



Article Original

Les Tumeurs Bénignes des Maxillaires au Centre de Consultations et de Traitements Odonto-Stomatologiques d'Abidjan: une Étude Comparative des Limites Anatomiques Cliniques et Radiographiques à Propos de 32 Cas

Benign tumors of the maxilla at the Odonto-Stomatological Consultation and Treatment Centre of Abidjan: comparison of the clinical and radiographic anatomical limits of 32 cases

Attogbain Patrice Kouamé¹, Daniel Amantchi¹, Wendpouiré Patrice Laurent Guiguimé², Vazoumana Kouyaté¹

RÉSUMÉ

Affiliations

- Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie d'Abidjan
- Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : Dr Guiguimé Wendpouiré Patrice Laurent. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université Joseph Ki Zerbo 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso. E-mail : guiguimew@yahoo.fr; tel : 00226 76 11 90 90.

Mots clés : Tumeurs bénignes des maxillaires, Radiographie, Abidjan.

Key words: Benign tumors, maxillary, Radiography, Abidjan.

Introduction. La tumeur bénigne des maxillaires est caractérisée par une tuméfaction à évolution lente et une symptomatologie habituellement indolore. En Afrique, elle fait l'objet d'une consultation lorsqu'elle devient volumineuse, entraînant un préjudice esthétique important. Même si le scanner et, à défaut, la radiographie panoramique des maxillaires permettent une évaluation optimale de la taille et de l'extension de la tumeur, le diagnostic définitif est basé à la fois sur des critères cliniques, radiologiques et histologiques. Notre étude visait à décrire les aspects cliniques et radiographiques des tumeurs bénignes des maxillaires diagnostiquées au Centre de Consultations et de Traitements Odonto-Stomatologiques (CCTOS) du CHU de Cocody (Abidjan). **Méthodes.** L'étude transversale descriptive a porté sur 32 patients admis dans le Service de Chirurgie et Pathologies Odontologiques et Maxillo-faciales du CCTOS durant une année. Pour déterminer les limites, nous nous sommes basés sur l'examen clinique et la radiographie panoramique des maxillaires. **Résultats.** Parmi les 32 cas, il y avait 20 femmes (62,50 %) et 12 hommes (37,50 %). L'âge moyen des patients était de 30,72 ans \pm 12,73 avec des extrêmes de 12 et 59 ans. Vingt-six (81,2 %) patients avaient une atteinte de la mandibule, notamment au corpus. Les lésions étaient grandes dans 27 cas (84,3 %). Les images radiographiques étaient essentiellement lytiques (84,4 %) ou mixtes (12,5 %). Dans la plupart des cas, l'extension radiologique était égale ou au-delà des limites de la tuméfaction clinique. **Conclusion.** Notre étude confirme le retard de la symptomatologie clinique par rapport à l'image radiographique dans le diagnostic des tumeurs bénignes des maxillaires, d'où la fréquence élevée des tumeurs osseuses volumineuses.

ABSTRACT

Introduction. Benign tumors of the maxillae are characterized by slow-growing swellings and typically present with little or no pain. In Africa, patients seek consultation when these tumors become large and cause significant aesthetic impairment. While CT scans and, when unavailable, panoramic radiographs of the maxillae provide optimal evaluation of tumor size and extension, the definitive diagnosis relies on clinical, radiological, and histological criteria. This descriptive cross-sectional study aimed to describe the clinical and radiographic features of benign maxillary tumors diagnosed at the Center for Dental and Maxillofacial Consultations and Treatments (CCTOS) of the Cocody University Hospital (Abidjan). **Methods.** The study included 32 patients admitted to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Pathology at CCTOS over one year. Clinical examination and panoramic radiographs of the maxillae were used to determine the tumor's boundaries. **Results.** Among the 32 cases, there were 20 females (62.50%) and 12 males (37.50%). The mean age of the patients was 30.72 years \pm 12.73, with an age range of 12 to 59 years. Twenty-six patients (81.2%) had mandibular involvement, particularly in the corpus. In 27 cases (84.3%), the lesions were large. Radiographic images were primarily lytic (84.4%) or mixed (12.5%). In most cases, the radiological extension equaled or exceeded the boundaries of the clinical swelling. **Conclusion.** Our study confirms the delayed clinical symptomatology compared to the radiographic image in diagnosing benign maxillary tumors, resulting in a high frequency of large bony tumors.

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce que cette étude apporte de nouveau**

Parmi les 32 patients inclus, vingt-six (81,2 %) patients avaient une atteinte de la mandibule, notamment au corpus. Les lésions étaient grandes dans 27 cas (84,3 %). Les images radiographiques étaient essentiellement lytiques (84,4 %) ou mixtes (12,5 %). Dans la plupart des cas, l'extension radiologique était égale ou au-delà des limites de la tuméfaction clinique

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Notre étude confirme le retard de la symptomatologie clinique par rapport à l'image radiographique dans le diagnostic des tumeurs bénignes des maxillaires, d'où la fréquence élevée des tumeurs osseuses volumineuses.

INTRODUCTION

Une tumeur des maxillaires est une prolifération cellulaire excessive aboutissant à une néoformation tissulaire bénigne ou maligne. Contrairement aux tumeurs malignes, les tumeurs bénignes des maxillaires sont caractérisées par une tuméfaction à évolution lente et une symptomatologie habituellement indolore. Ces néoformations odontogéniques ou non, développées au dépend des maxillaires n'ont pas de métastases à distance. Elles prédominent en consultation Odonto-Stomatologique et sont le plus souvent caractérisé par une volumineuse tuméfaction qui est d'ailleurs le principal motif de consultation (ADOU A) [1]. Le diagnostic exige une observation clinique, radiologique et histologique [2,3].

Dans la pratique de l'Odonto-Stomatologie, l'examen radiographique le plus demandé par les praticiens face à une tumeur des maxillaires est l'orthopantomogramme ou la radiographie panoramique des maxillaires.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les différents aspects épidémiologiques, cliniques et radiologiques de ces tumeurs bénignes, déterminer les limites anatomiques cliniques et radiographiques et comparer les limites tumorales cliniques et radiographiques de ces tumeurs bénignes.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

La population d'étude de ce travail était constituée de 32 sujets porteurs de tumeur bénigne des maxillaires admis dans le service de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique du CCTOS CHU de Cocody durant l'année universitaire 2017-2018. Nos variables d'intérêt étaient l'examen clinique avec la photographie et les dimensions de la tuméfaction et la radiographie panoramique des maxillaires. Les limites cliniques et radiographiques ont été déterminées à partir des repères anatomiques et dentaires.

- Une tuméfaction exo buccale de petite étendue comme une tuméfaction inférieure à 2 cm de grand diamètre, une tuméfaction de moyenne étendue comme une tuméfaction comprise entre 2 et 5 cm de grand diamètre, et une tuméfaction grande étendue comme une tuméfaction dont le grand diamètre est supérieur à 5 cm.

- Au niveau endo buccal, les dents sont définies comme limites anatomiques :
 - Une tumeur de petite taille correspond à une voussure qui s'étend d'une à 2 dents
 - Une tumeur de moyenne taille correspond à une voussure qui s'étend de 3 à 4 dents ;
 - Une tumeur de grande taille correspond à une voussure qui s'étend de 5 à 6 dents ;
 - Une tumeur de volumineuse taille correspond à une voussure qui s'étend à plus de 7 dents.
- Concernant la radiographie, les repères anatomiques et dentaires permettent une classification de la tumeur selon la taille de l'image radiographique bénigne des maxillaires.

RÉSULTATS**Sexe et âge des patients**

Trente-deux patients ont été colligés dans notre étude. Une prédominance féminine a été observée avec 20 femmes (62,50%) et 12 hommes (37,50%). L'âge moyen des patients était de 30,72 ans \pm 12,73, avec des extrêmes de 12 et 59 ans. La tranche d'âge comprise entre 21 et 35 ans a enregistré le plus de cas de tumeurs maxillaire (Tableau I).

Tableau I : Répartition des sujets en fonction de l'âge. N=32

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
]7-14]	1	3,12
]14-21]	6	21,88
]21-35]	15	46,87
]35-49]	6	21,88
> 49 ans	2	6,25

Quatre (12,5%) patients avaient consulté dans un délai inférieur à 6 mois, 10 (31,25%) avaient consulté dans un délai situé entre 6 et 12 mois ; et 18 (56%) dans un délai supérieur à 12 mois.

Aspects cliniques et radiologiques des tumeurs bénignes

Vingt-six (81,2%) patients ont présenté une atteinte de la mandibule, et 6 (18,2%) une atteinte maxillaire. Les lésions ont été qualifiée de grandes dans 27 cas (84,3%), moyennes dans 4 cas (12,5%) et petites dans 01 cas (3,2%).

La mandibule a connu le plus de déformations manifestées par des tuméfactions exo et endobuccales (Tableau II), et les lésions tumorales ont siégées dans 73,1% des cas au niveau du corpus mandibulaire (Tableau III).

Tableau II : Site de la tuméfaction

Variables	Maxillaire N(%)	Mandibulaire. N(%)	Maxillo- Mandibulaire N(%)	Aucune N(%)	Total
Exo- buccale	3 (9,4)	20 (62,5)	3 (9,4)	6(18,7)	32
Endo- buccale	6 (18,8)	25 (78,1)	0	1(3,1)	32

Tableau III : limites tumorales à la mandibule N=26

Variabiles	Effectif	%
Corpus	19	73,1
Angle Mandibulaire	1	3,8
Ramus	2	7,8
Hémi mandibule	1	3,8
Autres	3	11,5

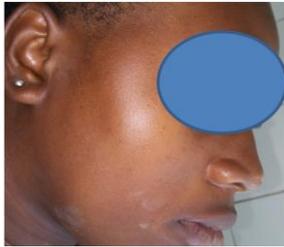


Fig.1a patiente de profil droit



Fig.1b patiente de profil gauche



Fig.2 vues intra buccale

L'interprétation de la radiographie panoramique des lésions osseuses a montré que 27 cas (84,4%) étaient de type ostéolytique, 1 cas (3,2%) était de type ostéocondensante et 4 cas (12,5%) étaient de type mixte.



Fig. 3 Radiographie panoramique. Tumeur corporelle gauche. Corticale très amincie et présence de la 38 incluse

Une comparaison des limites cliniques de la tuméfaction et des limites radiologiques des lésions osseuses aussi bien à la mandibulaire qu'au maxillaire, a révélé que ces dernières ont une extension réelle égale ou souvent supérieure aux limites de la tuméfaction décelée en clinique (Tableau IV et V).

Tableau V : Comparaison des limites des tumeurs à la clinique et à la radiographie au panoramique maxillaire

Cas	Localisation Endobuccale	Localisation Panoramique
1	23 - 27	21 - 27
2	½ arcade maxillaire droit	½ arcade maxillaire droit
3	15- 18	15- 18
4	23 - 26	23 - 26
5	12 - 14	12 - 15
6	22 - 28	22 - Tubérosité maxillaire

DISCUSSION

Au niveau des données socio-démographiques, nous notons une prédominance féminine. Cette prédominance féminine semble être classique dans la littérature et l'âge moyen de notre population est de 30,72 ans. Toutes les tranches d'âge sont concernées mais la tranche d'âge 21-35 ans a été la plus représentée. Ces résultats sont semblables à ceux de Aka [4] en Côte d'Ivoire, qui a montré dans son étude que la tranche d'âge 20 - 40 ans était l'âge de prédilection des tumeurs bénignes des maxillaires et d'autres études à travers le monde [5-8]. Le délai de consultation varie de 3 à 180 mois, avec une durée moyenne de 48,03 mois. Ce long délai témoigne de l'absence de douleur des tumeurs bénignes, de l'évolution lente de la plupart des tumeurs bénignes, de la négligence des malades, de l'influence des tradithérapeutes, du niveau socio-économique faible et de l'ignorance de nos populations.

Ceci explique le gigantisme des tumeurs bénignes des maxillaires diagnostiquées à la première consultation. Dans notre population d'étude, 96,9 % des patients ont eu pour motif de consultation, une tuméfaction. Seulement un patient est venu consulter pour une douleur. Nos résultats sont semblables à ceux de Janah [9], en Tunisie. Il a noté que la tuméfaction des maxillaires était le motif de consultation dans 96% des cas.

Cette tuméfaction était exobuccale et endobuccale dans 81,25 % des cas et elle se retrouvait au maxillaire dans 18,75% et à la mandibule dans 62,50%. En endobuccale, les voussures ont intéressées le maxillaire ou la mandibule et dans aucun cas il n'y a pas eu d'atteinte simultanée du maxillaire et de la mandibule.

Cette répartition donne 6 cas au maxillaire, 25 cas à la mandibule et un cas qui ne présentait pas de voussure. Cette prédominance mandibulaire a été signalée par plusieurs auteurs, Bayala au Burkina Faso [10] et Agbokponto au Bénin [11].

A la mandibule, le corpus mandibulaire est le plus atteint avec 69,23 % des cas. Dans notre population, les tumeurs ont une consistance dure dans 90,32 % des cas ; la tumeur bénigne des maxillaires fait donc corps avec l'os [1].

A l'examen radiographie panoramique, la répartition des sujets en fonction des arcades atteintes donne 6 cas au maxillaire et 26 cas à la mandibule. Trois (03) types de lésions radiographiques ont été observées : des lésions ostéolytiques dans 84,4 % des cas, des lésions ostéocondensantes dans 3,2% des cas et des lésions mixtes dans 12,5% des cas. Les limites des lésions sont bien soulignées dans 96,87% et on note une lyse radiculaire dans 43,75 %. Ces résultats s'accordent avec ceux de Ouédraogo [12] qui note 87% de lésions ostéolytiques et une rhizalyse retrouvée dans 27%.



Les 32 cas de notre étude ont été regroupés en 3 types de sujets : des sujets ne présentant aucune tuméfaction, mais qui ont une atteinte osseuse révélée par la radiographie panoramique et de découverte fortuite ; des sujets présentant une voussure endobuccale et une atteinte osseuse à la radiographie panoramique ; des sujets présentant une tuméfaction mixte endo et exo buccale et une atteinte osseuse à la radiographie panoramique.

Au maxillaire, les images radiographiques de grandes tailles sont observées dans 33,33 % des cas alors que les voussures endobuccales de grandes tailles ne sont observées que dans 16,66% des cas. L'architecture du palais osseux serait plus résistante à la déformation tumorale.

A la mandibule : un sujet présente une voussure endo buccale de petite taille alors que la radiographie montre une image ostéolytique de moyenne étendue ; un sujet ne présentant aucune déformation exo et endo buccale, présente à la radiographie une volumineuse image ostéolytique (cas clinique Fig.1,2,3). Des soins conservateurs ont été réalisés chez le sujet et devant l'absence de la 38, une radiographie panoramique aurait permis de découvrir précocement la tumeur.

Les images radiographiques sont volumineuses dans 69,23% des cas, alors que les voussures endo buccales de volumineuses tailles ne représentent que 53,86% des cas. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de Rafenomanjato à Madagascar [13].

Cette différence entre les limites cliniques et radiographiques s'explique par le retard de la clinique sur les images radiographiques qui traduisent mieux le niveau réel de l'atteinte osseuse. En effet, les déformations observables à l'examen clinique ne sont que la conséquence des lésions intra osseuses qui sont souvent plus importantes que ne laisse entrevoir leur expression clinique. D'autre part la présence des corticales à la mandibule semble retarder l'apparition de déformations cliniquement décelables alors que les lésions intra osseuses sont déjà très avancées. Lorsque malheureusement, les corticales sont rompues, la solution thérapeutique est plus complexe avec un préjudice fonctionnel important. Il faut donc sensibiliser la population sur l'intérêt des consultations bucco-dentaires périodiques et rendre accessible la réalisation d'exams radiographiques panoramiques en vue d'un diagnostic précoce des tumeurs bénignes des maxillaires.

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont à prédominance féminine rencontrées le plus souvent chez le sujet jeune adulte. La région de prédilection est le corpus mandibulaire. La tumeur fait corps avec l'os et est de consistance dure ou ferme. A la radiographie, les images sont le plus souvent ostéolytiques de grandes étendues, biens limitées mais la rhizalyse est inconstante. Une analyse comparative des limites anatomiques cliniques et radiographiques a permis de noter que l'image radiographique est plus en avance sur la symptomatologie clinique d'où l'intérêt de systématiser l'examen radiographique panoramique à la première consultation

chez l'adulte. On pourra ainsi diagnostiquer et prendre en charge précocement les tumeurs bénignes des maxillaires avec un minimum de préjudice fonctionnel pour le patient.

RÉFÉRENCES

- 1- ADOU A, SOUAGA K, KONAN E, ASSA A, ANGOH Y. Améloblastome du sinus maxillaire à propos d'une observation. 2001, n°94, p43 www.santetropicale.com/Resume/29408.pdf [Google]
- 2- RIOUX-FORKER D, DEZIEL AC, WILLIAMS LS, MUZAFFAR AR. Odontogenic Cysts and Tumors. *Annals of Plastic Surgery*. 2019; 82(4):469–477.
- 3- MAMABOLO M, NOFFKE C, RAUBENHEIME E. Odontogenic tumors manifesting in the first two decades of life in a rural African population sample: a 26 years retrospective analysis. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2011; 40: 331–7.
- 4- AKA G K, KOUAKOU R K, DJEMO B R, OUATTARA B, GADEBGEKU S A. Réhabilitation faciale par la prothèse maxillo-faciale au cours des tumeurs bénignes de la mandibule. *Rev Ivoir Odonto-Stomatol.*,2006, vol. 8, n° 2, p. 39-48
- 5- KEUBOU BLB, SANDO Z, FEWOU A, BENGONDO MC, ESSAME OJL. Profil Histopathologique des Pseudotumeurs et Tumeurs Bénignes des Mâchoires à Douala, Cameroun. *Health Sci. Dis*: 2016; 17 (2): 55-59.
- 6- 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*, Septembre 2021, Vol 28, N°3, pp.16-19
- 7- ANZOUAN-KACOU ERMA, ASSOUAN C, YAPO R, NGUESSAN D, SALAMI A, KONAN E. Profil épidémiologique et clinique de l'améloblastome des maxillaires au chu de Treichville. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, Septembre 2021, Vol 28, N°3, pp.25-28
- 8- BENGONDO MC, MINDJA ED, KENNA E, MENGONG H, BENGONO G *Ostéomes Maxillo-Mandibulaires : Épidémiologie, Diagnostic, Classification et Thérapeutique au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaounde (Cameroun)* *Health Sci. Dis*: 2018 ; 19 (1) : 79-82
- 9- JANAH A, SAIDI A, BOURJILAT M, BENGONDO A ET COLL. Les kystes et les tumeurs bénignes des maxillaires. *Corrélations Anatomoradiologiques. A propos de 50 cas.* *Mag Med*. 2001; 21(359); 346-48.
- 10- BAYALA J-P. Les tumeurs des maxillaires au CHU YO : Epidémiologie et prise en charge. Thèse Médecine, 2012, N°168. Ouagadougou (Burkina Faso).
- 11- 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. Thèse Médecine, 2010, N° 1540, Cotonou (Benin).
- 12- 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, 2008, N° 26, Ouagadougou (Burkina Faso).
- 13- RAFENOMANJATO M. Intérêt diagnostique et thérapeutique de la radiographie panoramique devant les tumeurs radio claires des maxillaires. Thèse de Docteur en Médecine, 2019, N° 9315, Antananarivo (Madagascar).

Tableau IV : Comparaison des limites des tumeurs à la clinique, à la radiographie et au scanner

Cas	Endobuccale	Panoramique	² Localisation TDM
1	36 à Angle mandibulaire gauche	36 à Angle mandibulaire gauche	
2	43 à 44	42 à 45	42 à 45
3	47 à 46 et 42 à 32	48 à 37	
4	32 à Ramus Droit	34 à Coroné Droit	
5	Corpus droit	Corpus droit	
6	37 à Ramus gauche	37 à Ramus gauche	
7	48 à 44	47 à 45	
8	46 à 42	46 à 42	
9	42 - Angle mandibulaire droit	41- Angle mandibulaire droit	
10	47 à 44	47 à 43	47 à 43
11	45 à 35	45 à 35	
12	45 à 32	42 à 32	
13	47 à 43	47 à 42	
14	44 à 41	44 à 32	
15	47 à 36	47 à 37	47 à 37
16	47- Ramus droit	46 – Ramus droit	46 à Coroné Droit
17	44 - 37	45 – 37	
18	42 à Angle mandibulaire gauche	44 à Angle mandibulaire gauche	
19	41 à Ramus gauche	44 à Coroné gauche	44 à Coroné gauche
20	43 à 41	44 à 41	
21	47 à 36	47 à 35	
22	33 à 44	33 à 44	
23	31 à 45	32 à 42	
24	33 à 37	41 à 37	
25	43 à Trigone droit	41 à Coroné mandibulaire droit	
26	33 à 43	33 à 43	

² cas où la TDM a été réalisée