

## Tumeurs et kystes odontogènes observés au CHU d'Antananarivo de janvier 2006 à mars 2008

**Auteurs** : Rakotoarisoa AHN<sup>1</sup>, Rakotoarivony AE<sup>2</sup>, Razafindrakoto RMJ<sup>1</sup>,  
Rakotoarison RA<sup>2</sup>, Razakamaharavo AZ<sup>3</sup>, Razafindrabe JAB<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Service d'ORL du CHU d'Antananarivo, Madagascar.

<sup>2</sup> Département de Chirurgie, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar, Mahajanga, Madagascar.

<sup>3</sup> Service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU d'Antananarivo, Madagascar.

Auteur correspondant : RAKOTOARIVONY Andrianony Emmanuel  
[mano.rakotoarivony@gmail.com](mailto:mano.rakotoarivony@gmail.com)

### Résumé

**Introduction** : Les tumeurs odontogènes sont rares. L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques de ces tumeurs, dans le cadre du diagnostic des tumeurs maxillo-faciales. **Méthodologie** : C'est une étude rétrospective qui porte sur les tumeurs odontogènes vues au Service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU d'Antananarivo-Madagascar, durant une période de 27 mois, allant de janvier 2006 à mars 2008. **Résultats** : Il y avait 17 cas de tumeurs et kystes odontogènes observés sur 63 cas de tumeurs maxillo-faciales (soit 27%), vérifiées à l'anatomopathologie, et sur 165 patients ayant consulté pour tuméfactions faciales. Les patients avaient un âge moyen de 37,3 ans, avec une médiane de 34 ans. Ces tumeurs survenaient surtout chez les femmes (12 patients sur 17). La plupart des patients (soit 15 sur 17) venaient d'Antananarivo. C'étaient toutes des tumeurs bénignes localisées au niveau des maxillaires. Les types histologiques étaient représentés surtout par l'améloblastome (5 cas sur 17) et le kyste radiculaire (7 cas sur 17). Il était noté une prédominance de la localisation mandibulaire (11 cas sur 17). L'améloblastome était dans tous les cas au niveau mandibulaire, et les cas de kyste radiculaire étaient répartis en parts presque égales entre les maxillaires et la mandibule. **Conclusion** : Le retard de diagnostic était incriminé dans l'apparition de troubles fonctionnels et esthétiques, amenant finalement les patients à consulter.

**Mots-clés** : anatomopathologie, diagnostic, malgache, tumeurs maxillo-faciales odontogènes

## **Abstract**

### ***Odontogenic tumors and cysts seen at the university hospital of Antananarivo from January 2006 to March 2008.***

**Introduction** : Odontogenic tumors are rare. This study aimed to determine the epidemiological and clinical features of these tumors, in the field of the diagnosis of maxillofacial tumors. **Method** : This was a retrospective study, conducted on odontogenic tumors observed at the Maxillofacial Surgery Unit of the University Hospital of Antananarivo-Madagascar, during a period of 27 months, from January 2006 to march 2008. **Results** : There were 17 cases of odontogenic tumors and cysts observed among 63 cases of maxillofacial tumors (27%) checked at the surgical pathology, and among 165 patients who has been presented with facial swelling. Patients were aged in average of 37.3 years, with a median of 34 years. Those tumors were seen mainly in female patients (12 on 17). Most of patients (15 on 17) came from Antananarivo. All of them ware benign tumors, all located in the maxillas. The histological types were mainly ameloblastoma (5 cases on 17) and radicular cyst (7 cases on 17). We noticed a predominant location on the mandible (11 cases on 17). Ameloblastoma was in all cases mandibular, and cases of radicular cysts were almost equally dispatched between maxillas and mandible. **Conclusion** : Delay of diagnosis was pointed out as the cause of fonctionnal and aesthetic impairments, which finally motivate patients to consult.

**Key-words** : surgical pathology, diagnosis, Malagasy, odontogenic maxillofacial tumors.

## **Introduction**

Les tumeurs des maxillaires, bénignes ou malignes, peuvent être odontogènes ou non. Les tumeurs odontogènes, observées surtout au niveau de l'étage inférieur de la face [1] sont rares, représentant 1% des tumeurs des maxillaires [2], ce qui peut tarder le diagnostic. L'examen anatomopathologique a un rôle primordial pour le diagnostic définitif, après que le praticien eût été orienté par la clinique et l'imagerie. En effet, ce sont des affections dont le diagnostic différentiel se fait avec

les autres tumeurs (celles des parties molles, les métastases) maxillo-faciales, surtout à un stade avancé, situation fréquente dans les pays en voie de développement comme Madagascar. Ce travail s'était fixé pour objectif de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques des tumeurs odontogènes observées au CHU d'Antananarivo, dans le cadre du diagnostic des tumeurs des maxillaires.

## Matériel et méthode

C'est une étude rétrospective et descriptive effectuée au Service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU d'Antananarivo – Madagascar, de janvier 2006 à mars 2008, soit sur une période de vingt sept mois. Les dossiers des patients porteurs de tuméfactions maxillo-faciales ont été colligés.

Ont été inclus dans ce travail les dossiers comportant un compte-rendu d'examen anatomopathologique attestant de la nature odontogène de la tuméfaction.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le genre, le domicile, la durée d'évolution de la maladie, et la notion d'intervention chirurgicale antérieure.

## Résultats

Cent soixante cinq cas de tuméfaction maxillo-faciale étaient observés parmi les 2744 patients venus en consultation au Service pendant la période d'étude. Soixante trois dossiers comportaient un résultat anatomopathologique. Nous avons dénombré 28 tumeurs des maxillaires. Il y avait, parmi l'ensemble des tumeurs vérifiées histologiquement, 17 cas odontogènes (soit 27%), ayant fait l'objet de ce travail. Ces tumeurs odontogènes étaient toutes bénignes. Il y avait cinq cas d'améloblastome, sept cas de kyste radiculaire, deux cas de myxome odontogène, et un cas chacun de fibrome odontogène, de myxofibrome odontogène, et de tumeur odontogène calcifiée. Au total, il y avait 10 cas de tumeurs et 7 cas de kystes.

Les patients étaient âgés de 12 à 75 ans, avec une moyenne d'âge de 37,3 ans et une médiane de 34 ans.

Le genre féminin se rencontrait dans 75% des cas, soit un *sex ratio* H/F de 1/3.

La moyenne d'âge était de 37,2 ans pour les femmes et 39,9 ans pour les hommes.

En ce qui concerne le domicile, 88% des patients habitaient la capitale (Antananarivo) et ses environs immédiats.

Les motifs de consultation étaient une tuméfaction endobuccale (53%) ou faciale (35%), et des gênes à la mastication (12%). Dans 79% des cas la tuméfaction était indolore, douloureuse dans 7%, et prurigineuse dans 14%.

La durée d'évolution des tumeurs rapportées dans ce travail allait de un à 180 mois, soit une moyenne de 25 mois et une médiane de 12 mois. Dix cas avaient une évolution inférieure ou égale à 12 mois et 7 cas supérieure à 12 mois.

Il y avait 24% de patients qui présentaient un bon état dentaire et un articulé dentaire normal, 47% un mauvais état dentaire, et 29% des désordres dentaires.

## Discussion

Le nombre réduit de cas inclus dans ce travail (soit 17 sur 63) s'explique par l'absence même de résultat anatomopathologique chez la plupart des patients (102 sur 165 cas) vus pour tuméfaction maxillo-faciale pendant la période d'étude. L'accès limité des patients à la biopsie et à l'examen anatomopathologique seraient en partie en cause.

Il y a encore très peu d'études portant sur les tumeurs maxillo-faciales à Madagascar.

L'âge moyen était ici de 37,2 ans, non loin des 40,4 ans retrouvés par Parkins [3]. Ce dernier a remarqué que les tumeurs surviennent surtout au cours de la deuxième décennie chez la femme et au cours de la cinquième décennie chez l'homme. Dans notre travail, elles survenaient surtout à la fin de la quatrième

La tumeur était localisée au niveau mandibulaire dans 65% des cas et maxillaire dans 35%.

Quatorze patients sur dix sept n'avaient jamais été opérés de leur tumeur maxillaire. Par contre, deux patients de la quarantaine ont déjà été opérés deux fois de leur améloblastome, et une femme de 75 ans douze fois.

décade tant chez la femme que chez l'homme.

Les auteurs s'accordent sur le fait que la plupart des tumeurs bénignes, telle que l'améloblastome, prévalent à partir de la deuxième décennie [4].

Ajayi [1] a étudié les tumeurs odontogènes chez une population d'individus âgés de 19 ans et moins, et le *sex ratio* était de 1. Par contre, nous avons observé une prédominance féminine (70%).

Dans notre série, les tumeurs et kystes odontogènes représentaient 60,7% des tumeurs des maxillaires (17 sur 28), si c'était de 36,3% pour Parkins [3] et de 19,3% pour Ajayi [1].

La plupart des patients (88%) venaient d'Antananarivo. L'accessibilité géographique et financière, ainsi que la

taille réduite des populations des autres provinces, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce taux.

Nous avons noté que 59% des patients avaient leur tumeur depuis douze mois et moins. Ceci reflète la relative rapidité d'évolution des tumeurs odontogènes observées dans ce travail. Pour les patients dont la maladie a évolué pendant plus d'un an, leur situation pourrait être liée au recours à l'automédication, mais aussi au manque de moyens, réduisant la fréquentation des formations sanitaires au dernier recours. En ce qui concerne la topographie des tumeurs, elle était mandibulaire dans 65% dans notre série, tandis que Parkins [3] rapportait un taux de 79%.

Il est logique, et c'est d'ailleurs rapporté dans la littérature [3] que le principal motif de consultation soit la présence d'une tuméfaction. Les autres motifs comme les gênes à la mastication chez deux de nos patients, peuvent être l'origine d'un trouble important de l'alimentation et d'une altération de l'état général, pouvant égarer le diagnostic. Les gênes à la mastication sont surtout en relation avec les lésions gingivo-dentaires éventuellement étendues au niveau jugal. Les perturbations de l'articulé dentaire, à type de déplacements, de déchaussement, de mobilité, de douleur dentaires mais aussi de chute dentaire

spontanée, sont liées à la taille de la tumeur [5]. Le mauvais état dentaire, observé chez 47% de nos patients, est considéré dans la littérature comme étant des facteurs intervenant dans la survenue d'autres tumeurs telles des lésions précancéreuses et des cancers oraux [6]. Ces troubles, notamment fonctionnels et esthétiques, amenant les patients à consulter, sont en relation avec le volume tumoral comme Lahlou *et al.* le confirment [5].

L'améloblastome était le type histologique le plus fréquemment observé dans cette série avec 29,4% des cas. Il représentait 93,6% des tumeurs bénignes odontogènes de la série de Parkins [3]. Par contre, c'était à 4,1% de toutes les tumeurs oro-maxillo-faciales de l'enfant dans la série rapportée par Ouedraogo [7]. Parkins [3] a trouvé un pic de fréquence entre 11 et 30 ans et une moyenne de 33,5 ans, si c'était entre 21 et 40 ans avec une moyenne de 42,17 ans dans notre travail. Le pic était à la troisième décennie pour Adebisi au Nigéria [4]. La prédominance masculine rapportée par certains auteurs [3] n'était pas retrouvée dans notre série. Par contre, la localisation mandibulaire préférentielle de cette tumeur rapportée dans la littérature [1, 3, 4, 8] est confirmée ici. Parmi les tumeurs maxillo-faciales récidivantes, l'améloblastome tient toujours la première place, avec trois cas sur cinq, dont un à sa

treizième intervention chirurgicale. Adou assume en effet que l'améloblastome typique est une tumeur effroyablement récidivante [8]. Il n'y avait ici aucune intervention antérieure pour les autres types histologiques.

Pour le cas de tumeur épithéliale odontogène calcifiée observée dans notre étude, l'évolution était lente (quinze ans environ). Mainwaring [9] affirme que c'est une tumeur sans prédilection d'âge ni de genre, atteignant surtout la mandibule, dans les régions molaire et prémolaire. Cette tumeur présente une malignité locale, et également une possibilité de localisation extra-osseuse [9,10].

Deux cas de myxome odontogène (ou ostéogène), tumeur bénigne des maxillaires d'origine mésodermique, étaient observés dans notre série. C'est une tumeur très rare (0,41% à 7,19% des tumeurs des maxillaires) [11] et dont les caractéristiques sont encore mal connues. L'âge de nos patientes se rapprochait de la moyenne de 30 ans de la série d'Escolle [11], tandis que Ouedraogo en ont rapporté un cas chez l'enfant [12].

Il y avait un patient présentant au niveau mandibulaire, un fibrome odontogène, tumeur rare dérivant des tissus

mésenchymateux de l'ébauche dentaire [13].

Par contre Ajayi [1] en a trouvé 7 cas sur 91 au Nigeria (soit 7,6% de toutes les tumeurs odontogènes), avec une plus fréquente localisation mandibulaire, et une prédilection masculine. Le patient ici se trouve dans la deuxième décennie, tandis que ceux d'Oluseyi étaient âgés de 5 à 19 ans.

Un cas de myxofibrome odontogène est rapporté dans ce travail. C'est une tumeur très rare en comparaison avec le fibrome ou le myxome, de développement lent [14].

Sept cas de kystes radiculaires étaient observés dans notre série, soit un taux de 41% de notre population d'étude. Nous avons constaté ici une prépondérance féminine de cette tumeur (*sex ratio* homme/femme de 2/5). Le kyste radiculaire, représente, selon Shear, 56% de tous les kystes des maxillaires [15]. C'est un kyste odontogène inflammatoire et non de développement [16].

L'inexistence de tumeur maligne dans cette série est assez frappante. Les tumeurs malignes odontogènes sont en effet rares, constituant seulement 1,1% de la série d'Ajayi [1].

## Conclusion

Les tumeurs odontogènes observées dans cette série étaient toutes bénignes. L'améloblastome a été le plus fréquent. Tout comme les autres tumeurs maxillo-faciales, elles sont la plupart du temps

responsables de troubles fonctionnels et esthétiques importants, en cas de retard de consultation. L'examen anatomo-pathologique joue un rôle primordial dans le diagnostic.

**Tableau 1 :** Age et genre des patients (M : masculin, F : féminin).

*Table 1 : Patients' age and gender (M : male, F : female).*

| N° patient | Age (années) | Genre |
|------------|--------------|-------|
| 1          | 18           | F     |
| 2          | 34           | F     |
| 3          | 39           | F     |
| 4          | 37           | F     |
| 5          | 46           | F     |
| 6          | 26           | F     |
| 7          | 13           | F     |
| 8          | 24           | F     |
| 9          | 21           | F     |
| 10         | 75           | F     |
| 11         | 22           | F     |
| 12         | 40           | M     |
| 13         | 30           | M     |
| 14         | 20           | M     |
| 15         | 45           | M     |
| 16         | 12           | M     |
| 17         | 33           | F     |

**Tableau 2 :** Topographie, type histologique et durée d'évolution des tumeurs.

**Table 2 :** Location, histological type and development duration of tumors.

| N° patient | Topographie | Type histologique                       | Evolution (mois) |
|------------|-------------|---|------------------|
| 1          | Mandibule   | Fibrome odontogène                      | 1                |
| 2          | Mandibule   | Kyste radiculaire                       | 2                |
| 3          | Mandibule   | Améloblastome                           | 15               |
| 4          | Maxillaire  | Myxome odontogène                       | 8                |
| 5          | Maxillaire  | Myxofibrome odontogène                  | 12               |
| 6          | Maxillaire  | Kyste radiculaire                       | 2                |
| 7          | Maxillaire  | Kyste radiculaire                       | 12               |
| 8          | Mandibule   | Améloblastome                           | 72               |
| 9          | Mandibule   | Kyste radiculaire                       | 12               |
| 10         | Mandibule   | Améloblastome                           | 18               |
| 11         | Maxillaire  | Kyste radiculaire                       | 10               |
| 12         | Mandibule   | Améloblastome                           | 24               |
| 13         | Mandibule   | Améloblastome                           | 4                |
| 14         | Mandibule   | Kyste radiculaire                       | 21               |
| 15         | Mandibule   | Tumeur odontogène épithéliale calcifiée | 180              |
| 16         | Mandibule   | Kyste radiculaire                       | 1                |
| 17         | Maxillaire  | Myxome odontogène                       | 24               |

## Références

1. Ajayi DE, Ladeinde AL, Adeyemo WL, Ogunlewe MO. Odontogenic tumors in Nigerian children and adolescents- a retrospective study of 92 cases. World Journal of Surgical. Oncology 2004.2:39.
2. Ochsenius G, A Ortega, Godoy L, Peñafiel C, E Escobar. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases J Oral Pathol Med, 2002. 31:415-20.
3. Parkins GE, 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.
4. Adebisi KE, Ugboko VJ, Omoniyi-Esan GO, Ndukwe KC, Oginni FO, Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. Head & Face Medicine, 2006.2:42.
5. Lahlou MBH, Taldaoui N, Lazrak A, Kzardi M. Tumeur odontogène adénomatoïde: une nouvelle observation. Méd Buccale Chir Buccale, 2005.11;2 :98.

6. Hafner J, Kempf W, Hess Schmid M, Kurz M, Urosevic M, Dummer R, Burg G. Tumeurs cutanées épithéliales : une tâche interdisciplinaire pour médecins de premier recours et spécialistes. *Forum Med Suisse* 2002.16:369-75.
7. Ouedraogo D, Lompo O, Konsem T, Bougarel J, Ouoba K, Soudre BR. Aspects histologiques des tumeurs et des kystes oro-maxillo-faciaux de l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Sanou-Souro (Burkina Faso). *Rev. Col. Odontostomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2006.13(2):52-6.
8. Adou A, Souaga K, Konan E, Assa A, Angoh Y. Ameloblastome du sinus maxillaire. A propos d'un cas *Odontostomatol Trop* 2001 juin; 24 (94): 42-4.
9. Mainwaring AR, Ahmed A, Hopkinson JM, Anderson P, A Clinical and Electron microscopic study of a calcifying epithelial odontogenic tumour. *J Clin Path*, 1971.24:152-8.
10. Cole FM, Jones AW. Odontogenic Tumour of Lips. *J Clin Path*, 1967.29:585-8.
11. Escolle F, Gass M, Barriere P, Warter A, Feki A. À propos d'un myxome du maxillaire : difficultés diagnostiques et conduite à tenir. *Med Buccale Chir Buccale* 2010;11:23-9.
12. Ouedraogo D, Konsem T, Lompo O, Gare J, Soudre RB. Le myxome de la mandibule, difficulté diagnostique et thérapeutique à propos d'un cas au CHU Yo de Ouagadougou. *Rev. Col. Odontostomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* , 2006.13(1):11-3.
13. Thoma KH, Goldman HM. Odontogenic Tumors: A Classification based on Observations of the Epithelial, Mesenchymal, and Mixed Varieties. *Am J Pathol*, 1946.22 ;3:433-71.
14. Kenan N, Sertan E, Ali C, Hakki T, Gulden I. Successful Treatment of an Odontogenic Peripheral Myxofibroma Using Diode Laser. *J Oral Laser Applications*, 2008.8(2):117-20.
15. Shear M, Speight P. Cysts of the oral and maxillofacial regions. , 4th edition. 2007, Oxford : Blackwell Munksgaard.
16. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y. Kystes des maxillaires. *Encycl Med Chir (Paris-France) Stomatologie- Odontologie* 1994 ; I, 22-062-G-10:1-6.