Une chimiothérapie peut être proposée avant une chirurgie, il s'agit d'une chimiothérapie néoadjuvante. Cette chimiothérapie a pour but de diminuer la taille de la tumeur et de faciliter ainsi l'opération. Elle a également pour objectif de diminuer les risques de récurrence du cancer. La chimiothérapie peut être également proposée après une chirurgie complète de la tumeur. C'est alors une chimiothérapie adjuvante qui a pour but de diminuer les risques de récurrence locale ou à distance. La chimiothérapie complète alors la chirurgie. Comme elle peut être proposée en monothérapie lorsque la tumeur est difficile à atteindre chirurgicalement, lorsque la chirurgie n'est pas une option viable, ou lorsque d'autres modalités de traitement ne sont pas appropriées. Nous avons noté dans notre étude 9,09% des cas d'association chirurgie-chimiothérapie. Cette faible association chirurgie-chimiothérapie a été également notée par SAWADOGO S [47] et DIOMBANA M [29]. Par contre, VODOUHE S. J. et al. [60] ont fait ressortir que cette association a prédominé dans 34,43% des 108 cas des cancers des maxillaires.

La chimiothérapie est parfois utilisée comme unique traitement. C'est une chimiothérapie exclusive. La chimiothérapie exclusive a été réalisée dans 27,27% des cas. Elle nécessite des compétences particulières d'une équipe médicale et paramédicale motivée et attentive. D'où la nécessité de former toute une équipe voire plusieurs équipes à la prise en charge des tumeurs malignes.

DIOMBANA M. L. [29] dans une étude portant sur 51 cas de tumeurs du massif facial impliquant le sinus maxillaires, VODOUHE S.J. [60] dans une étude portant sur 108 cas de cancers des maxillaires ont trouvé des taux variant de 5,88% à 47,54% des cas dans leurs séries à l'utilisation d'une chimiothérapie exclusive.

b. La radiothérapie :

Dans notre étude, où 9,09 % des cas ont été traités par radio-chimiothérapie et 9,09 % ont bénéficié d'une approche combinant radiothérapie et chirurgie. En revanche, dans la série de Dombia [82], incluant 100 patients atteints de tumeurs maxillaires, seul un patient a été soumis à une radiothérapie exclusive.

Par contraste, BALAYA J. P. [34] n'a pas relevé l'utilisation de la radiothérapie en raison de l'absence de service d'oncologie et de radiothérapie au chu-YO pendant la période étudiée.

Dans ce cadre, l'étude menée par Giri et al. [91] a démontré l'efficacité de la radiothérapie. Sur un groupe de 19 patients initialement considérés comme inopérables et ayant reçu une radiothérapie préalable, 17 ont pu bénéficier d'une exérèse chirurgicale complète, avec des marges de section présentant un aspect sain. De plus, Giri [91] a mis en évidence un effet-dose, identifiant un seuil de 65 Gy, et a recommandé une dose de 70 à 72 Gy dans le volume cible. Il a souligné que cette irradiation peut être envisagée en préopératoire, sous réserve d'une réévaluation de la maladie après une séquence de traitement délivrant une dose moyenne de 56 Gy. La chirurgie, lorsque réalisable, est généralement programmée quatre à six semaines après la fin de l'irradiation.[92]

4.3. Modalités thérapeutiques des kystes maxillaires

Dans le groupe des kystes maxillaires, tous les patients ont bénéficié de la chirurgie. L'approche chirurgicale était conservatrice dans la totalité des cas (100%). Tous les patients ont subi une énucléation avec curetage, et une extraction de la dent chez quatre d'entre eux. Ces résultats sont en corrélation avec ceux observés par BOUAICHI H. qui a rapporté que 87,5 % des patients de leur série ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice. [55]

Chez certains auteurs, la chirurgie radicale est la plus utilisée pour éviter les Récidives. Dans les séries de E. TAGBA [89], Kpemissi E. et al. [62] et O. OLOMPO [65]. La chirurgie radicale a été réalisée successivement dans 61.1%, 92,4% et 70% des cas. Cela a été expliqué par le volume important des kystes liés aux longs délais de consultation.

Tableau XXVII : type de chirurgie

Type chirurgie	BOUAICHI H. [55]	TAGBA [89]	KPEMISSI E. et al. [62]	O.OLOMPO [65]	Notre série
Conservatrice	87,5%	38,9%	7,6%	30%	100%
Radicale	12,24%	61,1%	92,4%	70%	0%

4.4. Reconstruction :

Après la chirurgie radicale 6 patients, 3 porteurs des tumeurs bénignes et 3 porteurs tumeurs malignes ont été candidats à une reconstruction par prothèse maxillo-faciale. En mettant en lumière la tranche d'âge la plus touchée, soit celle de 20 à 40 ans, il devient essentiel de souligner l'impératif d'une reconstruction. Cette démarche s'avère cruciale, étant donné qu'elle concerne une population active présentant des besoins à la fois esthétiques et fonctionnels particulièrement impactés. La nécessité d'une reconstruction, tant sur le plan esthétique que fonctionnel, devient ainsi un aspect crucial du traitement. Elle peut inclure des interventions chirurgicales visant à restaurer la forme et la fonction des tissus affectés par la maladie ou les traitements. Cela peut également englober des aspects de réhabilitation et de soutien psychosocial pour aider les individus à retrouver une qualité de vie optimale.

La réhabilitation dentaire prothétique ou avec des implants ostéo-intégrés est le but ultime de la reconstruction après chirurgie maxillaire. Elle permet de rétablir les fonctions : mastication, phonation, déglutition, et l'esthétique du patient. L'objectif est toutefois rarement atteint du fait de l'état dentaire préexistant, de l'importance des remaniements du manque de moyens financiers et de la difficulté de la mise en place d'implants dentaires.



Figure 35 : Prothèse maxillo-faciale [93]

AGBOPKONTO A. [46] a réalisé 55,6% de cas d'hémi-maxillectomie isolée et 25,4% de cas d'hémi-maxillectomie avec reconstruction osseuse par greffon iliaque dans sa série de 64 tumeurs bénignes des maxillaires. AKA G.K. et al [45]. Ont noté dans une étude portant sur la réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes mandibulaires 81,25% de cas d'hémi-maxillectomie avec 56,25% de reconstruction osseuse par greffon osseux iliaque.

5. Le suivi des patients

➤ Dans la série des tumeurs bénignes des maxillaires

Les suites postopératoires ont été à court et moyen terme simples pour la plupart des patients opérés. Le taux de complication a été de 28,5 %. Les complications observées dans notre travail sont représentées par 1 cas de lâchage de fil de suture et un cas de suppuration. OUEDRAOGO B. [67] et AGBOKPONTO A. [46] ont rapporté des taux de complications représentant respectivement 17,5% et 9,6% des cas.

Dans les suites opératoires éloignées avec un recul de 2 ans, nous avons noté 1 cas (14,28%) de récurrence, Il s'agissait d'un volumineux améloblastome avec envahissement locorégional. Nos résultats se rapprochent de ceux d'AGBOKPONTO.A[46], d'ADEBAYO E.T. et al. [90] et de KPEMISSI E. et al. [62] qui ont noté respectivement 14,3%, 13% et 11% de cas de récurrence.

➤ **Dans la série des tumeurs malignes des maxillaires**

Sur les 20,8% de patients qui ont bénéficié d'une chirurgie, l'évolution à court terme a été marquée par 1 seul cas de complication à type d'une détresse respiratoire chez un malade opéré d'un volumineux mélanome du palais.

L'évolution à long terme avec un recul de 3 ans nous avons noté 1 cas (9.09%) de récurrence il s'agit d'un carcinome épidermoïde. Par contre l'étude de BIGNOUMBA a recensé 40,5% de récurrences et SAWADO S. 50% [9][47]. L'évolution des tumeurs malignes des maxillaires est peu satisfaisante. Elle est marquée par des récurrences locales, l'extension métastatique, des complications.

➤ **Dans la série des kystes maxillaires**

Les suites opératoires immédiates à moyen et à long terme étaient bonnes pour tous les patients. Le taux de récurrence des kystes maxillaires est généralement faible après une excision complète comme c'était décrit dans la littérature [89].



CONCLUSION



Les tumeurs maxillaires désignent une gamme de lésions pathologiques qui se développent dans les tissus osseux et mous de la région maxillo-faciale. Elles peuvent être bénignes ou malignes, présentant une diversité de caractéristiques histologiques et cliniques.

D'un point de vue épidémiologique, les tumeurs maxillaires sont relativement rares, mais elles peuvent affecter des individus de tous âges, avec une prédominance dans certaines tranches d'âge et chez certains groupes de population. Les facteurs de risque et les modes de présentation peuvent varier en fonction du type de tumeur et de la population étudiée.

La prise en charge des tumeurs maxillaires, incluant les kystes, repose sur une approche multidisciplinaire tenant compte de la diversité des lésions rencontrées. Chaque cas nécessite une évaluation minutieuse, alliant imagerie radiologique et examen histopathologique, pour établir un diagnostic précis et définir le plan thérapeutique optimal.

L'imagerie radiologique, notamment la tomodensitométrie (TDM) et l'IRM, joue un rôle fondamental dans la caractérisation des lésions, permettant d'évaluer leur taille, leur extension et leur nature. Ces données guident le choix des modalités thérapeutiques, qui peuvent inclure des interventions chirurgicales telles que l'énucléation, le curetage et la résection osseuse, parfois complétées par une radiothérapie ou une chimiothérapie adjuvante.

Le pronostic des tumeurs maxillaires varie en fonction du type histologique, de l'étendue de la tumeur et de la réponse au traitement. Les tumeurs malignes présentent généralement un pronostic moins favorable que les tumeurs bénignes. Un suivi post-traitement régulier est essentiel pour détecter précocement toute récurrence ou complication et ajuster la prise en charge en conséquence.

Une éducation continue sur les dangers du tabagisme et de la consommation d'alcool, ainsi que sur l'importance d'une alimentation saine et équilibrée, peut contribuer à réduire la prévalence des facteurs de risque associés aux tumeurs maxillaires. En encourageant les comportements de vie sains et en mettant l'accent sur la prévention, il est possible de réduire

l'incidence de ces affections et d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population dans son ensemble.

En somme, la gestion des tumeurs maxillaires nécessite une approche individualisée et une élaboration étroite entre les spécialistes de différents domaines médicaux. Une détection précoce, une intervention appropriée et un suivi attentif sont les clés pour améliorer les résultats cliniques et assurer une meilleure qualité de vie aux patients affectés par ces affections.



Résumé :

TUMEURS DES MAXILLAIRES

Titre : les tumeurs des maxillaires supérieurs : étude Epidémiologique clinique et aspects thérapeutiques

Résumé :

Les tumeurs du maxillaire, tout comme les kystes, sont des lésions qui se développent dans la région maxillo-faciale et la cavité buccale, impliquant le maxillaire.

Notre étude a porté sur une analyse épidémiologique, clinique et thérapeutique des tumeurs maxillaires, menée à travers une étude rétrospective sur une période de 5 ans, allant de janvier 2017 à décembre 2021. Cette étude a inclus un total de 26 patients présentant des tumeurs maxillaires, y compris les kystes, qui ont été traités au service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique du CHU Mohamed VI.

Sur le plan épidémiologique, nous avons identifié un total de 26 cas de tumeurs histologiquement confirmées, réparties comme suit : 7 cas de tumeurs bénignes, 11 cas de tumeurs malignes et 8 cas de kystes maxillaires. L'incidence annuelle est de 1,4 cas pour les tumeurs bénignes, 2,2 cas pour les tumeurs malignes et 1,6 cas pour les kystes maxillaires.

L'âge moyen des patients atteints de tumeurs bénignes est de 42,26 ans, de 37,71 ans pour les tumeurs malignes et de 31,75 ans pour les kystes. Il est à noter une prédominance féminine dans le groupe des tumeurs bénignes, avec un ratio hommes/femmes de 0,16. En revanche, dans les groupes des tumeurs malignes et des kystes, une prédominance masculine a été observée, avec des ratios hommes/femmes respectivement de 1,77 et 1,6.

Dans les trois groupes étudiés, la découverte des tumeurs s'est faite à un stade tardif, avec un délai moyen de consultation de 46 mois pour les tumeurs bénignes, 9 mois pour les tumeurs malignes et 22 mois pour les kystes. Dans la série des tumeurs bénignes, la symptomatologie clinique était principalement marquée par la présence de tuméfactions des maxillaires, observée chez tous les patients. Pour les tumeurs malignes, la lésion endo-buccale représentait le motif principal de consultation (73%), suivie de la tuméfaction. En ce qui concerne les kystes, la tuméfaction prévalait dans 62,5% des cas, et la découverte fortuite de la lésion se produisait chez 37,5% des patients lors d'une consultation dentaire.

En ce qui concerne l'histologie, les carcinomes épidermoïdes occupent la première place, représentant 45,45% des cas dans la série des tumeurs malignes. Dans la série des tumeurs bénignes, les améloblastomes sont les plus représentés avec 42,85% des cas, suivis par les dysplasies fibreuses et les ostéomes, chacun représentant 28,57% des cas. Pour les kystes, nous avons observé que 75% des cas étaient des kystes radiculaires et 25% des kystes d'origine dentigère.

Sur le plan radiologique, la tomodensitométrie faciale (TDM) a été l'examen sollicité dans 80% des cas des patients, offrant une bonne appréciation de la localisation et de l'extension des tumeurs maxillaires. Le recours à l'orthopantomogramme a été noté chez 37% des cas de patients porteurs de kystes, permettant une visualisation efficace de la région maxillo-faciale. L'IRM cranio-faciale a été réalisée chez un patient porteur de tumeur maligne, tandis que la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TAP) a été systématiquement sollicitée chez tous les patients porteurs de tumeurs malignes afin de rechercher des localisations secondaires. Ces examens radiologiques ont contribué à une évaluation précise des tumeurs maxillaires, facilitant ainsi la prise en charge thérapeutique adaptée à chaque patient.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients atteints de tumeurs bénignes ont été opérés, avec 37% subissant une maxillectomie et d'autres bénéficiant d'une approche thérapeutique incluant l'enucléation, le curetage, ou une combinaison des deux. Pour les tumeurs malignes, une approche thérapeutique multidisciplinaire comprenant la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie, notamment la maxillectomie, a été privilégiée. Concernant les kystes, la chirurgie était la méthode de traitement utilisée dans tous les cas, consistant en un curetage associé à une énucléation, parfois avec extraction dentaire.

.Le suivi a été marqué par la récurrence d'un cas d'améloblastome géant et d'un cas de carcinome épidermoïde, avec un recul de 2 à 3 ans .

Ces constatations mettent en évidence l'importance d'adopter une approche plus attentive et proactive en matière de sensibilisation et de dépistage précoce des tumeurs.

Mots clés : tumeurs, maxillaires, malignes, bénignes, kyste , épidémiologie, modalités thérapeutiques .

Abstract

MAXILLARY TUMORS

Title: Upper maxillary tumors: clinical epidemiological study and therapeutic aspects

Summary:

Maxillary tumors, like cysts, are lesions that develop in the maxillofacial region and oral cavity, involving the maxilla.

Our study focused on an epidemiological, clinical and therapeutic analysis of maxillary tumors, conducted through a retrospective study over a 5-year period, from January 2017 to December 2021. This study included a total of 26 patients with maxillary tumors, including cysts, who were treated at the Maxillofacial and Aesthetic Surgery Department of CHU Mohamed VI.

Epidemiologically, we identified a total of 26 cases of histologically confirmed tumors, distributed as follows: 7 cases of benign tumors, 11 cases of malignant tumors and 8 cases of maxillary cysts. The annual incidence was 1.4 cases of benign tumours, 2.2 cases of malignant tumours and 1.6 cases of maxillary cysts.

The average age of patients with benign tumors is 42.26 years, 37.71 years for malignant tumors and 31.75 years for cysts. The benign tumor group was predominantly female, with a male/female ratio of 0.16. In contrast, the malignant tumor and cyst groups were predominantly male, with male/female ratios of 1.77 and 1.6 respectively.

In all three groups studied, tumors were discovered at a late stage, with an average consultation time of 46 months for benign tumors, 9 months for malignant tumors and 22 months for cysts. In the series of benign tumours, clinical symptomatology was mainly marked by the presence of maxillary swellings, observed in all patients. For malignant tumours, endo-buccal lesions were the main reason for consultation (73%), followed by swelling. For cysts, swelling prevailed in 62.5% of cases, and incidental discovery of the lesion occurred in 37.5% of patients during a dental consultation.

In terms of histology, squamous cell carcinomas took first place, accounting for 45.45% of cases in the malignant tumor series. In the benign tumor series, ameloblastomas were the most common, accounting for 42.85% of cases, followed by fibrous dysplasias and osteomas, each representing 28.57% of cases. As for cysts, we observed that 75% of cases were root cysts and 25% were cysts of dentigerous origin.

In terms of radiology, computed tomography (CT) was used in 80% of patients, providing a good assessment of the location and extension of maxillary tumours. Orthopantomograms were used in 37% of patients with cysts, providing effective visualization of the maxillofacial region. MRI was performed in one patient with a malignant tumor, while thoraco-abdomino-pelvic computed tomography (TAP) was systematically requested in all patients with malignant tumors in order to search for secondary localizations. These radiological examinations contributed to a precise assessment of maxillary tumors, facilitating therapeutic management tailored to each patient.

Therapeutically, all patients with benign tumors underwent surgery, with 37% undergoing maxillectomy and others benefiting from a therapeutic approach including enucleation, curettage, or a combination of the two. For malignant tumours, a multidisciplinary therapeutic approach including chemotherapy, radiotherapy and surgery, notably maxillectomy, was favoured. For cysts, surgery was the treatment method used in all cases, consisting of curettage combined with enucleation, sometimes with tooth extraction.

Follow-up was marked by the recurrence of one case of giant ameloblastoma and one case of squamous cell carcinoma, with a 2 to 3-year follow-up.

These findings highlight the importance of adopting a more attentive and proactive approach to tumor awareness and early detection.

Key words: tumors, maxillary, malignant, benign, cyst, epidemiology, therapeutic modalities.

ملخص

أورام الفك العلوي

العنوان: أورام الفك العلوي: دراسة وبائية سريرية والجوانب العلاجية

ملخص :

أورام الفك العلوي، مثل الأكياس، هي آفات تتطور في منطقة الوجه والفكين وتجويف الفم، بما في ذلك الفك العلوي.

ركزت دراستنا على التحليل الوبائي والسريري والعلاجي لأورام الفك العلوي، والتي أجريت من خلال دراسة استرجاعية على مدى 5 سنوات، من يناير 2017 إلى ديسمبر 2021. وشملت هذه الدراسة مجموعه 26 مريضاً يعانون من أورام الفك العلوي، بما في ذلك الأكياس، والتي تم علاجها بقسم جراحة الوجه والفكين والتجميل بالمستشفى الجامعي محمد السادس .

وبنائياً، حددنا إجمالي 26 حالة أورام مؤكدة نسيجياً، توزعت على النحو التالي: 7 حالات أورام حميدة، 11 حالة أورام خبيثة و 8 حالات كيسات فكية. معدل الإصابة السنوي هو 1.4 حالة للأورام الحميدة، 2.2 حالة للأورام الخبيثة و 1.6 حالة للأكياس الفكية

متوسط عمر مرضى الأورام الحميدة هو 42.26 سنة، و 37.71 سنة للأورام الخبيثة و 31.75 سنة للأكياس. وتجدر الإشارة إلى أن هناك غلبة للإناث في مجموعة الأورام الحميدة، حيث تبلغ نسبة الذكور إلى الإناث 0.16. في المقابل، في مجموعات الأورام الخبيثة والكيسات، لوحظت غلبة الذكور، حيث بلغت نسب الذكور إلى الإناث 1.77 و 1.6 على التوالي.

في المجموعات الثلاث التي تمت دراستها، تم اكتشاف الأورام في مرحلة متأخرة، بمتوسط وقت استشارة يبلغ 46 شهراً للأورام الحميدة، و 9 أشهر للأورام الخبيثة، و 22 شهراً للأكياس. في سلسلة الأورام الحميدة، تميزت الأعراض السريرية بشكل رئيسي بوجود تورم في الفك العلوي، لوحظ في جميع المرضى. بالنسبة للأورام الخبيثة، كانت الآفة داخل الفم هي السبب الرئيسي للاستشارة (73%)، يليها التورم. فيما يتعلق بالكيسات، ساد التورم في 62.5% من الحالات، وحدث اكتشاف الآفة بالصدفة في 37.5% من المرضى أثناء استشارة الأسنان.

فيما يتعلق بالأنسجة، تحتل سرطانات الخلايا الحشفية المركز الأول، حيث تمثل 45.45% من الحالات في سلسلة الأورام الخبيثة. في سلسلة الأورام الحميدة، تكون الأورام الأرومية المينائية هي الأكثر تمثيلاً بنسبة 42.85% من الحالات، يليها خلل التنسج الليفي والأورام العظمية، حيث يمثل كل منهما

28.57% من الحالات. بالنسبة للكيسات، لاحظنا أن 75% من الحالات كانت كيسات جذرية و 25% كانت كيسات ذات أصل أسناني.

من الناحية الإشعاعية، كان التصوير المقطعي المحوسب هو الفحص المطلوب في 80% من حالات المرضى، مما يوفر تقييمًا جيدًا لموقع وامتداد أورام الفك العلوي. ولوحظ استخدام مخطط تقويم العظام في 37% من حالات المرضى الذين يعانون من الأكياس، مما يسمح برؤية فعالة لمنطقة الوجه والفكين. تم إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي لمرضى يعاني من ورم خبيث، بينما تم طلب التصوير المقطعي المحوسب الصدري البطني الحوضي بشكل منهجي لجميع المرضى الذين يعانون من أورام خبيثة من أجل البحث عن مواقع ثانوية. وقد ساهمت هذه الفحوصات الإشعاعية في إجراء تقييم دقيق لأورام الفك العلوي، مما يسهل الإدارة العلاجية الملائمة لكل مريض.

من الناحية العلاجية، خضع جميع المرضى الذين يعانون من أورام حميدة لعملية جراحية، حيث خضع 37% منهم لاستئصال الفك العلوي بينما استفاد آخرون من النهج العلاجي بما في ذلك الاستئصال، أو الكشط، أو مزيج من الاثنين معاً. بالنسبة للأورام الخبيثة، فقد تم تفضيل نهج علاجي متعدد التخصصات بما في ذلك العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والجراحة، بما في ذلك استئصال الفك العلوي. فيما يتعلق بالكيسات، كانت الجراحة هي طريقة العلاج المستخدمة في جميع الحالات، والتي تتكون من الكشط المصاحب للاستئصال، وأحياناً مع قلع الأسنان.

تميزت المتابعة بتكرار حالة الورم الأرومي النخاعي العملاق وحالة سرطان الخلايا الحرشفية، مع متابعة لمدة 2 إلى 3 سنوات.

تسلط هذه النتائج الضوء على أهمية اتباع نهج أكثر انتباهاً واستباقية للتوعية والكشف المبكر عن الأورام

الكلمات المفتاحية: الأورام، الفك العلوي، الخبيث، الحميد، الكيس، علم الأوبئة، الطرق العلاجية.



Fiche d'exploitation
Tumeurs maxillaires supérieures

I. Identité

- N° d'entrée :
- Nom et prénom :
- Numéro de téléphone :
- Age :
0-20 ans ☐ 20-40 ans ☐ 40-50 ans ☐ 50-60 ans ☐ 60-70 ans ☐ >70 ans ☐
- Sexe : masculin ☐ féminin ☐
- Niveau socio-économique : bas ☐ moyen ☐ haut ☐
- Provenance :

II. Motif de consultation

.....
.....

III. Antécédents

1. Personnels :

▪ **Médicaux :**

- Diabète non ☐ oui ☐(suivi / traité)
- HTA non ☐ oui ☐
- Asthme non ☐ oui ☐
- Traumatisme non ☐ oui ☐
- Rhinite allergique non ☐ oui ☐
- Radiothérapie cervico-faciale non ☐ oui ☐

▪ **Dentaires :**

- Soins dentaires (extraction, Ttt) :
- Port de prothèse dentaire non ☐ oui ☐
- Kyste dentaire : non ☐ oui ☐
- Autres :

- **Chirurgicaux :** non ☐ oui ☐

▪ **Toxico- allergiques :**

- Tabac : oui ☐ non ☐

Si oui : type :Qt fumée/ jr :

Duré d'exposition : Paquet /année :

- Alcool : oui ☐ non ☐

Si oui : duré : quantité consommé ;
/jr :

- La drogue : oui ☐ non ☐

Si oui :type : duré consommation : voie con-
sommation :

- Allergie : oui ☐ non ☐

Si oui : type d'allergène :

2. Familiaux : oui ☐ non ☐

IV. Symptomatologie clinique

1. Les signes fonctionnels :

- **Le délai de consultation :** <6 mois ☐ 6 - 12 mois ☐ > 12 mois ☐

- **Tuméfaction :** Oui ☐ Non ☐

Si oui : Sièges.....

Taille : < 2 ☐ cm 2 - 4 cm ☐ > 4 cm ☐ :.....cm

- **Ulcération :** Oui ☐ Non ☐

Si oui : Sièges.....

Taillecm

- **Caractéristiques :**

Douleur Oui ☐ Non ☐ Spontanée / Au contact

Saignement Oui ☐ Non ☐ Spontané / Au contact

Limites Régulières ☐ Irrégulières ☐

Aspect de la peau en regard : Normale ☐ Inflammatoire ☐ Ulcération/ Fistule ☐

Nodules de perméation ☐

- Déformation faciale ☐ Douleur faciale ☐

- **Signes dentaires** Oui ☐ Non ☐

Si oui :

- Douleur ☐
- Déplacement ☐
- Chute ☐
- Mobilité ☐
- Saignement gingival ☐
-

○ **Signes ORL :**

Rhinorrhée ☐ Anosmie ☐ Obstruction Nasale ☐ Otolgie reflexe ☐ Odynophagie ☐
Anesthésie V2 ☐ Trouble de mastication ☐ Trouble de phonation ☐
Trouble respiratoire ☐ Autres :

○ **SIGNES OPHTHALMOLOGIQUES :**

Diplopie ☐ Exophtalmie ☐ BAV ☐ Ptosis ☐ Chémosis ☐ Autres :

2. Examen clinique

2.1. Examen maxillo-facial

a. Examen exo-buccale

- Tuméfaction : Oui ☐ Non ☐
Si oui : Siège.....
Taille < 2 ☐ cm 2 - 4 cm ☐ > 4 cm ☐ :cm

✓ Caractéristiques :

- Mobilité Oui ☐ Non ☐
- Consistance Dure ☐ Ferme ☐ Molle ☐
- Douleur Oui ☐ Non ☐ Spontanée / Au contact
- Saignement Oui ☐ Non ☐ Spontané / Au contact
- Limites Régulières ☐ Irrégulières ☐
- Aspect de la peau en regard Normale ☐ Inflammatoire ☐ Ulcération/Fistule ☐
Nodule de perméation
- Sensibilité infra-orbitaire Normale ☐ Hypoesthésie ☐ Anesthésie ☐

b. Examen endobuccal

- Masse bourgeonnante ☐ Ulcération ☐ Masse ulcéro-bourgeonnante ☐
Jugale ☐ Gingivale ☐ Palatine ☐ (Palais osseux / Voile) Vestibulaire ☐
Droite ☐ Gauche ☐ Bilatérale ☐
Taille < 2 ☐ cm 2 - 4 cm ☐ > 4 cm ☐ :cm

✓ Caractéristiques :

Mobilité Oui ☐ Non ☐
Consistance Dure ☐ Ferme ☐ Molle ☐
Douleur Oui ☐ Non ☐ Spontané / Au contact
Saignement Oui ☐ Non ☐ Spontané / Au contact
Limites Régulières ☐ Irrégulières ☐

○ Examen Muqueuse

Normal ☐ Inflammatoire ☐ Ulcération ☐ Fistule ☐ Leucoplasie ☐

c. EXAMEN DENTAIRE :

○ Trouble de l'articulé dentaire :

○ Mobilité dentaire Oui ☐ Non ☐

Dents :

○ Douleur à la palpation Oui ☐ Non ☐

○ Déplacements dentaires Oui ☐ Non ☐

○ Hypoesthésie Oui ☐ Non ☐

○ Perte dentaire Oui ☐ Non ☐

Dents :

○ Etat buccodentaire : Bon ☐ Mauvais ☐

2.2. Examen ORL :

Obstruction nasale ☐ Masse endo-nasale ☐ Déviation septale ☐ Ecoulement nasal ☐

Autres :

Rhinoscopie :

2.3. Examen ophtalmologique :

Exophtalmie ☐ Chémosis ☐ Ptosis ☐ Diplopie ☐

AV : RP : OM :

2.4. Examen cervical

ADP : oui ☐ non ☐

Si oui nombre Taille Siege

2.5. Examen général

PS/OMS :

V. Examens paracliniques

Orthopantomgramme

.....

TDM faciale

.....

IRM faciale

.....

TAP scanner

.....

Autres :

.....

Biopsie- anapath : Faite ☐ Non faite ☐ Date du résultat :

Nature histologique

.....

Classification TNM

.....

VI. Données thérapeutiques

1. Bilan pré-opératoire

NFS ☐ GAJ ☐ TP-TCK ☐ CREATININE ☐ TRANSAMINASES ☐ ECG ☐

RX THORAX ☐

2. Chirurgie :

Type d'anesthésie : Anesthésie générale ☐ Anesthésie locale ☐

Type de chirurgie : Conservatrice ☐ :
Enucléation ☐ Curetage ☐
Radicale ☐ :
Maxillectomie
Mesostructure ☐ : Infrastructure ☐ Suprastructure ☐
Elargie ☐ à :
Marge d'exérèsecm

Voie d'abord : Endobuccale ☐ Transcutanée ☐ Degloving ☐

Curage GG : Oui ☐ Non ☐
Si oui Radical ☐ fonctionnel ☐
Unilatéral ☐ Bilatéral ☐

3. Radiothérapie : Oui ☐ Non ☐

Si oui : Néoadjuvante ☐ Complémentaire ☐
Nb séances Doses(GY)

4. Chimiothérapie : Oui ☐ Non ☐

Si oui Néoadjuvante ☐ Complémentaire ☐
Nb séances Molécules

5. Reconstruction : Chirurgicale ☐ Prothèse maxillo-faciale ☐ Réhabilitation dentaire ☐

VII. Examen histologique de la pièce opératoire :

Classification TNM sur la pièce opératoire : Marges :

Fx de mauvais pronostic : Engainement perinerveux ☐ Rupture capsulaire ☐

VIII. Surveillance

Traitement post-opératoire :

Durée d'hospitalisation :

Suites opératoires immédiates : Bonne ☐ Complicquée ☐

Complications :

PEC :

Suivi régulier: Oui ☐ Non ☐ Durée de suivi :

Récidive: Oui ☐ Non ☐

Si oui : Localisation Délai

PEC de la récurrence

.....
.....

Qualité de vie : Bonne ☐ Acceptable ☐ Médiocre ☐

Si médiocre la cause

Décès : Oui ☐ Non ☐

Délai post PEC

Survie a 5 ans : Oui ☐ Non ☐



BIBLIOGRAPHIE



1. **Razakamaharavo AZ,**
Épidémiologie des tumeurs maxillo-faciales dans un service de chirurgie maxillo-faciale.
Thèse de doctorat en Médecine Humaine. Antananarivo : 2009.
2. **Organisation mondiale de la santé (OMS).**
Classification OMS tumeurs de la tête et du cou. Classification OMS des tumeurs en lignes.
3. **RACHID. L.**
Les tumeurs maxillaires bénignes. Thèse de doctorat en médecine. Marrakech : 2018 N° 09.
4. **Iconographie : service de maxillo-facial**
5. **Développement buccodentaire et anomalies. Disponible sur :**
http://ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Mod_3_Maturation_et_Vulnerabilite_files/Dvlptbuccodentaire.pdf
6. **Kamina P, Martinet C.**
Carnet d'anatomie Tête – Cou– Dos. 3em Edition. Paris : Maloine : 2006.
7. **Louryan S, Glineur R, Martin N.**
Embryologie de la face. *Imagerie maxillo-faciale*, 1997, p. 1–11.
8. **Brizon J, Castaing J.**
Les Feuilletts d'anatomie (ostéologie de la tête) ; Paris : [éd] Maloine pp 26–34.
9. **Bignoumba C., Lerouxel E., Renaudin F.K., Peuvrel P., Beauville de Montreuil C., Malard O.**
Cancers du sinus maxillaire : pronostic et qualité de vie. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale. 2006 Jan;123(1):26–33.
10. **ALAIN BOUCHET, JACQUES CUILLERET.**
Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle (le système nerveux central, la face, la tête et les organes de sens). Deuxième édition SIMEP. Dépôt légal 1991.
11. **BRIZON J et CASTAING J.**
Les Feuilletts d'anatomie (ostéologie de la tête) ; Paris : Maloine pp 26–34.
12. **Kamina P.**
Carnet d'anatomie Tête – Cou– Dos. Edition Maloine, Paris 2006
13. **Ladeine AL, Ajayi DE, Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Arotiba GT, Bamgbose BO et al.**
Tumeurs odontogènes: un examen de 319 cas dans un hôpital d'enseignement du Nigeria. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. fév 2005;99(2):191–5.
14. **Rouviere H., DelmasA.**
Anatomie humaine Tome 1. Tête et cou. 14th ed. Paris: Masson; 1997
15. **Benamar.**
Les tumeurs maxillo-mandibulaires, service de pathologie CHU SBA. Elsevier Inc. 2004 Rosai AND akerman"s surgical pathology 9e.
16. **Delmamare J, Garnier M.**
Dictionnaire des termes de médecine. 26e éd. Paris: Maloine; 2000:991.
17. **Diebold J, Camilleri JP, Reynes M, Callard P.**
Anatomie pathologie générale. 2e éd. Edition Médicale Internationales; 233–323

18. **Crépy C, Diner PA, Raes J, Blanc P.**
Stomatologie. [éd.] La Couleuvre. pp. 89–98.
19. **Cabane F, Bonenfant JL.**
Tumeurs et pseudo tumeurs des maxillaires. Anatomie Pathologique. 2e éd. Paris: Maloine SA Editeur; 786–790
20. **Dechaume M, Grellet M, Laudénbach P, Payer J.**
Kystes et tumeurs bénignes des maxillaires. Précis de Stomatologie. Paris: Masson; 1980:232–252
21. **Kabore S.**
Améloblastome des maxillaires, aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU-YO et au CHU-SS. Thèse de doctorat en médecine. Ouagadougou: UFR-SDS; 2007. N°1226
22. **Charles Puissan.**
Chérubisme ou chérubinisme. Encyclopédie Orphanet. Juillet 1997.
23. **Bouklata S, El Hassani M, Boulaich M, Lazrak A, Jiddane M, Boukhrissi N.**
Le granulome réparateur central à cellules géantes des maxillaires : Aspects radiologiques à propos de 22 observations. Radiologie (Berlin). 2000;20(3):129–131.
24. **Dechaume M, Grellet M, Laudénbach P, Payer J.**
Kystes et tumeurs bénignes des maxillaires. Précis de Stomatologie. Paris: Masson; 1980:232–252
25. **Jebblaoui Y, Ben Neji N, Haddad S, Ouertatani L, Hchicha S.**
Algorithme de prise en charge des améloblastomes en Tunisie. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2007 Nov;108(5):419–23.
26. **Achard JL.**
Révision accélérée en odontostomatologie. Paris: Maloine; 1998:365.
27. **Suluk-Tekkesin M, Wright JM.** The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. Turk Patoloji Derg. 2022;38(2):168–84.
28. **Medji AL, Hounkkpe YYC, Vingnikin-Yehouessi B, Koura A, Prodjinotho FX.**
La carcinologie O.R.L et cervico-facial au C.N.H.U. de Cotonou (Bénin) : résultats d'une étude de 1978 à 1985. Med Afr Noire. 1989;36(2):152–157.
29. **Diombana ML, Mohamed AAG, Küssner H, Doumbo O, Penneau M.**
Implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial. Med Afr Noire. 1998;45(7):451–457.
30. **Auriol MM, Le Charpentier Y.**
Anatomie pathologique des lésions de la cavité buccale, des glandes salivaires et maxillaires. Edition scientifique et médicale. Elsevier Masson SAS. 1997;22(11):1–36.
31. **Lucie Grosjean.**
Les tumeurs malignes au niveau du maxillaire : prise en charge des patients et qualité de vie après réhabilitation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010.

32. Deboise A.

Techniques en chirurgie oro-maxillo-faciale. Paris: Ellipses; 1993. 331 p.

33. Facon F, Dessi P.

Chirurgie endonasale micro-invasive : apport de l'endoscopie en chirurgie maxillo-faciale. Rev Stomatol Chir **Maxillofac**. 2005;106(4):230-242

34. Bayala Jean-Patrice.

Les tumeurs des maxillaires au CHU-YO : épidémiologie et prise en charge. Thèse de doctorat en médecine. Burkina Faso. 2012. N° 168.

35. Société Française de Radiothérapie Oncologique. Guide des procédures de Radiothérapie Externe 2007 – 7 – Sinus Maxillaire. 2007.

36. Mazon JJ, Noël G, Simon JM.

Les cancers de cavité buccale. Bull Cancer. 2000;87(5):39-48.

37. Daley T, Darling M.

Tumeurs malignes de la cavité buccale autre que les carcinomes spinocellulaires : un aperçu. J Can Dent Assoc. 2003;69(9):577-582.

38. Zrara I, Al Bouzidi A, Rimani M, Sedrati O, Azendour A, Labrami A et al.

Les esthésioneuromes olfactifs (esthésioneuroblastomes) à propos de deux cas cliniques. Méd Magreb. 1998;70:6-8.

39. Répété

40. Guilbert F, Chomette G, Le Charpentier Y, Auriol M.

Les tumeurs bénignes et les pseudo-tumeurs des maxillaires. Rev Stomatol Chir maxillofac. 1993;94:197-265

41. Emilie Thomas.

Les grands kystes des maxillaires : Diagnostic, traitement et suivi. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011.

42. Chomette G, Auriol M.

Histologie buccale et cervico-faciale. Paris : Masson; 1986. 208 p.

43. Benoit R, Lemire M.

Embryologie dentaire. Paris : Julien Prelat; 1979. 142 p.

44. Janah A, Saidi A, Bourjilat M, Benhaddou A, Chekkouri IA, Benchakrou Y.

Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. Corrélations Anatomo-radiologiques. A propos de 50 cas. Mag Med. 2001;21(359):346-48.

45. Aka GK, Kouakou RK, Djemo BR, Ouattara B, Gadebgeku SA.

Réhabilitation faciale par la prothèse maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule. Rev Ivoir Odonto-Stomatol. 2006;8(2):39-48.

46. Agbokponto AR.

Tumeurs bénignes des maxillaires: Aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 64 cas recensés dans le service d'ORL et de CCMF du CNHU-HKM de Cotonou. Thèse de doctorat en médecine. Cotonou. 2010.

47. Sawadogo S.

Etude des tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au CNHU-HKM au Bénin et aux CHU-YO et CHU-SS au Burkina Faso: À propos de 117 cas. Thèse de Doctorat en Médecine, Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé; 2007.

48. Tonde L.

Les tumeurs malignes des maxillaires chez l'adulte au Burkina Faso de 1996 à 2005. Profil épidémiologique, aspects cliniques, Histopathologiques et thérapeutiques. Ouagadougou UFR /SDS 2008. Numéro 1242.

49. Touré S, Sonko L, Diallo B, Diop A, Diouf R, Diop EM.

Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2005;106(4):1S68P.c(17)-26.

50. Aregbesola SB, Ugboko UI.

Orofacial tumours in suburban Nigerian children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005;43:226-231.

51. Dehner LP.

Tumors of the mandible and maxilla in children. I. Clinicopathologic study of 46 histologically benign lesions. Cancer. 1973 Feb;31(2):364-84.

52. Rakotoarisoa AHN, Rakotoarivony AE, Razafindrakoto RMJ, Rakotoarison RA, Razakamaharavo AZ, Razafindrabe JAB.

Tumeurs et kystes odontogènes observés au CHU d'Antananarivo de janvier 2006 à mars 2008. Revue d'odontostomatologie malgache en ligne. 2013;7:32-40.

53. N'Guessan ND, Anzouan KE, Yao GC, Assouan C, Diomande A, Konan EA et al.

Prise en charge des tumeurs et pseudotumeurs du maxillaire au CHU de Treichville. Odonto-Stomatol. 2013;15(1):52-57.

54. Johnson Ameswué Kpogbé Ermel.

Tumeurs bénignes et kystes maxillo-mandibulaires au CNHU-HKM au Bénin et au CHU-YO au Burkina Faso. Thèse de doctorat en médecine. Burkina Faso. 2012. N°43.

55. Bouaichi H.

Les kystes maxillo-mandibulaires: Diagnostic et prise en charge thérapeutique (à propos de 50 cas). Thèse de doctorat en médecine. Fes. 2020. N° 225.

56. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Lui L, Zheng X et al.

Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jan;36(1):20-5. Epub 2006 Dec 6.

57. Beogo R, Ouedraogo D, Lompo O, Konsem T, Bourgarel J, Soudre R.

Aspects histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'adulte au centre hospitalier national Sanou-Souro (Burkina Faso). Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac. 2000.

- 58. Bengodo MC, Monabang C, Sando Z, Kkampan W, Onana J, Bengodo G.**
Aspects radiographiques des tumeurs malignes maxillo-mandibulaires. *J Afr Imag Med.* 2010;(3),3:173-177.
- 59. Debry C, Bouillon F, Methlin A, Jung C, Conaraux C.**
Cancers du maxillaire supérieur : étude rétrospective à partir de 29 cas. *Ann Otolaryngol.* 1989;106(2):83-90.
- 60. Vodouhe SJ, Aihounzonon L, Vignikin B, Hounkpe YYC, Medji ALP.**
Résultats anatomopathologiques des cancers des maxillaires à propos de 108 cas. *J Soc Biol Clin.* 1996;003:34-36.
- 61. Yehouessi-Vignikin B.**
Les cancers des maxillaires et des sinus de la face, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 70 observations au CNHU de Cotonou. Thèse de Méd : Université nationale du Bénin. 1984;206.
- 62. Kpemissi E, Amana B, Tchandana K.**
Tumeurs des maxillaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques : à propos de 91 cas. *Mali Med.* 2009. Disponible sur : malimedical.org
- 63. Abdenmour S, Benhalima H, A Lazrak.**
Les tumeurs odontogènes bénignes : analyse épidémiologique de 97 cas dans la population algérienne. *Rev Stomat Chi Maxillofac Chir Oral.* 2013;114:67-71.
- 64. Anyanechi E C, Saheeb D.**
A review of 156 odontogenic tumours in Calabar, Nigeria. *Ghana Medical Journal.* 2014;48(3).
- 65. LOMPO O.**
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 pour l'obtention du doctorat en médecine 2012.
- 66. Ouedraogo D, Beogo R, Lompo O, Konsem T, Bourgarel J, Soudre R.**
Aspects histopathologiques des tumeurs et kystes oro-maxillo-faciaux de l'enfant au centre hospitalier national Sanou-Souro (Burkina Faso). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2006;13(2):52-56.
- 67. OUEDRAOGO B.**
Les tumeurs bénignes et les kystes des maxillaires : aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse de Doctorat de Médecine, Université de Ouagadougou, UFR-SDS. 2008. N°1751.
- 68. Parkins GE, Armah GA, Tettey Y.**
Orofacial tumors and tumour-like lesions in Ghana. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;1-5.
- 69. Achour A, Ben Achour D, Ben Hamda K, Bassoumi T, Kchouk M, Touibi S et al.**
Cancers éthmoïdo-maxillaires à propos de 68 cas. *Sem Hôp Paris.* 1992;68(1-2):8-11.
- 70. Ndjolo A, Bisseck C, Ngowe M, Bengodo C, Enow O, Bnam F et al.**
Cancers du massif facial : localisation et histopathologie. Etude de 155 cas. *Rev O.R.L Chir Cervico fac.* 2003;1(1):4-10.

71. Chidzonga MM.

Oral malignant neoplasie: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. *Oral Oncol.* 2006;42(2):177–183.

72. Anyanechi E, Saheeb D.

A review of 156 odontogenic tumours in Calabar, Nigeria. *Ghana Medical Journal.* 2014;48(3).

73. Avelar RL, Antunes AA, Santos TdS, Andrade ESdS, Dourado E.

Tumores odontogênicos: estudo clínico-patológico de 238 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008 Oct;74(5):668–73..

74. Barthélémy I, Sannajust J, Revol P, Mondié J.

Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *EMC – Stomatologie.* 2005 Dec;1(4):277–94.

75. Latino-Martel P, Druesne-Pecollo N, Dumond A.

Facteurs nutritionnels et risque de cancer de la cavité buccale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2011;112:155–9.

76. Bambara AT, Millogo M, Konsem T, Bambara HA, Ouédraogo D, Traoré SS.

Les cancers de la cavité buccale : affection à prédominance féminine à Ouagadougou. *Med Buccale Chir Buccale.* 2015 Apr;21(2):61–6.

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

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

78. Ouoba K, Dao M, Sano D, Guigma Y, Sakande K, Kabre M et al.

Les cancers O.R.L et cervico-faciaux au Burkina Faso épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. *Médecine d'Afrique Noire.* 1997;44(8–9):452–456.

79. El-Ouzzani FZ.

Tumeurs mandibulaires: à propos de 20cas. Thèse de doctorat en médecine. *Médecine Humaine : Maroc;* 2008: 132p.

80. Benwadih S, Oussalem A, Boulaadas M.

Les tumeurs bénignes des maxillaires : à propos de 30 cas. *Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc.*

81. Moussa M, Abba Kaka HY, Roufai L, Eboungabeka Trigo ER, Bancolé Pognon SA, Efarad B, Nouhou H.

Les tumeurs des maxillaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital national de Niamey. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2021 Sep;28(3):16–19.

82. Doumbia M.

Tumeurs des maxillaires au CHU-CNOS : aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques. Thèses d'exercice d'odontostomatologie. *Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie FMOS. Bamako;* 2022.

83. Sriram G, Sriram G, Shetty RP.

Odontogenic tumors: a study of 250 cases in an Indian teaching hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 Jun;105(6):14–21.

84. Tawfik MA, Zyada MM.

Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt: analysis of 82 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Feb;109(2):e67–73. Epub 2009 Dec 6.

85. Fernandes AM, Duarte CE, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA et al.

Tumeurs odontogènes: une étude de 340 cas dans une population brésilienne. J Pathol Oral Med. nov. 2005;34(10):583–7.

86. Buchner UNE, Merrell PW, Carpenter WM.

Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Sep;64(9):1343–52.

87. Boissramé-Gastrin S, Lelièvre J, Le Moine P, Pers J.

Syndrome de Kostmann et cavité buccale : présentation d'un cas et revue de la littérature. Med Buccale Chir Buccale. 2010;16(1):45–51.

88. Hakkou F, Chbicheb S, Achour I, El Wady W.

Kystes inflammatoires des maxillaires : mise au point. Actual Odonto–Stomatol. 2012;260:301–311.

89. Tagba E, Sy A, Ndiaye M.

Aspects diagnostiques et résultats du traitement chirurgical des tumeurs maxillo–mandibulaires : à propos de 23 cas. J Afr Cancer. 2014 Nov;6(4):228–34.

90. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO.

Un examen des 318 tumeurs odontogènes à Kaduna, au Nigeria. J Surg Oral Maxillofac. juin 2005;63(6):811–9.

91. Giri SP, Reddy EK, Gerner LS, Krishnan L, Smalley SR, Evans RG.

Management of advanced squamous cell carcinomas of the maxillary sinus. Cancer. 1992 Feb 1;69(3):657–61.

92. Itami J, Uno T, Aruga M, Ode S.

Squamous cell carcinoma of the maxillary sinus treated with radiation therapy and conservative surgery. Cancer. 1998;82:104–7

93. Lecardinal Q.

Prise en charge prothétique des patients présentant une perte de substance maxillo–faciale d'origine cancéreuse. Stratégie Prothétique. 2018 Mar 21;1:51–59.

قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم

سِرَّهُمْ.

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

والطالح، والصديق والعدو.

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

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

على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

سنة 2024

أطروحة رقم 066

أورام الفك العلوي
الدراسة الوبائية والسريية والجوانب العلاجية
الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/04/24

من طرف

الأنسة منال حسيب

المزداة في 1997/01/02 بني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية:

الفك العلوي - جراحات - أورام - ترميم

اللجنة:

الرئيسة

المشرف

الحكم

ن. منصوري

أستاذة في طب الاسنان وجراحة الوجه والفكين

م. البويهي

أستاذ في طب الاسنان وجراحة الوجه والفكين

ع. الجليل

أستاذ طب وجراحة الأذن الأنف الحنجرة

السيدة

السيد

السيد