

## Article Original

# Profil Histopathologique des Pseudotumeurs et Tumeurs Bénignes des Mâchoires à Douala, Cameroun

## *Histopathological profile of jawbone tumor-like and tumorous lesions in the city of Douala, Cameroon*

Keubou BL Berthold<sup>1</sup>, Sando Zacharie<sup>2</sup>, Fewou Amadou<sup>3</sup>, Bengondo M Charles<sup>4</sup>, Essame O Jean-Louis<sup>5</sup>

1 Service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, CHU de Yaoundé

2 Service d'anatomie pathologie de l'Hôpital Gynéco-obstétrique de Yaoundé et Département des Sciences Morphologiques, FMSB, Université de Yaoundé I

3 Service d'anatomie pathologie de l'Hôpital Général de Douala et Département de Sciences Morphologiques, FMSB, Université de Yaoundé I

4 Service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, CHU de Yaoundé

Département de Chirurgie Buccale, Chirurgie Maxillo-faciale et Parodontologie, FMSB, Université de Yaoundé I.

5 Service d'anatomie pathologie du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé et Département des Sciences Morphologiques, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I et Centre Pasteur de Yaoundé / IMPM;

**Correspondance** : Keubou Berthold ; Tel : + 237 697 36 79 76 / 674 18 62 27 :Email : [liokeu@yahoo.fr](mailto:liokeu@yahoo.fr)

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires regroupent une diversité histologique de lésions. Leur distribution géographique est hétérogène. L'objectif de cette étude était de décrire la distribution des types histologiques ainsi que leurs fréquences relatives dans deux formations hospitalières à Douala (Cameroun).

**Méthodologie.** Cette étude descriptive rétrospective et prospective a été conduite dans les services d'anatomie pathologique de l'Hôpital Laquintinie et de l'Hôpital Général de Douala, sur une période de 12,3 ans allant de janvier 2003 à avril 2015. Était inclus tout patient chez qui le diagnostic de pseudotumeur ou tumeur bénigne des mâchoires était posé à l'examen d'anatomie pathologique et nous avons retenu 52 cas.

**Résultats.** Sur ce total de 52 cas dont 30 femmes et 22 hommes, l'âge moyen était de 31,1 ans, avec un pic de fréquence entre 20 et 40 ans. Les pseudotumeurs et tumeurs odontogènes ont représenté 63,46 %, et étaient dominées par l'améloblastome (78,79%) ; ses variantes folliculaire (50%) et plexiforme (26,92%) étaient les plus fréquentes. Les pseudotumeurs et tumeurs non odontogènes (36,54%) étaient dominées par les lésions fibro-osseuses avec 52,63%.

**Conclusion.** Les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires sont des pathologies présentes dans notre milieu. L'améloblastome dans ses variantes folliculaire et plexiforme et la dysplasie fibreuse sont les types histologiques prédominants.

**Mots Clés:** Pseudotumeur, tumeur, histopathologie, Douala.

### ABSTRACT

**Background.** Benign jaw bones tumors and tumor-like encompass a wide diversity of histological lesions with a distinct geographic distribution. The aim of our study was to determine the relative frequencies and the distribution of the histological types seen in two hospitals of the city of Douala (Cameroon).

**Methodology.** We carried out a prospective and retrospective descriptive study at the histopathology units of Douala Laquintinie and General Hospitals between January 2003 and April 2015. Our study concerned subjects with a diagnosis of benign jaw tumor and tumor-like lesion at the histological examination and we retained 52 cases.

**Results.** We recruited 52 cases and there were 30 females and 22 males. The lesions were more frequent between the third and the fourth decade of the life (52,46%) with a mean age of 31,1 years. Odontogenic tumors and tumor-like consisted of 63,46% of cases and were dominated by ameloblastoma (78,79%); the follicular (50%) and plexiform (26,92%) variants were more encountered. Non odontogenics tumors and tumor-like (36,54%) were dominated by fibro-osseous lesions with 52,63%.

**Conclusion.** Benign jaw bones tumors and tumor-like lesions are present in our milieu. Ameloblastoma with its follicular and plexiform variants and fibrous dysplasia are the most frequent histologicals types.

**Key Words.** Tumor-like, tumor, histopathology, Douala.

## INTRODUCTION

Les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires sont caractérisées par l'absence de tableau clinique spécifique à chacune de ses lésions et par les séquelles fonctionnelles et esthétiques qu'elles occasionnent à la suite de leur traitement [1,2]. Sur le plan histologique, elles rassemblent un groupe hétérogène de proliférations pathologiques dont des hamartomes et des néoplasies vraies. L'organisation mondiale de la santé les subdivise en deux groupes : les lésions odontogènes dérivant des tissus formateurs des organes dentaires et siégeant exclusivement au niveau des mâchoires, et les lésions non odontogènes, communes au reste du squelette [3-5]. Au niveau des mâchoires, les lésions odontogènes sont les plus fréquentes. Leur distribution géographique est variable [6-9]. En effet, dans les séries africaines et asiatiques, elles sont dominées par l'améloblastome [10-12] tandis que l'odontome et le kératokyste sont les plus fréquents en Amérique [13,14]. La répartition des lésions non odontogènes est difficile à établir à cause de la rareté des études retrouvées dans la littérature. Dans notre pays, peu d'études ont été menées sur les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires ce qui rend difficile l'établissement de leur profil histopathologique. Notre étude avait pour but de décrire la distribution des différents types histologiques ainsi que les fréquences relatives dans deux hôpitaux de la ville de Douala.

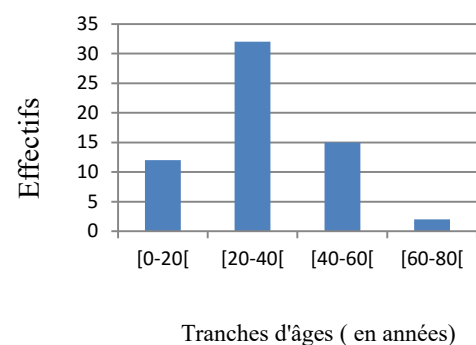
## MÉTHODOLOGIE

L'étude a eu lieu dans les services d'anatomie pathologique des Hôpitaux Laquintinie et Général de Douala. Elle a été descriptive biphasique couvrant une période de 12,3 ans allant de Janvier 2003 à Avril 2015. La phase rétrospective allait de Janvier 2003 à Décembre 2014 et la phase prospective de janvier 2015 à avril 2015. Le recrutement était consécutif et concernait tous les patients chez qui le diagnostic de pseudotumeur ou tumeur bénigne des mâchoires avait été posé à l'examen d'anatomie pathologique. Tous les patients touchés par les tumeurs malignes étaient exclus. Les données ont été collectées dans les registres d'anatomie pathologique pour la phase rétrospective. Durant la phase prospective, nous suivions la procédure de traitement des spécimens à savoir: la décalcification dans l'acide nitrique, la déshydratation dans les bains d'alcool, la clarification dans le xylène, l'inclusion et l'enrobage en paraffine, la microtomie, la coloration à l'Hémateine-eosine et la lecture au microscope optique. Les données recueillies étaient l'âge et le sexe des patients, la localisation et le type histologique de la lésion. Les lésions récidivantes étaient comptées une seule fois. Les données collectées ont été saisies avec Microsoft Excel 2014 et analysées avec le logiciel R.

## RÉSULTATS

### Aspects épidémiologiques

Au total 627 biopsies bucco-maxillo-faciales ont été recensées et 52 cas de pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires ont été répertoriés, soit une fréquence de 8,3 %. Il y avait 22 hommes (42,31%) et 30 femmes (57,69%), soit un sex-ratio de 1:1,36 en faveur des femmes. L'âge des patients variait de sept à 68 ans avec une moyenne de 31,1 ans et 28 (53,85%) avaient un âge compris entre 20 et 40 ans (figure 1).



### Localisation

La localisation maxillaire était retrouvée dans 14 cas (26,92%) alors que la mandibule était touchée dans 38 cas (73,08%), avec une prédilection pour sa partie postérieure (68,42%). Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre ses localisations ( $p=0,01$ ).

### Aspects histologiques

Parmi les 52 pseudotumeurs et tumeurs bénignes, la répartition était la suivante :

- pseudotumeurs et tumeurs odontogènes: 33 cas (63,46%) ;
- pseudotumeurs et tumeurs non odontogènes: 19 cas (36,54%).

Le groupe des lésions odontogènes comportait cinq types histologiques dont l'un correspondait à une pseudotumeur: l'améloblastome et les autres à des tumeurs odontogènes. L'améloblastome était le type histologique le plus retrouvé avec 78,79% ( $n=26$ ); sa variante folliculaire, prédominante ( $n=13$ ; 50%) était caractérisée par des lobules bien définis bordés par un épithélium aux cellules basales cylindriques avec un centre riche en cellules fusiformes, disjointes présentant une cavité kystique et un tissu conjonctif fibreux comme le montre la figure 2. Sa variante plexiforme ( $n=7$ ; 26,92%) présentait des anastomoses entre les cordes de cellules épithéliales baignant dans un léger stroma par ailleurs siège de dégénérescences kystiques telle qu'illustré par la figure 3. Les autres variantes retrouvées

étaient unikystique et desmoplasique avec respectivement 4 cas (15,38%) et 2 cas (7,69%). L'améloblastome unikystique était tapissé par un épithélium présentant des extensions d'aspect plexiforme tandis que la variante desmoplasique était constituée de minces travées d'épithélium entouré d'un stroma abondant et fibreux. Cette pseudotumeur était prépondérante chez les femmes avec 61,54% (n= 16). Son pic de fréquence a été observé entre 20 et 40 ans avec 50% des cas. La mandibule avec 88,46% des cas (n=23) était l'os le plus atteint avec une prédilection pour son segment postérieur avec 15 cas sur 23. La seconde lésion odontogène retrouvée était le myxome odontogénique avec 9,09% (n=3). Cette tumeur était constituée de cellules étoilées, enchâssées dans un stroma présentant un caractère myxoïde. Sa distribution a montré un âge moyen de 27 ans et une prédominance féminine avec deux cas sur cinq. Il était localisé exclusivement au niveau de la mandibule. La distribution des types histologiques des lésions odontogènes ainsi que leur répartition en fonction du sexe et de la localisation sont présentées dans les tableaux I et II.

**Tableau I :** Répartition des pseudotumeurs et tumeurs odontogènes en fonction du sexe.

Types histologiques	N	%	Sexe	
			F	M
<b>Pseudotumeurs</b>				
<b>Améloblastome</b>	26	78,79	16	10
<i>Folliculaire</i>	13	39,39	8	5
<i>Plexiforme</i>	7	21,21	5	2
<i>Unikystique</i>	4	12,12	2	2
<i>Desmoplasique</i>	2	6,06	1	1
<b>Tumeurs</b>				
<b>Tumeur de Pingborg</b>	1	3,03	0	1
<b>Myxome odontogénique</b>	3	9,09	2	1
<b>Fibrome odontogénique</b>	2	6,06	2	0
<b>Fibrome améloblastique</b>	1	3,03	1	0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>12</b>

**Tableau III :** Répartition des pseudotumeurs et tumeurs non odontogènes en fonction du sexe

Types histologiques	N	%	Sexe	
			F	M
<b>Pseudotumeurs</b>				
<b>Hémangiome</b>	3	15,79	0	3
<b>Tumeurs</b>				
<b>Dysplasie fibreuse</b>	6	31,58	3	3
<b>Fibrome ossifiant</b>	4	21,05	3	1
<b>Fibrome desmoplasique</b>	2	10,53	2	0
<b>Histiocytome bénin</b>	1	5,26	0	1
<b>Neurofibrome</b>	1	5,26	1	0
<b>Ostéome</b>	2	5,26	0	2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Les lésions non odontogènes étaient constituées de six types histologiques dont une pseudotumeur : l'hémangiome et cinq tumeurs. La dysplasie fibreuse et le fibrome ossifiant étaient les tumeurs prédominantes avec 52,63%. Elles comportaient un tissu fibreux

abondant au sein duquel se trouvaient des travées d'os immatures pour la dysplasie ainsi que du tissu cémentoïde pour le fibrome. Elles présentaient une prédominance féminine et mandibulaire avec six cas sur 10. Ces lésions étaient survenues dans 80% des cas avant 40 ans avec un âge moyen de 31,79 ans. La distribution des types histologiques des lésions non odontogènes ainsi que leur répartition en fonction du sexe et de la localisation sont présentées dans les tableaux III et IV.

**Tableau IV :** Répartition des pseudotumeurs et tumeurs non odontogènes en fonction de la localisation.

Types	Localisation						Tot	
	Maxillaire			Mandibule				
	A	P	Tot	A	P	AP		Tot
<b>Pseudotumeur</b>								
Hémangiome	1	1	2	1	0	0	1	3
<b>Tumeurs</b>								
Dysplasie	2	1	3	0	2	1	3	6
Fibrome	1	0	1	0	2	1	3	4
Fibrome	0	0	0	0	1	1	2	2
Histiocytome	0	0	0	0	1	0	1	1
Neurofibrome	0	1	1	0	0	0	0	1
Ostéome	0	2	2	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>19</b>

## DISCUSSION

Les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires sont relativement rares dans les services d'anatomie pathologie de la ville de Douala. La fréquence de 8,3% par rapport aux biopsies bucco-maxillo-faciales se rapproche de celle observée par Afrid Butt au Kenya [1] qui rapportait 14,02%. Cependant deux études conduites en Asie et en Amérique ont rapporté des fréquences de 5,78% et 3% respectivement [12,13]. Ainsi, les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires seraient plus fréquentes en Afrique. La prédominance féminine (57,69%) observée dans notre série a également été rencontrée par Olgac en Turquie et Avelar au Brésil qui ont retrouvé des fréquences respectives de 52,75% et de 57,14% [15,16]. Cependant, Mamabolo en Afrique du sud, da Costa au Brésil et Kamuleyega en Afrique de l'Est, ont signalé une prédominance masculine à hauteur respectivement de 52,23%, 51,63%, et de 57,21% [10,14,17]. Toutefois, la prédominance féminine dans notre série pourrait s'expliquer par la tendance que semblent avoir les femmes à être plus soucieuses de leur état de santé par rapport aux hommes. L'âge des patients était compris entre sept et 68 ans, avec une moyenne de 31,1 ans. Ce résultat est en accord avec celui de Parkins au Ghana qui a retrouvé une moyenne de 32,5 ans. De même, Riaz au Pakistan a rapporté un âge moyen similaire avec des extrêmes de cinq et 85 ans [6,8]. Tout comme de nombreuses études conduites en Afrique, en Asie, en Amérique du sud, le pic de fréquence entre la troisième et la quatrième décennie de vie retrouvé dans la présente série montre bien que les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires sont l'apanage de

l'adulte jeune [11,12,13]. La localisation mandibulaire était prépondérante (73,08%) et plus particulièrement l'atteinte des régions postérieures avec 68,42%. Cependant la localisation postérieure prédominante au maxillaire (64,28%) dans la présente étude diffère des résultats de Vakhede en Inde qui avait retrouvé une localisation majoritairement antérieure (81,25%) pour les lésions maxillaires [12].

La prédominance des lésions odontogènes concorde avec les données de la littérature. En effet, beaucoup d'auteurs ont reporté des fréquences comprises entre 55,56% et 72,91% [1,2,8]. L'améloblastome était la lésion odontogène la plus retrouvée avec 78,79%. Ce résultat se rapproche de ceux rencontrés dans les études conduites en Afrique et en Asie [1,8,9,12]. Cependant, il contraste avec les études américaines et européennes dans lesquelles l'odontome était la lésion prédominante [14,18]. Cette différence pourrait être attribuée au tableau infraclinique de cette lésion. En effet, La plupart des odontomes possèdent un potentiel de croissance limité [11,13,14,18] ce qui rend leur diagnostic difficile dans notre contexte où les patients se rendent à l'hôpital lorsque les tuméfactions deviennent handicapantes. Sa variante folliculaire (50%) caractérisée par la présence des lobules était suivie par la variante plexiforme (26,92%) constituée de cordes de cellules épithéliales anastomosées. Nos résultats sont conformes avec ceux de Adébiyi au Nigeria, de Vikignin au Bénin et de Simon en Tanzanie [19,20,21]. Conformément aux données de la littérature, les améloblastomes unikystique et desmoplasique sont les moins fréquentes. La répartition de l'améloblastome en fonction de l'âge, du sexe, et de la topographie est en adéquation avec celle observée dans plusieurs études [1,10-12]. La deuxième lésion odontogène rencontrée était le myxome odontogénique (9,09%). Nos données contrastent de celles produites par les études menées en Afrique du sud, en Inde, et au Kenya [1,6,10] qui ont retrouvé la tumeur kératokystique. Certains auteurs [13,14], attribuent à la tumeur kératokystique une haute prévalence. Son absence dans notre série ne nous a pas permis de corroborer cette assertion. Les auteurs [3,4] décrivent une lésion faite de cellules soit fusiformes, soit rondes étoilées baignant dans un stroma dont la matrice extracellulaire est riche en protéoglycanes témoignant de son caractère myxoïde. Le myxome retrouvé dans cette étude était histologiquement similaire. Les caractéristiques des différents types histologiques retrouvés sont présentées dans le tableau V. Les pseudotumeurs et tumeurs non odontogènes étaient dominées dans notre série par les lésions fibro-osseuses avec 52,83%. Ce résultat est proche de celui de Parkins au Ghana qui trouvait 52% [6]. Néanmoins, cette fréquence reste inférieure à celle d'Afrid butt au Kenya qui rapportait 100% [1]. En effet, la dysplasie fibreuse et le fibrome ossifiant étaient les seules lésions non odontogènes de cette série. Ces types histologiques étaient constitués d'un tissu fibreux associé à un tissu minéralisé telle que décrit par certains auteurs [3,5]; sa

composante calcifiée renfermait quelques travées d'os immature pour la dysplasie fibreuse ainsi que du tissu cémentoïde pour le fibrome ossifiant dans notre étude. Elles avaient une prédilection féminine, un âge moyen de survenue de 31,78 ans, ainsi qu'un pic de fréquence au cours des troisième et quatrième décennies de vie. Cette distribution est similaire à celle retrouvée par les séries africaines [1,2].

## CONCLUSION

Les pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires surviennent préférentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune avec une prédilection féminine. Elles sont retrouvées majoritairement à la mandibule. Les lésions odontogènes sont les plus fréquentes et l'améloblastome est le type histologique prédominant; ses variantes folliculaire et plexiforme sont les plus fréquentes. La dysplasie fibreuse domine le groupe des lésions non odontogènes. Les disparités observées au niveau des fréquences relatives de plusieurs types histologiques témoignent de la nécessité de conduire les études dans les autres contrées de notre pays.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements sont adressés aux Dr Djoungmo Djemeli, Dr Tamoh Stive, Dr Assamba Noel, et à Mbekwe Ariane pour leur contribution et leurs conseils durant l'élaboration de ce travail.

## CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun

## RÉFÉRENCES

1. Afrid Butt FM, Ogenjo J, Bahra J et al. 19-year audit of benign jaw tumors and tumour-like lesions in a teaching hospital in Nairobi, Kenya. *Open Journal of Stomatology*. 2012; 2:54-9.
2. Kpemi E, Amana B, Tchandana K. Tumeurs mandibulaires: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques a propos de 91 cas. *Mali Médical* 2009;24(3):47-52.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic tumours A commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70(12):2988-94.
4. Barnes L, Evenson JW, Reichart P et al. WHO Classification of Tumours; Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
5. Christopher DM, Fletcher K, Krishnan U, et al. Pathology and Genetics of Tumors of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Paris; 2002.
6. Parkins GEA, Armah G, Ampofo P. Tumours and tumour-like lesions of the lower face at Korle Bu Teaching Hospital, Ghana- an eight year study. *World J Surg Oncol*. 2007; 5:48-53.
7. Arotiba JT, Adebola RA, Ajike SO. Orofacial tumors and tumours-like lesions in Kano, Nigeria. *The Nigerian Journal of Surgical Research*. 2003; 5(3): 134-9.
8. Riaz N, Warriach RA. Tumors and Tumors-Like Lesions of the Oro-facial Region at a Mayo Hospital, Lahore- a Five Year Study. *World Journal of Surgical Oncology*. 2011; 7:123-9.
9. Siadati S, Khorram N, Mirzapour M. Oral and Jaws Lesions in Adult: a 19 Year Retrospective Study in Northern Iran. *Iranian Journal of Pathology*.2013; 8(3): 159-64.
10. Mamabolo M, Noffke C, Raubenheimer E. Odontogenic tumours manifesting in the first two decades of life in a rural African

- population sample: a 26 year retrospective analysis. Dentomaxillofacial Radiology. 2011; 40: 331-7.
11. Lawal OH, Adisa AO, Olusanya AA et al. Odontogenic tumors: a review of 266 cases. J Clin Exp Dent. 2012; 5(2): 13-7.
  12. Vakhede A, Tupkari JV, Sardar M. Odontogenic tumors. A study of 120 cases in an Indian teaching hospital. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16 (7): 895-9.
  13. Servato JPS, Prieto-Oliveira P, de Faria PP et al. Odontogenic tumors: analysis of 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian University and a review of international literature. Int J Oral and Maxillofac Surg. 2012; 1-6.
  14. da Costa DOP, Mauricio AS, Faria PAS, et al. Odontogenic tumors: A retrospective study of four Brazilian diagnostic pathology centers. Med Oral Cir Bucal. 2012; 17 (3): 389-94.
  15. Olgac V, Koseoglu BV, Aksakalli N. Odontogenic tumors in Istanbul: 527 cases. British Journal of Oral and Maxillofacial Journal. 2006; 44:386-8.
  16. Avelar RL, Antunes AA, De Santana ST et al. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. Rev Bras Otorhinolaringol J. 2008; 74 (5):668-73.
  17. Kamulegeya A, Kalyanyama BM. Oral maxillofacial neoplasms in an East African population a 10 years retrospective study of 1863 cases using histopathological reports. BMC Oral Health. 2008 July; 8:1-11.
  18. Guerrisi M, Piloni MJ, Kerszler A. Odontogenic tumors in Children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12: 80-5.
  19. Adebisi KE, Ugboko KI, Omoniyi-Esan GE et al. Clinipathological analysis of histological variants of Ameloblastoma in suburban Nigeria population. Head and Face Medecine. 2006; 42(2): 1-8.
  20. Vignikin-Yehouessi B, Flatin M, N'tia F-W et al. Améloblastomes des maxillaires : aspects clinique, radiologique et histopathologiques en ORL au CNHU de Cotonou (1980-2006). Journal de la Société de Biologie Clinique. 2007 ; 11: 17-21.
  21. Simon ENM, Stoelinga JPW, Vuhahula E et al. Odontogenic tumor and tumor-like in Tanzania. East African Medical Journal. 2002; 79 (10): 3-7.
  22. Ebenezer V, Ramalingam B. A cross-sectional survey of prevalence of odontogenic tumors. Maxillofacial and oral surgery journal. 2011; 9: 369-74

**Tableau V** : caractéristiques des types histologiques des pseudotumeurs et tumeurs. Coloration à l'hématéine éosine.

Types histologiques	Caractéristiques
<b>Pseudotumeurs</b>	
Améloblastome	Épithélium odontogénique avec une palissade périphérique de cellules cylindrique aux noyaux polarisés entouré d'un stroma fibreux
<i>Folliculaire</i>	<i>Lobules bien définis avec un centre siège de dégénérescence kystique</i>
<i>Plexiforme</i>	<i>Cordes anastomosées de cellules épithéliales avec un stroma présentant des dégénérescences kystiques</i>
<i>Unikystique</i>	<i>Cavité bordé d'un épithélium avec des extensions intraluminales d'aspect plexiforme</i>
<i>Desmoplasique</i>	<i>et entouré Stroma abondant et riche en fibres collagènes avec un épithélium réduit</i>
Hémangiome	Amas de vaisseaux sanguins tapissés de cellules endothéliales aplaties et gorgés de sang
<b>Tumeurs</b>	
Tumeur de Pingborg	Nappes de cellules épithéliales éosinophiliques associées des calcifications basophiliques et à un stroma fibreux.
Myxome odontogénique	Cellules fusiformes et rondes étoilées, baignant dans un stroma myxoïde (riche en proteoglycane)
Fibrome odontogénique	Lésion riche en fibroblastes avec des amas des cellules épithéliales et des calcifications
Fibrome améloblastique	Cordons de cellules épithéliales associés à un stroma myxoïde fait cellules fibroblastiques étoilées
Dysplasie fibreuse	Lésion constituée d'un tissu fibreux abondant riche en fibroblastes parsemé de travées d'os immature
Fibrome ossifiant	Lésion faite d'un tissu fibro-cellulaire associé à des travées d'os immature et à un matériel cémentoïde
Fibrome desmoplasique	Amas de fibroblastes jouxtant des zones de fibres de collagènes entassés en motte
Histiocytome bénin	Fibroblastes associés aux cellules géantes ressemblant aux ostéoclastes, xanthomateuses
Neurofibrome	Elle comportait des cellules fusiformes baignant dans un stroma lâche pourvu de mastocytes
Ostéome	Elle comportait les travées d'os lamellaire haversien



Figure 3: Microphotographie d'un améloblastome plexiforme. Légende figure 2 : Elle présente des anastomoses (flèches) entre les cordes de cellules épithéliales au sein d'un léger stroma, siège de dégénérescence kystique (étoile). Hématéine Eosine×100

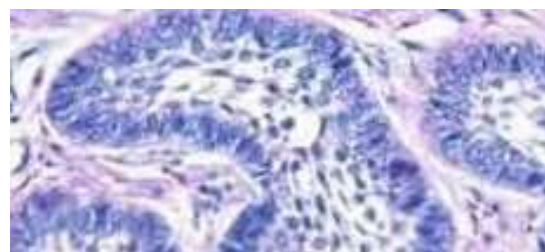


Figure 2 : Microphotographie d'un améloblastome folliculaire. Légende figure 1 : On observe un lobule bien défini (flèche) avec une dégénérescence kystique au centre et baignant dans un stroma fibreux (étoile). Hématéine-Eosine× 100