

ARTICLE ORIGINAL

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS MANDIBULAIRES.  
A PROPOS DE 16 CAS

*SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR TUMORS.ABOUT 16 CASES*

A SY<sup>1</sup>, A DJEGUP<sup>2</sup>, Y DIANDY<sup>1</sup>, M NDIAYE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service d'ORL de l'Hôpital Militaire de Ouakam

<sup>2</sup>Service d'ORL de l'Hôpital Universitaire de Fann

*Auteur correspondant : Dr Abdou SY, Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam,  
BP 24175, Dakar, Sénégal - Téléphone : 00 221 77 645 86 12  
Email : abdousy201@gmail.com - drabdou.sy@univ-thies.sn*

**Résumé**

Les auteurs rapportent 16 cas de tumeurs mandibulaires colligés à l'Hôpital Militaire de Ouakam sur une période de 9 ans. L'âge moyen des patients était de 29 ans et le sex-ratio de 0,6. Tous les patients avaient consulté pour une tuméfaction mandibulaire et/ou une mobilité dentaire. Le délai moyen d'évolution de la symptomatologie était de 36 mois. L'imagerie avait permis de mettre en évidence des lacunes osseuses associées ou non à des rhizalyses ou des lésions multikystiques. Le traitement a consisté en une exérèse-énucléation dans 44% des cas, une hémimandibulectomie partielle dans 38%, une hémimandibulectomie totale avec désarticulation dans 12% et une mandibulectomie partielle dans 6%. L'examen histologique réalisé chez 69% des patients avait conclu à un améloblastome dans 82% des cas. Avec un recul moyen de 3 ans, un seul cas de récurrence a été noté.

**Mots-clés** : mandibule, tumeur, chirurgie, améloblastome

**Summary**

The authors report 16 cases of mandibular tumors collected at the Military Hospital of Ouakam over a period of 9 years. The mean age of patients was 29 years and the sex ratio was 0.6. All patients had consulted for a mandibular swelling and /or tooth mobility. The average time for evolution of symptoms was 36 months. Imagery had enabled to identify bonedeficiencies associated or not with rhizalyses or multicystic lesions. The treatment was consistent with exaeresis combined with enucleation in 44% of cases, partial hemimandibulectomy in 38% of cases, complete hemi mandibular disarticulation in 12% of cases and partial mandibulectomy in 6% of cases. The histological examination performed in 69% of patients had anameloblastoma found in 82% of cases. With a mean of 3 years set-back, only one case of recurrence was noted.

**Key-words** : mandible, tumour, surgery, ameloblastoma

## INTRODUCTION

Les tumeurs de la mandibule représentent un groupe de lésions polymorphes d'origine et de nature diverses. Certaines dérivent du tissu pré formateur de la dent et constituent le groupe des tumeurs odontogènes, et d'autres naissent à partir des structures osseuses, vasculaires ou nerveuses de la mandibule, constituant le groupe des tumeurs non odontogènes. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques des cas de tumeurs mandibulaires observés à l'Hôpital Militaire de Ouakam.

## PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 9 ans allant du 1er Janvier 2004 au 31 Décembre 2012, réalisée dans le service d'ORL et de Chirurgie cervico faciale de l'Hôpital Militaire de Ouakam. Seize dossiers de patients ayant présenté une tumeur mandibulaire ont été répertoriés. Les paramètres étudiés étaient les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

## RESULTATS

L'âge moyen de découverte de la tumeur était de 29 ans avec des extrêmes de 13 et 52 ans.

Notre série comportait 6 hommes et 10 femmes. Le sex-ratio était de 0,6.

Tous les patients avaient consulté pour une tuméfaction mandibulaire et/ou une mobilité dentaire. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 36 mois avec des extrêmes de 6mois et 13 ans ; et 4 patients avaient un antécédent de chirurgie mandibulaire.

Dans tous les cas l'examen clinique avait retrouvé une tuméfaction mandibulaire. La répartition selon le siège de ces tumeurs au niveau de la mandibule est indiquée dans le tableau I.

**Tableau I : Répartition selon le siège**

Localisation	Nombre
Symphyse	1 cas
Branche horizontale	6 cas
Branche montante	1 cas
Branche horizontale+Angle	1 cas
Branche montante+Angle	1 cas
Hémimandibule	6 cas

Tous nos patients avaient bénéficié d'une radiographie panoramique dentaire qui montrait des lacunes osseuses uniques ou multiples (classique image en « bulles de savon » ou en « nids d'abeille ») associées ou non à des rhizalyses (fig. 1 et 2).

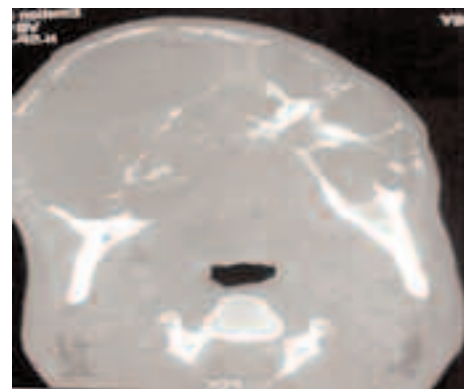
Trois patients avaient bénéficié d'une tomographie densitométrie qui montrait des lésions multikystiques développées aux dépens de la mandibule. (fig. 3).



**Figure 1 : Radiographie panoramique dentaire montrant une lacune osseuse unique**



**Figure 2 : Radiographie panoramique dentaire montrant la classique image en « nids d'abeille »**



**Figure 3 : Tomodensitométrie montrant des lésions multikystiques avec des corticales amincies, voire rompues par endroits**

Le traitement chirurgical a été radical dans 50% des cas et conservateur dans 50% des cas (tableau II). Il avait consisté en une exérèse-énucléation de la tumeur dans 7 cas (44%), une mandibulectomie partielle dans 1 cas (6%), une hémimandibulectomie partielle dans 6 cas (38%) et une hémimandibulectomie totale avec désarticulation dans 2 cas (12%).

Des complications post-opératoires étaient notées chez 5 patients et étaient à type de lâchage de suture et suppuration dans 2 cas, de suppuration uniquement dans 1 cas, de paralysie faciale dans 1 cas et de fistule du plancher buccal dans 1 cas.

L'examen histologique de la pièce opératoire a été réalisé chez 11 patients (69%) et avait conclu à un améloblastome dans 9 cas (82%), à une dysplasie fibreuse dans 1 cas (9%) et à une dysplasie cémento-osseuse dans 1 cas (9%).

Avec un recul moyen de 3 ans, l'évolution était bonne dans 94% des cas et 1 cas de récurrence était survenu 5 ans après une première exérèse d'un améloblastome ; ce qui avait nécessité une deuxième exérèse.

## DISCUSSION

Dans notre série, l'âge moyen des patients est de 29 ans avec des extrêmes de 13 et 52 ans. Il est similaire à celui rapporté par El Ouzzani dans sa série de 20 tumeurs mandibulaires: 29 ans avec des extrêmes de 10 et 66 ans [1]. D'autres rapportent un âge moyen compris dans la tranche 30-40 ans : 37 ans selon Seck [2], 34 ans pour Benhalima [3] et 35 ans selon Jeblaoui [4].

Notre étude rapporte une prédominance féminine, comme celle de Benhalima [3]. Cependant, de nombreux auteurs ont retrouvé une prédominance masculine, c'est le cas d'El Ouzzani, Vallicioni et Guilbert [1, 5, 6].

Le délai moyen de consultation était de 36 mois. On remarque que les patients consultent tardivement. La même constatation a été faite par Janah et Seck qui retrouvent un délai moyen de consultation respectivement de 30 et 36 mois [2, 7]. Ce retard à la consultation peut être expliqué par l'évolution lente de la plupart des tumeurs, la négligence des patients, et le niveau socio-économique bas.

Tous nos patients ont présenté une tuméfaction mandibulaire siégeant préférentiellement à la branche horizontale de la mandibule et étendue à plus de deux régions. Les mêmes données sont rapportées par El Ouzzani et Benhalima [1, 3].

Le traitement des tumeurs mandibulaires peut être conservateur ou radical ; il est fonction de la nature histologique de la tumeur, de son siège, de sa taille, de l'âge et du sexe du patient. Les tumeurs malignes relèvent le plus souvent d'un traitement radical (hémimandibulectomie totale avec ou sans désarticulation tandis que le traitement des tumeurs bénignes est volontiers conservateur (énucléation, mandibulectomie partielle). Le cas de l'améloblastome est bien particulier : il s'agit d'une tumeur bénigne à malignité locale, avec un fort potentiel récidivant. Ce potentiel récidivant ainsi que le nombre élevé de patients perdus de vue dans notre contexte d'exercice lors du suivi font que le traitement de choix, dans ce contexte, demeure le traitement radical. C'est ainsi que nous avons réalisé une exérèse-énucléation de la tumeur chez 44% de nos patients tandis qu'Escande et coll. ont réalisé une énucléation dans 81% des cas [8]. Le traitement a été radical (hémimandibulectomie totale avec désarticulation) dans 81% des cas dans la série de Benhalima [3].

Dans notre série, l'examen histologique de la pièce opératoire n'avait pas retrouvé de tumeur maligne. On note une prédominance de l'améloblastome (82%). La même prédominance de l'améloblastome est retrouvée par El Ouzzani (60%) et Guilbert (56%) [1, 6].

Nous avons relevé un seul cas de récurrence (6%) avec un recul moyen de 5 ans. Benhalima rapporte 6 cas de récurrence après une énucléation avec un recul moyen de 15 ans, Escande 44% de récurrences pour un recul moyen de 5 ans après énucléation et Cernea 73% de récurrence après énucléation [1, 8, 9, 10].

## CONCLUSION

Les tumeurs mandibulaires recensées dans cette étude sont largement dominées par l'améloblastome qui constitue une tumeur épithéliale odontogène histologiquement bénigne mais localement très agressive. En raison de son pouvoir récidivant il est nécessaire d'associer un suivi post-opératoire rigoureux à sa prise en charge.

**Tableau II : Le traitement chirurgical**

Types de chirurgie		Nombre	Pourcentage	Total
Conservateur	Enucléation	7	44	8 (50%)
	(a) Mandibulectomie partielle	1	6	
Radical	Hémimandibulectomie totale avec désarticulation	6	38	8 (50%)
	(b) Hémimandibulectomie partielle	2	12	
	Total	16	100	

(a) Mandibulectomie partielle = exérèse d'une portion de la mandibule limitée à l'une des deux branches (branche verticale ou branche horizontale de la mandibule).

(b) Hémimandibulectomie partielle = exérèse de la presque totalité de la l'hémimandibule laissant en place l'articulation temporo-mandibulaire.

### Références

- 1 - El Ouzzani F. Z. Les tumeurs mandibulaires (à propos de 20 cas). Thèse. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès. Année 2008.
- 2 - Seck Mb. G. Les améloblastomes: étude rétrospective de 56 cas colligés au CHU Aristide Le Dantec de Dakar de 1997 à 2007. Thèse. Médecine. Dakar, 2008, n° 25.
- 3 - Benhalima H., Rafi H., Slaoui S., Kzadri M. L'améloblastome mandibulaire: problèmes thérapeutiques. Médecine du Maghreb, 1992, 34, 26-28.
- 4 - Jeblaoui Y., Bouguila J., Haddad S., Helali M., Zairi I., Zitouni K., Mokhtar M., Adouani A. Fibromatose agressive mandibulaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac., 2007, 108, 153-155.
- 5 - Vallicioni J., Loum B., Dassonville O., Poissonnet G., Ettore F., Demard F. Les améloblastomes. Ann otolaryngol., 2007, 124, 166-171.
- 6 - Guilbert F., Chomette G. Diagnostic radiologique des tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires. Diplôme d'université de radiologie maxillo-faciale. Faculté de la Pitié Salpêtrière Bicêtre. 1991-1992, polycopie 3.
- 7 - Janah A., Kadiri F., Huissen M.A., Touhami M., Chekkouri I.A., Benchakroun Y. Les kystes et les tumeurs odontogènes bénignes des maxillaires. Rev Laryngol Otol Rhinol., 1997, 118, 2, 95-98.
- 8 - Escande C., Chainé A., Menard P., Ernenwein D., Ghoul S., Bouattour A., Berdal A., Bertrand J.C., Rhuin-Poncet B. A treatment algorithm for adult ameloblastomas according to the Pitié-Salpêtrière Hospital experience. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery., 2009, 37, 363-369.
- 9 - Cernea P., Crepi C., Benoist M., Payen J., Brocheriou C., Guilbert F. Améloblastomes kystiques et kystes épidermoïdes de la mandibule. Résultats comparatifs des interventions conservatrices ou radicales: 147 observations. Rev. Stomatol. Chir. Maxillo. Fac., 1970, 71, n°4, 313 - 322.
- 10 - Cernea P., Guilbert F., Rouchon C., Brocheriou C., Payen J. Les récurrences des améloblastomes des maxillaires. Etude statistique, indications thérapeutiques. Rev. Stomatol. Chir. Maxillo. Fac., 1974, 75, n°1, 18 - 26.