

**ASPECTS CLINIQUES ET PARACLIQUES DES TUMEURS BENIGNES DES
MAXILLAIRES EN ORL AU CNHU DE COTONOU (2000-2009)**



YEHOUESSI-VIGNIKIN B, BIO-TCHANE I, AKELE-AKPO M-T, MENSAH E,
AGBOKPONTO A, MEDJI St, VODOUHE U-B, FLATIN M, VODOUHE S.J

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale/ CNHU-Cotonou-01 BP 386-Rép. BENIN
Adresse pour correspondance : bernadetteyehouessi@yahoo.fr

RESUME

Objectif : cette étude a recensé les tumeurs bénignes des maxillaires en ORL au CNHU de Cotonou. Elle a aussi décrit leurs caractéristiques cliniques et paracliniques.

Patients et méthode : l'étude a été rétrospective, analytique et descriptive. Elle a concerné les dossiers des patients reçus et suivis pour des tumeurs bénignes des maxillaires avec confirmation histopathologique entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2009 en ORL au CNHU de Cotonou.

Résultats : ces dix dernières années, 64 cas de tumeurs bénignes des maxillaires ont été reçus et traités en ORL soit une incidence annuelle de 6 à 7 cas par an. Leur fréquence a été de 2,8%. Les sujets de 21 à 50 ans ont constitué 32 cas soit 51,2%. Vingt sept sujets soit 42,2% ont été de sexe masculin contre 37 sujets soit 57,8% de sexe féminin. Le délai d'évolution avant la 1^{ère} consultation était au-delà de 12 mois dans 41 cas soit 64,1%. A l'examen, la tumeur était de siège mandibulaire dans 41 cas soit 64,1%, de siège maxillaire dans 21 cas soit 32,8% et de siège maxillo-mandibulaire dans 2 cas soit 3,1%. Dans 58 cas soit 90,6%, les tumeurs mesuraient entre 4 et 20 centimètres de grand diamètre. L'orthopantomogramme a été réalisé chez 60 malades soit 93,75%. Les images lacunaires ou multiloculaires ont été enregistrées dans 34 cas soit 53,12% et une ostéocondensation dans 14 cas soit 21,87%. Les types histopathologiques les plus retrouvés étaient : l'améloblastome 25 cas soit 39%, la dysplasie fibreuse 10 cas soit 15%, le kyste odontogène 8 cas soit 12,5%, le fibrome odontogène 3 cas soit 4,7%, le fibromyxome odontogène 2 cas soit 3,1%.

Conclusion : les tumeurs bénignes des maxillaires sont relativement fréquentes et sont dominées par l'améloblastome, la dysplasie fibreuse et le kyste odontogène.

Mots-clés : tumeur bénigne maxillaire, clinique, paraclinique.

**CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF MAXILLARY BENIGN TUMORS IN ENT AT
TEACHING HOSPITAL OF COTONOU (2000-2009)**

SUMMARY

Objective : this study has identified the benign tumors of the maxillary in ENT at teaching hospital of Cotonou. It also describes their clinical and paraclinical features.

Patients and method : the study was retrospective, analytical and descriptive. It concerned the records of the patients received and monitored for benign tumors of the maxillary with confirmation histopathological between January 1st, 2000 and December 31, 2009.

Results : the last ten years, 64 cases of benign tumors of the maxillary were received and treated in ENT with an annual incidence of 6 to 7 cases per year. Their frequency has been 2.8%. Patients from 21 to 50 years old were 32 cases or 51.2%. Twenty seven patients or 42.2% were male against 37 topics or 57.8% of female. The time of evolution before the first consultation was beyond 12 months in 41 cases 64.1%. Review, tumor was mandibular seat in 41 cases 64.1%, maxillary seat in discriminatory 21 cases or 32.8% and seat maxillo-mandibular in 2 cases is 3.1%. In 58 cases or 90.6%, the tumors were between 4 and 20 centimetres of large diameter. The orthopantomogram conducted in 60 patients is 93.75%. Gap or multilocular images have been recorded in 34 cases or 53,12% and an ostéocondensation in 14 cases or 21,87%. More found histopathological types were : améloblastoma 25 cases or 39%, fibrous dysplasia 10 cases is 15%, the odontogenic cyst 8 cases or 12.5%, the odontogenic fibroma 3 cases is 4.7%, fibromyxom odontogenic 2 cases or 3.1%.

Conclusion : benign tumors of the maxillary are relatively common and are dominated by the améloblastoma, fibrous dysplasia and the odontogenic cyst.

Keywords : maxillary benign tumour, clinical, paraclinic.

INTRODUCTION

Une tumeur est une prolifération cellulaire excessive aboutissant à une néoformation tissulaire qui ressemble plus ou moins au tissu normal homologue où elle a pris naissance et qui a tendance à s'accroître. Elle peut être bénigne ou maligne. Les tumeurs bénignes des maxillaires constituent une entité nosologique aussi variée que complexe. Elles regroupent des lésions qui ont en commun leur siège. La présence des dents, de la fibromuqueuse gingivale et de la muqueuse nasosinusienne favorise ces processus inflammatoires tumoraux bénins. Leur diagnostic clinique est aidé par l'imagerie médicale et confirmé par l'histopathologie. En ORL au CNHU de Cotonou, une série de 64 cas de tumeurs bénignes des maxillaires ont été reçus et suivis ces dix dernières années. Cette étude a également décrit les caractéristiques cliniques et paracliniques de ces tumeurs bénignes des maxillaires.

PATIENTS ET METHODE

L'étude a été rétrospective, analytique et descriptive. Elle a concerné les dossiers des patients reçus et suivis pour des tumeurs bénignes des maxillaires avec confirmation histopathologique entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2009.

Ont été inclus dans cette étude : les patients de tous les âges et des deux sexes, avec l'existence d'un dossier médical complet comportant : la description clinique de la tumeur des maxillaires, le bilan d'imagerie, un compte rendu opératoire de biopsie ou de chirurgie tumorale, la présence d'un compte-rendu d'examen anatomo-pathologique confirmant la bénignité de la tumeur.

Ont été exclu de l'étude : tous les dossiers incomplets ou portant des écrits illisibles, la non localisation de la tumeur au niveau des maxillaires, la non confirmation de tumeur bénigne par l'histopathologie, les tumeurs malignes, les pathologies infectieuses.

Parmi les paramètres étudiés ont figuré : l'âge, le sexe, les motifs de consultation, le délai de la première consultation, les facteurs de risque, les signes cliniques, les signes paracliniques : orthopantomogramme, examen anatomo-pathologique.

RESULTATS EPIDEMIOLOGIE Fréquence

Sur un total de 2318 nouveaux patients hospitalisés pour pathologies diverses en ORL au CNHU de Cotonou ces dix dernières années,

64 ont présenté des tumeurs bénignes des maxillaires avec confirmation histopathologique, soit une fréquence globale de 2,8%. L'incidence annuelle était de 6 à 7 cas.

Age

Le sujet le plus jeune de la série avait 9 mois et présentait un hémolympangiome du maxillaire droit. Le sujet le plus âgé avait 75 ans et avait un kyste odontogène de l'hémi mandibule droite. La moyenne d'âge était de 16,6 ans. La série d'étude a comporté 18 enfants soit 28,1%. Les sujets de la tranche d'âge 21 à 50 ans ont été les plus touchés 32 cas soit 51,2%. Le tableau n°1 illustre la répartition selon les tranches d'âge en années.

Tableau n°1: Répartition selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	%
00--05 ans	03	04,8
06-10 ans	04	06,4
11-15 ans	11	17,6
16-20 ans	08	12,8
21-50 ans	32	51,2
51-80 ans	06	09,6
Total	64	100

Sexe

Sur les 64 patients de la série d'étude, 27 sujets ont été de sexe masculin soit 42,2% contre 37 sujets de sexe féminin soit 57,8%.

DONNEES CLINIQUES

Motifs de consultation

Les motifs de consultation les plus enregistrés étaient : une tuméfaction mandibulaire 39 cas soit 60,9%, une tuméfaction des maxillaires 15 cas soit 23,4% une déformation de l'arcade dentaire 10 cas soit 15,7%.

Délai avant la première consultation

Quarante et un (41) patients ont consulté après un délai supérieur à 12 mois soit 64,1% et 23 patients soit 35,9% entre 1 à 3 mois.

Facteurs de risque

Trente six (36) patients soit 56,3% avaient des antécédents pathologiques bucco-dentaires (avulsions dentaires, mauvaise hygiène bucco-dentaire, exérèse de la même tumeur, rhinorrhée, gingivite). Par contre 28 patients soit 43,7% étaient sans aucun antécédent bucco-dentaire.

Siège de la tumeur

Le siège mandibulaire a été retrouvé dans 41 cas soit 64,1% suivi du siège maxillaire avec 21 cas soit 32,8%. Ce siège a été maxillo-mandibulaire dans 2 cas soit 3,1% .

Taille de la tumeur

Dans 58 cas soit 90,6% la tumeur avait entre 4 et 20 cm. Dans 5 cas soit 7,8%, la tumeur avait entre 2 et 4 cm. Dans 1 cas soit 1,6% la tumeur avait moins de 2 cm.

Consistance de la tumeur

La tumeur était dure dans 34 cas soit 53,1%, ferme dans 22 cas soit 34,4% et molle dans 8 cas soit 12,5%.

DONNEES PARACLINIQUES

Imagerie médicale

Soixante (60) patients soit 93,8% ont pu effectuer des examens radiographiques. Le tableau n°II indique la répartition selon le type d'imagerie réalisée.

Tableau n°II : Répartition selon le type d'imagerie réalisée

Type d'imagerie	Effectif	%
Orthopantomogramme	47	78,3
Rx des sinus Blondeau	08	13,3
Scanner	03	05
Radiographie face basse	01	01,7
Défilé maxillaire	01	01,7
Total	60	100

Rx = radiographie

Les images lacunaires ou multiloculaires ont été enregistrées dans 34 cas soit 56,7%. L'image d'ostéocondensation a été observée dans 14 cas soit 23,3% et l'image d'ostéolyse 8 cas soit 13,3%. Le tableau n°III donne la répartition selon l'aspect radiologique des tumeurs.

Tableau n°III : Répartition selon l'aspect radiologique

Aspects radiologiques	Effectif	%
Lacune/multilocule	34	56,7
Ostéocondensation	14	23,3
Ostéolyse	08	13,3
Autres	04	06,7
Total	60	100

Types histopathologiques

L'améloblastome a été le type histopathologique le plus fréquent : 25 cas soit 39% des

tumeurs bénignes des maxillaires. Le tableau n°IV renseigne sur les types histopathologiques enregistrés.

Tableau n°IV: Répartition selon l'histopathologie

Types histopathologiques	Effectif	%
Améloblastome	25	39,0
Dysplasie fibreuse	10	15,6
Kyste odontogène	08	12,5
Epulis	03	04,7
Fibrome odontogène	03	04,7
Tumeur à cellules géantes	02	03,1
Myxome/fibro-myxome odontogène	02	03,1
Cémentome	01	01,6
Odontome (hémartome)	01	01,6
Ostéome ostéoïde / ostéoblastome	01	01,6
Chondrome /ostéochondrome	01	01,6
Autres	07	11,0
Total	64	100

Autres soit au total 7 cas.

- ✓ Granulome (2 cas)
- ✓ Hémolymphangiome (1cas)
- ✓ Hyperplasie papillaire pseudo épithéliomateuse (1cas)
- ✓ Schwannome (2 cas)
- ✓ Torus mandibularis récidivant 5 ans après exérèse (1cas).

COMMENTAIRES

Nos commentaires vont être axés sur l'épidémiologie, la clinique et la paraclinique.

AU PLAN EPIDEMIOLOGIQUE

En ORL au CNHU de Cotonou, la fréquence globale des tumeurs bénignes des maxillaires a été de 2,8% avec une incidence annuelle de 6 à 7 cas par an. Ce taux est loin de la réalité car seuls ont été pris en compte les cas avec une confirmation histopathologique. PIPPI R. [1] à Rome en Italie en 2006 a trouvé une incidence de 4 cas par an. PARKINS G. et al [2] en 2007 au Ghana ont rapporté une incidence de 11 cas par an. da-Silva L. et al [3] en 2009 à Porto au Portugal ont recensé une incidence de 4 à 5 cas par an. Quant à l'âge, dans la série d'étude, les extrêmes ont été de 9 mois et de 75 ans avec une moyenne de 16,6 ans. Dans la série de JING W. et al [4] en 2007 en Chine, les âges ont varié de 3 à 84 ans avec une moyenne d'âge de 32 ans.

KUMMOONA R. [5] en 2009 en Irak, a rapporté des extrêmes de 4 et 70 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans. Selon le sexe, la série d'étude a enregistré 42% de sujets de sexe masculin contre 58% de sujets de sexe féminin. OLGAC V. et al [6] en 2006 en Istanbul ont publié 53% de sujets de sexe féminin contre 47% de sujets de sexe masculin. CHANG C. et al [7] dans une étude en 2008 à Taiwan ont observé une prédominance féminine de 78,5%. Par contre, GUMGUM S. et al [8] en 2005 en Turquie ont noté une égalité pour les deux sexes. Cette même observation a été enregistrée par ALSHARIF MJ. et al [9] en 2009 en Chine.

AUX PLANS CLINIQUES ET PARACLI- NIQUES

Dans la série d'étude, le siège a été mandibulaire dans 64,1% des cas contre 32,8% pour le siège maxillaire. Ces résultats sont proches de ceux de PARKINS G. et al [2] et de JEBLAOUI Y. et al [10] tous en 2007 qui ont rapporté respectivement 63% et 62% de localisation mandibulaire. La prédominance du siège mandibulaire a été signalée par d'autres auteurs: SRIRAM G. [11] en 2009, FOSS RD [12] en 2010. Dans la série d'étude, les patients se sont présentés dans 90,6% des cas avec une volumineuse tumeur (taille entre 4cm et 20cm). HEYMANS O. et al [13] en 2008 en Belgique, ECKARDT AM et al [14] en 2009 en Allemagne puis BERTRAND J. et al [15] en 2010 en Suisse ont aussi signalé une prédominance des tumeurs d'importante taille. Au plan de l'imagerie médicale, les images multiloculaires et d'ostéocondensation ont été les plus rapportées: [16,17,18].

Selon l'histopathologie, dans la série étudiée, l'améloblastome a été le type histopathologique le plus fréquent soit 39%, suivi respectivement de la dysplasie fibreuse 15,6% et des kystes odontogènes 12,5%. Plusieurs auteurs

ont constaté une prédominance des améloblastomes dans leurs études. LADEINDE A. et al [16] en 2005 au Nigéria ont recensé 63% de cas d'améloblastomes. SRIRAM et al [11] en 2008 en Inde ont observé 61,5% de cas. Par contre TAMME T. et al [19] en 2004 en Estonie ont noté une prédominance des odontomes dans 34,3% des cas contre 25,3% de cas d'améloblastomes. Selon SRIRAM G et SHETTY RP [11], l'améloblastome semble avoir une prédilection pour la mandibule tandis que la dysplasie fibreuse a cette prédilection pour le maxillaire. Les autres types histologiques recensés n'ont pas été des exceptions. SRIRAM G et SHETTY RP en Inde [11] ont retrouvé 12,4% de cas de dysplasie fibreuse.

Par ailleurs LADEINDE AL. [16] et ADEBAYO ET. et al [20] au Nigéria ont noté respectivement un taux plus faible de 7,5% et 2% de cas. Ces mêmes auteurs ont recensé respectivement 3% et 5,3% de cas de fibrome odontogène. Le myxome odontogène a été rapporté dans les études de LADEINDE AL. [16] en 2005 et de SRIRAM G. [11] en 2008 avec respectivement 6,5% et 6% de cas. PACIFICI L. et al [21] en 2004 en Italie et SLIMANI F. [22] en 2009 au Maroc ont signalé dans leurs études respectives que le cémentome est rare et a représenté 1,2% à 6% des cas. KAPLAN I. et al [23] ont recensé en 2008 en Israël 4 cas d'ostéome. Ces résultats sont proches de ceux de la série d'étude.

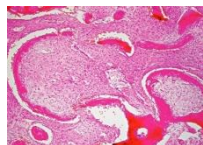
CONCLUSION

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont relativement fréquentes et sont dominées par l'améloblastome, la dysplasie fibreuse et le kyste odontogène. Leur diagnostic est clinique et aidé par l'imagerie médicale. L'histopathologie est d'un précieux recours ; elle confirme la nature bénigne de la tumeur et précise sa variété histopathologique.

REFERENCES

- 1-PIPI R. Les Tumeurs bénignes odontogènes : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques: bilan de 16 années d'étude. Division of oral surgery, Department of Odontostomatological Sciences, la Sapienza University, Rome, Italy. *Minerva Stomatol.* 2006;55(9):503-13.
- 2- PARKINS GE, ARMAH G, AMPOFO P. Tumeurs et pseudo-tumeurs de la face au Ghana. *World J Surg Oncol.* 2007;7(5):48.
- 3- da SILVA LF, DAVID L, RIBEIRO D, FELINO A. Tumeurs odontogènes. University of Porto, Portugal. Faculté de Stomatologie; Institut de Pathologie et Immunologie. *Quintessence Int.* 2009;40(1):61-72.
- 4- JING W, XUAN M, LIN Y, WU L, LIU L, Tumeurs odontogéniques : étude rétrospective de 1642 cas. West China College of Stomatology, Sichuan University, PR China. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36(1):20-5.
- 5- KUMMOONA R. Reconstruction mandibulaire par greffe osseuse et prothèse métallique. Concil de chirurgie maxillo-faciale, Iraqi Board for Medical. *J Craniofac Surg.* 2009;20(4):1100-7.

- 6- OLGAC V., KOSEOGLU B.G., AKSAKALLI N. Les tumeurs odontogéniques en Istanbul: à propos de 527 cas. Institute of Oncology, Department of Tumor Pathology and Oncologica Cytology, Topkapi/ Capa, Istanbul, Turkey. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44(5):386-388.
- 7- CHANG CC., HUNG HY., YU CH., Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. Graduate Institute of Clinical Dentistry, National Taiwan University *J Formos Med Assoc.* 2008 ;107(4):288-94.
- 8- GUMGUM S., HOSGOREN B. Etude clinique et radiologique des améloblastomes en Turquie. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry. *J Can Dent Assoc.* 2005;71(7):481-4.
- 9- ALSHARIF M.J., SUN Z.I. CHEN X.M., WANG S.P., ZHAO Y.F. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: a study of 127 Chinese patients and review of the literature. *J Surg Pathol.* 2009;17(2):122-34.
- 10- JEBLAOUI Y., BEN N., HADDAD S., OUERTATANI L. Algorithme pour le traitement des améloblastomes en Tunisie Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie maxillofaciale, CHU La Rabta, 1007 Tunis, Tunisie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2007;108(5):419-23.
- 11- SRIRAM G., SHETTY R.P. Odontogenic tumors: a study of 250 cases in an Indian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(6):14-21.
- 12- FOSS R.D., ELLIS G.L. Myofibromas and myofibromatosis of the oral region: A clinicopathologic analysis of 79 cases. *Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;89(1):57-65.
- 13- HEYMANS O. NELISSEN X. GILON Y. JACQUEMIN D. Myxoma of the mandible: a case report. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Liège, Belgique* 2008;103(4):239-41.
- 14- ECKARDT AM, KOKEMÜLLER H, FLEMMING P, SCHULTZE A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction-a review of twenty years. *JCraniomaxillofac Surg Hannover Medical School, Hannover, Germany.* 2009; 37 (1):36-41.
- 15- BERTRAND J, LUC B, PHILIPPE M, PHILIPPE P. Anterior mandibularis osteotomy for tumor extirpation: a critical evaluation. *Head Neck, Switzerland.* 2010; 22(4):323-327.
- 16- LADEINDE A.L., AJAYI O.F., OGUNLEWE M.O., ADEYEMO W.L. Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(2):191-5.
- 17- SANNOMIYA E.K., SILVA J.V., BRITO A.A., SAEZ D.M. Surgical planning for resection of an ameloblastoma and reconstruction of the mandible using a selective laser sintering 3D bimodal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106(1):36-40.
- 18- DASKALA I., KALYVAS D., KOLOKOUDIAS M. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report. *J Oral Sci.* 2009;51(3):457-61.
- 19- TAMME T., SOOTS M., KULLA A., KARU K., HANSTEIN S.M. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. *J Craniomaxillofac Surg.* 2004;32(3):161-5.
- 20- ADEBAYO E.T., AJIKE S.O., ADEKEYE E.O. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(6):811-9.
- 21- PACIFICI L.TALLARICO M., BARTOLI A., RIPARI A. Benign cementoblastoma: a clinical case of conservative surgical treatment of the involved tooth. *Minerva Stomatol.* 2004;53(11-12):685-91.
- 22- SLIMANI F., ELBOUIHI M., OUKERROUM A., LAZREQH H. Cementoblastome du maxillaire. *Rev Med Brux.* 2009;30(3):185-8.
- 23- KAPLAN I., NICOLAOU Z., HATUEL D., CALDERON S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Israel. 2008;106(3):22-29.



Dysplasie fibreuse : vue histopathologique



Améloblastome : Image uniloculaire avec dent incluse



Améloblastome géant : Face+ Profil

