

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année 2001

N° 967

**LES OSTEITES MAXILLAIRES :
ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES**

(A propos de 31 cas de 1983 à mars 2001)

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir
le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Mahublo Vinadou VODOUHE

(né le 05 Mai 1975 à Cotonou)

Président du Jury :

Directeur de thèse :

Professeur Léon Paul Ayité MEDJI

Membres du Jury :

Codirecteur de thèse :

Professeur Célestin Y. Y. HOUNKPE

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année 2001

N° 967

**LES OSTEITES MAXILLAIRES :
ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES**

(A propos de 31 cas de 1983 à mars 2001)

THESE

**Présentée et soutenue publiquement pour obtenir
le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

par

Mahublo Vinadou VODOUHE

(né le 05 Mai 1975 à Cotonou)

Président du Jury :

Directeur de thèse :

Professeur Léon Paul Ayité MEDJI

Membres du Jury :

Codirecteur de thèse :

Professeur Célestin Y. Y. HOUNKPE

ANNEE ACADEMIQUE 2000 - 2001

**LISTE DU CORPS ENSEIGNANT
2000 - 2001**

DOYEN

: Professeur Nazaire PADONOU

VICE-DOYEN

: Professeur Agrégé Gilbert Dossou AVODE

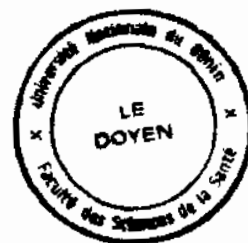
SECRETAIRE PRINCIPAL p. i. : Monsieur Sylvain NOUKPOKINNOU

COTONOU



PROFESSEURS TITULAIRES

1 - Dr Eusèbe ALIHONOU	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
2 - Dr Honoré ODOULAMI	CHIRURGIE GENERALE
3 - Dr Alexis HOUNTONDI	MEDECINE INTERNE
4 - Dr Souleymane K. BASSABI	OPHTALMOLOGIE
5 - Dr Léon Ayité MEDJI	OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
6 - Dr Nazaire PADONOU	CHIRURGIE GENERALE
7 - Dr Théophile Kossi ZOHOUN	SANTE PUBLIQUE
8 - Dr René Gualbert AHYI	PSYCHIATRIE
9 - Dr Florencia do ANGO - PADONOU	DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
10 - Dr René-Xavier PERRIN	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
11 - Dr Kémoko O. BAGNAN	CHIRURGIE GENERALE
12 - Dr Isidore S. ZOHOUN	HEMATOLOGIE
13 - Dr Raphaël B. DARBOUX	BIOLOGIE HUMAINE
14 - Dr Martin GNINAFON	PNEUMO - PHTISIOLOGIE
15 - Dr Martin CHOBLO	ANESTHESIE - REANIMATION
16 - Dr Achille MASSOUGBODJI	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
17 - Dr Blaise AYIVI	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
18 - Dr Célestin Y. Y. HOUNKPE	OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
19 - Dr César E. AKPO	UROLOGIE
20 - Dr Thérèse Ange A. AGOSSOU	PEDOPSYCHIATRIE
21 - Dr Séverin Y. ANAGONOU	BACTERIOLOGIE-- VIROLOGIE
22 - Dr Benjamin E. FAYOMI	MEDECINE DU TRAVAIL



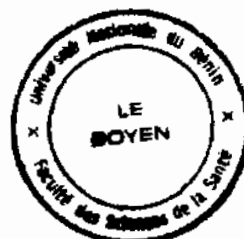
PROFESSEURS AGREGES

1 - Dr Hippolyte AGBOTON	CARDIOLOGIE
2 - Dr Marina d'ALMEIDA - MASSOUGBODJI	CARDIOLOGIE
3 - Dr Dominique S. ATCHADE	ANESTHESIE - REANIMATION
4 - Dr Karl Augustin AGOSSOU - VOYEME	ANATOMIE - CHIRURGIE
5 - Dr Simon AKPONA	BIOCHIMIE
6 - Dr Sèmiou LATOUNDJI	HEMATOLOGIE
7 - Dr Jijoho Léonard PADONOU	ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
8 - Dr José de SOUZA	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
9 - Dr Sikiratou A. ADEOTHY - KOUMAKPAÏ	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
10 - Dr André C. BIGOT	IMMUNOLOGIE
11 - Dr Nicolas KODJOH	HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
12 - Dr Joseph S. VODOUHE	OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
13 - Dr Hubert G. YEDOMON	DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
14 - Dr Gilbert Dossou AVODE	NEUROLOGIE
15 - Dr Vicentia BOCO	RADIOLOGIE
16 - Dr Fabien HOUNGBE	MEDECINE INTERNE
17 - Dr Issifou TAKPARA	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
18 - Dr Abdou Rahmann AGUEMON	ANESTHESIE - REANIMATION
19 - Dr Vénérand ATTOLOU	NEPHROLOGIE
20 - Dr Josiane EZIN - HOUNGBE	PSYCHIATRIE ADULTE
21 - Dr Léonard FOURN	SANTE PUBLIQUE
22 - Dr Prosper GANDAHO	PSYCHIATRIE ADULTE

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES FRANCAISES, ENSEIGNANT ASSOCIE

1 - Dr Jean TESTA

SANTE PUBLIQUE



MAÎTRES ASSISTANTS

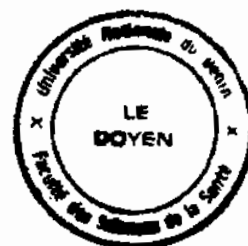
- 1 - Dr Claudia **GBAGUIDI - DOUTETIEN**
- 2 - Dr Ambroise **KOURA**
- 3 - Dr Jean **AKPOVI**
- 4- Dr Martin **AVIMADJE**
- 5 - Dr René **HODONOU**

OPHTALMOLOGIE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
RHUMATOLOGIE
UROLOGIE

PROFESSEURS ASSISTANTS

- 1- Dr Idrissou **ABDOULAYE**
- 2- Dr Gabriel **ADE**
- 3- Dr Sosthène **ADISSO**
- 4- Dr Comlan Théodore **ADJIDO**
- 5- Dr Cyrille **AHOSSI**
- 6- Dr Marie-Thérèse **AKELE-AKPO**
- 7- Dr Daniel **AMOUSSOU-GUENOU**
- 8- Dr Marcellin K. **AMOUSSOU-GUENOU**
- 9- Dr Ludovic **ANANI**
- 10- Dr Pamphile **ASSOUTO**
- 11- Dr Olivier **BIAOU**
- 12- Dr Imrane **BIO TCHANE**
- 13- Dr Arielle **AGBOTON-DANKORO**
- 14- Dr Pascal **DANMITONDE**
- 15- Dr François **DJROLO**
- 16- Dr Michel A. **FIOGBE**
- 17- Dr Emilie **FIOSSI - KPADONOU**
- 18- Dr Flore **GANGBO**
- 19- Dr Antoine S. **GBENOU**
- 20- Dr Aristote **HANS MOEVI**

PHARMACIE
MEDECINE INTERNE
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
PSYCHIATRIE
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ENDOCRINOLOGIE
BIOPHYSIQUE
HEMATOLOGIE
ANESTHESIE - REANIMATION
IMAGERIE MEDICALE
CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
MEDECINE INTERNE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
PEDOPSYCHIATRIE
BIOLOGIE HUMAINE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE



21- Dr Martin HOUENASSI	CARDIOLOGIE
22- Dr Dismand HOUINATO	NEUROLOGIE
23- Dr Prince Pascal HOUNNASSO	UROLOGIE
24- Dr Gervais M. HOUNNOU	ANATOMIE - CHIRURGIE
25- Dr Marcelline HOUNNOU - d'ALMEIDA	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
26- Dr Sidonie E. HOUNNOU -TCHABI	OPHTALMOLOGIE
27- Dr Dorothée KINDE - GAZARD	PARASITOLOGIE
28- Dr Gounou D. KOMONGUI	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
29- Dr Toussaint KPADONOU	REEDUCATION FONCTIONNELLE & READAPTATION
30- Dr Anatole LALYE	BIOLOGIE HUMAINE
31- Dr Francis LALYA	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
32- Dr Michel LAWSON	ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
33- Dr Antoine LOKOSSOU	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
34- Dr Soumaïla MADOUGOU	ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
35- Dr Antoinnette MEGNIGBETO - OBEY	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
36-Dr Clément PADONOU	MEDECINE LEGALE
37-Dr Roger SOSSOU	IMAGERIE MEDICALE
38-Dr Mathieu TOGNIDE	PSYCHOLOGIE MEDICALE
39-Dr Félicien TOSSOU	MEDECINE DU TRAVAIL
40- Dr Rafatou BAKARY-TOUKOUROU	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
41- Dr Jeanne VEHOUNKPE - SACCA	CARDIOLOGIE
42-Dr Bernadette VIGNIKIN - YEHOUESSI	OTO - RHINO -LARYNGOLOGIE.
43 - Dr Marcel D. ZANNOU	MEDECINE INTERNE

ASSISTANT STAGIAIRE

1- Dr Joseph **FLENON**

SANTE PUBLIQUE



COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

MAITRES DE CONFERENCES

1 – M. Georges ACCROMBESSI

CHIMIE ORGANIQUE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST- UNB)

2 – M. Taofiki W. AMINOU

PHYSICO - CHIMIE GENERALE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST - UNB)

4 – M. Jean K. HOUNGBOSSA

PHYSICO - CHIMIE GENERALE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST - UNB)

5 – M. Cyprien GNANVO

MATHEMATIQUES

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST - UNB)

MAITRES ASSISTANTS

1 – M. Hyacinte AHISSOU

BIOCHIMIE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST - UNB)

2 – M. Benoît AGBANI

PHYSIQUE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST - UNB)

3 – M. Michel MAKOUTODE

SANTE PUBLIQUE

(IRSP - UNB)



PROFESSEURS ASSISTANTS

1- M. Magloire **ACODJI**

BIOLOGIE ANIMALE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST – UNB)

2 – M. Victor **ADJAKIDJE**

BIOLOGIE VEGETALE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST – UNB)

3 – Mme Micheline **GBEHA**

MATHEMATIQUES

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST – UNB)

4 – M. Honoré **KPAVODE**

BIOLOGIE VEGETALE

Faculté des Sciences et Techniques
(FAST – UNB)

ALTRES INTERVENANTS

1- Dr Bonaventure **AWEDE**

PHYSIOLOGIE

2- Dr Philippe **CAPO-CHICHI**

PHARMACOLOGIE

3- Dr Joseph **DA-ZOCLANCLOUNON**

PHARMACOLOGIE

4 - Mme Honoria **AKOGBETO**

SOINS INFIRMIERS

5 – M. Olivier **JADIN**

KINESITHERAPIE

6 - M. Jacques **YEHOUESSI**

SOINS INFIRMIERS



COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Missions d'enseignement)

PROFESSEURS

1- Dr Jacques de NAYER

MEDECINE PHYSIQUE

Faculté de Médecine

Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)

2- Dr Paul VAN BRANDT

CHIMIE

Faculté de Médecine

Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)

3- Dr Joëlle LECLERCQ

PHARMACOGNOSIE

Faculté de Médecine

Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)

4- Dr Bernard Le POLAIN

ANESTHESIE – REANIMATION

Faculté de Médecine

Université Catholique de Louvain (Belgique)

5 - Dr Hans Peter RICHTER

NEUROCHIRURGIE

Faculté de Médecine

Université d'ULM (ALLEMAGNE)

6 - Dr Pierre WITTOUCK

PHYSIOLOGIE

Faculté de Médecine

Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)



**PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES
SCIENCES DE LA SANTE (FSS-UNB) A
ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS
CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON
AUTEUR.**

DEDICACES

et

REMERCIEMENTS

A
Dieu, Créateur du Ciel et de la Terre

A

mes grands pères (in mémorium)

Nous avons toujours entendu parler en bien de vous. En ce jour solennel je pense à vous, et j'espère que Dieu me donnera l'opportunité et la force nécessaire pour toujours faire mieux afin de toujours honorer nos familles.

A

ma grand-mère paternelle (In Mémorium)

Tu étais une femme courageuse, forte, avec beaucoup de détermination. J'espère toujours te ressembler toute ma vie durant.

A

ma grand-mère maternelle

*Merci pour l'amour inconditionnel que tu me donnes depuis toujours.
Que Dieu te bénisse.*

A

*mes Parents Sogbadji VODOUHE
et Justine SEKLOKA*

*Merci pour toutes les formes de sacrifices que vous avez consenties pour chacun de vos enfants depuis leur conception.
Soyez rassurés qu'aucun de vos efforts pour nous rendre heureux ne nous laisse indifférents.
Que Dieu vous bénisse.*

A
mon frère Sonagnon VODOUHE

*Ta contribution a été déterminante pour l'aboutissement
 de ce travail. Un bienfait n'est jamais perdu.
 Que Dieu te bénisse.*

A
*mes frères Ulrich, Boris, Delphin
 et ma sœur Marlène*

Puissiez-vous faire un jour mieux que moi grâce à l'aide de Dieu.

A
*mes oncles paternels et leurs épouses,
 en particulier :*

Monsieur Sognon VODOUHE et son épouse

Monsieur Rosaire VODOUHE et son épouse

*Pour toutes les formes d'aides que vous m'apportez
 spontanément chaque fois que l'occasion se présente. Que Dieu vous bénisse.*

A
*DAH SEKLOKA GBEDONOU
 FINMAKOUN*

*Pour tout ce que vous faites pour notre famille.
 Hommage respectueux,*

A

Mes oncles maternels et leurs épouses, en particulier :

Monsieur Désiré SEKLOKA et son épouse

Merci pour l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce travail et pour l'affection particulière que vous avez toujours eu envers moi. Que Dieu vous bénisse

A

Mes tantes paternelles en particulier :

Madame GAHOU Elisabeth née VODOUHE

Merci pour toute l'affection que tu as pour moi. Que Dieu te bénisse.

A

Mes tantes maternelles et leurs époux, en particulier :

Madame Thérèse MONKON et son époux

Vos conseils et votre aide ont été déterminants pour la réalisation de ce travail. Que Dieu vous bénisse.

Madame Yvette AGUESSY et son époux

Pour toute l'affection que vous me donnez à chaque fois que l'occasion se présente. Que Dieu vous bénisse.

Madame Valérie MIGAN et son époux

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez accordé au cours de mon séjour de formation médicale à ABIDJAN. Sincères remerciements

Madame Béatrice AGBOTON et son époux

Vous avez toujours été à mes côtés lorsque j'en avais besoin. Que Dieu vous bénisse.

A

Mes cousins, en particulier :

VODOUHE

SEKLOKA

GAHOV

MONKON

AGUESSY

MIGAN

Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration.

A

Monsieur Maurice ATIGOSSOU (in Memorium)

Tu étais là, me donnant des conseils d'ainé aux moments difficiles de mes débuts de formation médicale.

Aujourd'hui, tu ne peux assister à la concrétisation de nos vœux, mais je te promets de m'efforcer pour les faire aboutir grâce à Dieu.

A

Monsieur KOUNDE Aimé

Vous êtes comme un père pour moi. Ce que j'apprécie en vous, c'est votre endurance votre confiance en Dieu et votre amour du prochain. Que Dieu vous bénisse.

A

Monsieur Pierre Claver JHONSON

Merci pour ton amitié et pour ton aide pour la réalisation de ce travail.

A

*Messieurs BOKO Mathieu et AGBO Clement
du laboratoire Biochimie*

*Sincères remerciements pour toute l'aide que vous
m'avez apportée pour la réalisation de ce travail.*

A

Monsieur VODOUHE DAVO

*Cher oncle, je vous réitère ma profonde gratitude pour votre
participation active à la réalisation de ce travail
malgré vos multiples préoccupations. Que Dieu vous bénisse vous et votre petite famille.*

A

Monsieur VIGNIKIN Epiphane et son épouse

*Vous faites aussi partie de ma famille. Vous m'avez également aidé à surmonter les épreuves
de la vie. Que Dieu vous bénisse vous et vos enfants.*

A

Madame ADJAGBA Dorothée et son époux

*Permettez moi de profiter de cette occasion pour vous remercier pour toute l'affection que
vous avez toujours pour moi. Que Dieu vous bénisse.*

A

Monsieur André DASSOUNDO

Merci pour vos conseils et votre soutien moral.

Au

Docteur Adrien Alanmanou

Merci pour vos conseils et votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

Aux

Etudiants de la 23^{ème} promotion

*Nous avons traversé ensemble des difficultés,
nous avons également eu des moments de joie.*

*Aujourd'hui où nous finissons la formation
de médecine générale, je vous souhaite beaucoup
de chance dans l'exercice de la profession médicale.*

Au Personnel

➤ *de la clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
et de Chirurgie Cervico-Faciale du
CNHU de Cotonou*

➤ *de la polyclinique « Le Bien-être » de
Zogbo*

➤ *de la polyclinique « Bon Samaritain » de
Kouhounou*

➤ *de la polyclinique « Le Lynx »
d'Akpakpa*

*Pour votre collaboration et votre sympathie,
recevez toute ma reconnaissance.*

A

Tous mes amis

*Dont je n'ose pas citer les noms de peur d'en oublier
Je ne saurais jamais assez vous remercier
pour tout le bien que vous me faites .
Recevez ce travail comme le vôtre.
Que Dieu vous bénisse.*

A

*Nos enseignants de la Faculté des Sciences de la
Santé de Cotonou et d'ailleurs.*

Aux

*Professeurs de la Faculté
des Sciences de la Santé de Cotonou.*

*En reconnaissance pour la formation de haut niveau
que vous nous avez donnée avec patience et abnégation.*

*Nous vous promettons de ne pas décevoir
la confiance que vous avez placée en nous.*

Aux

professeurs agrégés, en particulier :

André BIGOT

Vénérand ATTLOU

*Sincères remerciements pour la clarté
et la richesse de vos enseignements.*

Au
Professeur Agrégé Joseph
Sogbadji VODOUHE

Votre participation à ce travail a été déterminante.

*Nous vous remercions pour la qualité
de vos enseignements et la part active
que vous avez prise dans notre formation.*

A
Notre Maître et directeur de thèse,
le Professeur Célestin Y.Y. HOUNKPE

*Votre sens clinique élevé, la clarté de vos enseignements,
votre sens de l'humour, votre amour du travail bien fait,
votre constante disponibilité pour l'encadrement des étudiants
sont autant de qualités qui suscitent en nous
admiration et profond respect.*

*Vous avez guidé la réalisation de ce travail
avec beaucoup de patience et de bienveillance à notre égard.
Nous ne saurions vous exprimer toutes nos reconnaissances.*

*Que le seigneur tout puissant guide vos pas
et vous aide pour la réalisation de vos rêves.*

ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale
A.T.M : Articulation temporo-mandibulaire
C.N.H.U. : Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou
C.T. : Conduite tenue
Dc. : Diagnostic
E.C.G. : Electrocardiogramme
F. : Féminin
Hb. : Hémoglobine
H.T.A. : Hypertension artérielle
Hte. : Hématocrite
I.D.R. : Intradermoréaction à la tuberculine
M. : Masculin
N.B. : Nombre de globules blancs
N.F.S. : Numération formule sanguine
O.R.L. : Oto-rhino-laryngologie
P.N. : Polynucéaire neutrophile
R.A.S. : Rien à signaler
Ant. : Antérieur
R.D.V. : Rendez-vous
Rx. : Radiographie
S.A.T. : Serum antitétanique
T. : Traitement
T.E. : Test d'Emmel
V.G.M. : Volume globulaire moyen
V.S. : Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'ostéite des maxillaires correspond à une affection inflammatoire du tissu osseux (des maxillaires), qu'il s'agisse d'une infection microbienne ou d'une atteinte parasitaire ou chimique (10).

En Europe, la fréquence de ces affections semble avoir considérablement diminué depuis une cinquantaine d'années grâce aux progrès, de l'hygiène bucco-dentaire, à l'apparition et à l'usage des antibiotiques et au dépistage précoce des formes débutantes (62).

Elle reste cependant relativement élevée dans les pays du tiers monde où l'affection est encore un problème d'actualité (43) ; Elle est responsable d'une mortalité non négligeable mais c'est surtout les séquelles fonctionnelles et plastiques qui sont au devant de la scène (29,43).

De nombreux auteurs ont fait le point sur les différents aspects de cette pathologie. Une première thèse a été élaborée dans le service sur le même sujet en 1983.

Si nous avons voulu nous intéresser à nouveau à cette affection, c'est pour faire le point sur l'évolution actuelle de la maladie après les recommandations faites par le Dr **TOSSOU J.P.**(64) dans sa thèse en 1983 .

Aussi, pour le développement de ce sujet nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

- 1. Etudier la fréquence de cette affection en République du Bénin**
- 2. Rappeler ses facteurs étiologiques**
- 3. Déterminer les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les séquelles**
- 4. Et préconiser des mesures pratiques pour la prévention et la prophylaxie de cette affection.**

Pour atteindre ces objectifs, nous avons adopté le plan de la page suivante.

PLAN D'ETUDE

1. GENERALITES

1.1Rappels embryologiques

1.2 Rappels anatomiques

1.3 Rappels histologiques

1.4 Rappels physiologiques

1.5 physiopathologie

1.6.Anatomie pathologique

1.7.Etude clinique

1.8.Etude thérapeutique

2.CADRE, MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

2.1Cadre d'étude

2.2 Matériel d'étude

2.3 Méthode d' étude

3.RESULTATS ET ETUDE ANALYTIQUE

3.1.RESUMES D'OBSERVATIONS

3.2.ETUDE ANALYTIQUE

4.DISCUSSION

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

ICONOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Chapitre Un :

GENERALITES

1.1 RAPPELS EMBRYOLOGIQUES :

Les structures initiales, édifiant la face sont appelées **Bourgeons**. Ce sont des massifs issus du mésoblaste qui soulève la structure épiblastique de l'extrémité crâniale de l'embryon.

Ces bourgeons faciaux délimitent ainsi entre eux, une profonde dépression : le **stomodaeum**.

1.1.1 Les bourgeons faciaux :

Ils sont au nombre de cinq :

- Le bourgeon frontal
- Les deux bourgeons maxillaires supérieurs
- Les deux bourgeons maxillaires inférieurs

1.1.2 Ossification des bourgeons maxillaires

C'est à partir des centres d'ossification prémaxillaires et post maxillaires que ces bourgeons constitueront le maxillaire et la mandibule.

Très tôt, les centres vont s'unir, donnant la naissance à des structures osseuses dont le développement n'est pas achevé.

1.1.3 Ebauches et mise en place du sinus maxillaire

A la huitième semaine de vie intra utérine, apparaissent les futurs cornets. Ce sont des bourrelets délimités au niveau de la paroi externe de l'épithélium qui tapisse la fosse nasale primitive.

Les sillons séparant ainsi les bourrelets ethmoïdaux se creusent et réalisent un diverticule qui se termine en cul de sac et qu'on appelle **infundibulum**, et qui semble être à l'origine des sinus antérieurs de la face.

Le sinus maxillaire est la seule cavité individualisée à la naissance. Il apparaît à la suite de l'évagination du méat moyen au niveau de l'**infundibulum** embryonnaire. Deux à trois ans après la naissance, sa forme devient pyramidale et il est visible à la radiographie. Sa croissance va continuer ainsi jusqu'à l'âge de 15 ans, sauf pour son extrémité inféro-postérieure qui ne prendra sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse.

1.2 RAPPELS ANATOMIQUES

La pathologie que nous allons étudier affecte deux os de la face : le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur.

Leur connaissance anatomique s'avère intéressante pour situer le cadre topographique de l'affection.

1.2.1 LE MAXILLAIRE SUPERIEUR

1.2.1.1 Configuration externe :

Le maxillaire supérieur ou maxillaire proprement dit est un os pair et non symétrique.

Il s'unit à celui du côté opposé et à d'autres os de la face pour former le squelette de la mâchoire supérieure. Il contribue à former les parois de toutes les cavités du massif facial.

Sa configuration externe est très irrégulière et l'on peut grossièrement le considérer comme formé d'un corps duquel se détachent trois apophyses qui sont :

- L'apophyse pyramidale ou malaire,
- l'apophyse palatine
- la branche montante du maxillaire.

Le corps présente la forme d'une pyramide quadrangulaire tronquée, dont la grande base correspond à la face interne de l'os et la petite base à l'apophyse pyramidale ; on peut en outre lui distinguer quatre faces : antérieure, postérieure, supérieure et inférieure et 6 bords.

La face postérieure ou infra-temporale présente une saillie bien marquée, désignée sous le nom de **Tubérosité maxillaire**. Celle-ci présente de fines gouttières verticales qui se continuent par des trous et des canaux intra-osseux ; ce sont des sillons et orifices des canaux (trous) dentaires postérieurs dans lesquels s'engagent les vaisseaux et nerfs du même nom.

La face supérieure ou orbitaire est creusée d'une gouttière sous-orbitaire qui se continue par un canal : **le canal sous-orbitaire**. Celui-ci débouche à la face antérieure par le trou sous-orbitaire.

Gouttière et canal sous-orbitaires livrent passage aux nerfs et vaisseaux du même nom.

Les bords se distinguent en antérieur, postérieur, supérieur, inférieur, antéro-postérieur et postéro-supérieur. Le bord inférieur ou **bord alvéolaire** est épais ; il forme avec celui du côté opposé une arcade à concavité postérieure : c'est **l'arcade alvéolo-**

dentaire qui est creusée de cavités : **les alvéoles dentaires** au niveau desquelles sont implantées les racines des dents supérieures.

Le maxillaire supérieur est creusé d'une cavité : **le sinus maxillaire** ou **antre d'HIGHMORE** qui lui confère sa relative légèreté sans altérer sa solidité.

Le sinus maxillaire

Volumineuse cavité creusée au sein de l'os, il occupe la presque totalité du maxillaire.

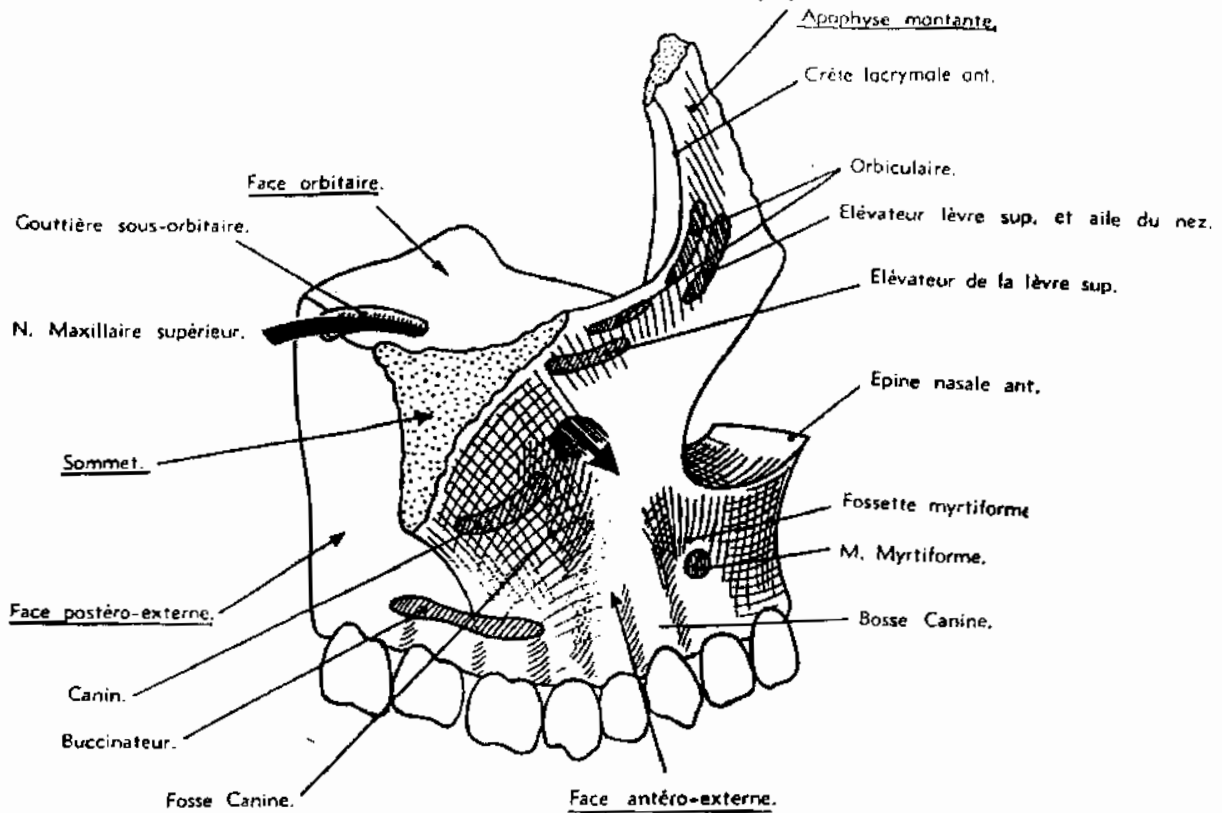
Son infection peut aboutir à une ostéite maxillaire lorsqu'elle s'étend à l'os et provoque une fistulisation. C'est une ostéite habituellement peu étendue.

1.2.1.2 Les muscles :

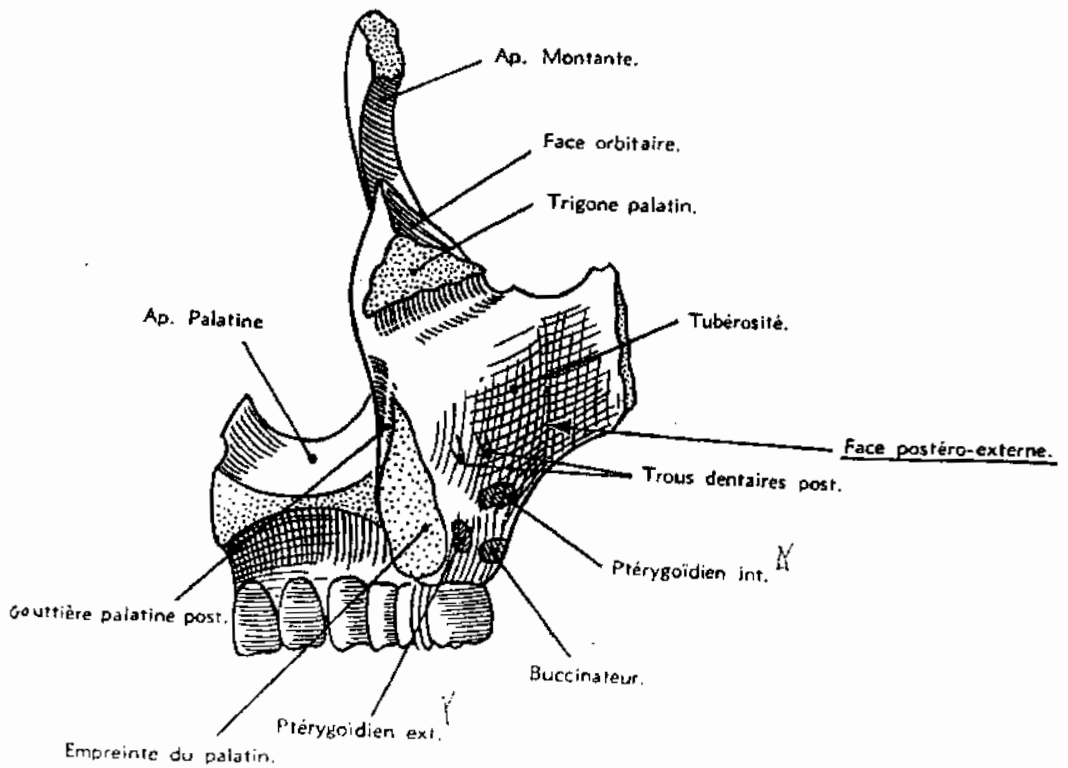
Onze muscles prennent insertion sur le maxillaire supérieur. Ce sont pour la plupart des muscles de la mimique.

Les schémas n° 1 et 2 de la page suivante rendent compte de leur répartition sur le maxillaire de même que de la configuration externe de celui-ci.

SCHEMA N°1 : VUE EXTERNE ET MUSCLES DU MAXILLAIRE (5)



SCHEMA N°2 : VUE POSTÉRIEURE ET MUSCLES DU MAXILLAIRE (5)



1.2.1.3 Vascularisation :

Le maxillaire supérieur est richement vascularisé.

1.2.1.3.1 Les artères

La vascularisation artérielle est assurée par les artères alvéolaire et sous-orbitaire. Ce sont des branches collatérales de l'artère maxillaire interne, elle-même branche terminale de la carotide externe.

L'artère alvéolaire :

Elle descend, appliquée sur la tubérosité maxillaire. Elle donne des rameaux dentaires qui s'engagent dans les canaux dentaires postérieurs et se distribuent aux sinus maxillaires et aux racines des molaires. Elle se perd dans le buccinateur et le bord alvéolaire du maxillaire.

L'artère sous-orbitaire :

Elle parcourt la gouttière et le canal sous-orbitaires, d'où elle sort par le trou sous-orbitaire et s'épanouit en de nombreux rameaux destinés à la paupière inférieure et à la joue. Elle donne également le rameau dentaire antérieur qui s'engage dans le canal dentaire du même nom, et vient se distribuer aux racines de la canine et des incisives.

Les artérioles dentaires s'anastomosent dans l'épaisseur du maxillaire avec celles provenant de l'artère alvéolaire.

Ce double système artériel assure une vascularisation d'origine multiple. La suppléance vasculaire qui en résulte est responsable du moindre risque et de séquestration au sein de cet os.

Les artères sont accompagnées par les veines.

1.2.1.3.2 Les veines

Le sang provenant des artères alvéolaire et sous-orbitaire est recueilli par la veine maxillaire interne et drainé vers la jugulaire externe.

La maxillaire interne présente des anastomoses avec la faciale par l'intermédiaire des plexus veineux alvéolaires et ptérygoïdien. De ce fait, une partie du sang recueilli par cette veine passe également dans la faciale qui se jette dans la jugulaire interne.

1.2.1.3.3 Les lymphatiques

Confère le chapitre 1.2.4 DISTRIBUTION LYMPHATIQUE

1.2.1.4 Innervation

Elle est assurée par le nerf maxillaire supérieur, nerf exclusivement sensitif. Il se détache du ganglion semi-lunaire de GASSER et sort du crâne par le trou Grand rond. Il passe dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, traverse la fente sphéno-maxillaire, aborde le maxillaire supérieur par la gouttière puis le canal sous orbitaires et ressort de l'os par le trou sous-orbitaire pour s'épanouir dans la pommette.

Ses branches typiquement maxillaires sont :

- Le **nerf sphéno-palatin** (par l'intermédiaire des nerfs palatins antérieur, moyen et postérieur) qui innerve la voûte palatine.
- Les **nerfs dentaires postérieurs et supérieurs** :

Au nombre de deux ou trois. Ils naissent au moment où le nerf va s'engager dans la gouttière sous-orbitaire. Ils cheminent en bas et en avant sur la tubérosité maxillaire, d'abord dans des gouttières puis des canaux.

Ils réalisent au dessus des molaires et prémolaires le plexus dentaire d'où partent des filets nerveux pour les molaires et prémolaires supérieures, la muqueuse et l'os.

- Le **nerf dentaire moyen et supérieur** :

Inconstant, il naît dans la gouttière sous-orbitaire, descend dans la paroi externe du sinus maxillaire, puis se porte vers la racine de la première prémolaire.

- Le **nerf dentaire antérieur et supérieur** :

Il naît dans le canal sous-orbitaire, descend dans la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis se divise avec des branches descendantes se portant vers la racine de la canine et des incisives ; il s'anastomose au plexus dentaire qui à son tour s'anastomose au plexus du côté opposé.

Les troubles sensitifs hyperesthésiques (odontalgie et myalgie) observés au cours de l'ostéite rendent compte de l'atteinte infectieuse de ces formations nerveuses.

1.2.2 LE MAXILLAIRE INFÉRIEUR

1.2.2.1 Configuration externe :

Os plat, impair et médian, le maxillaire inférieur ou **mandibule** constitue à lui seul le squelette de la mâchoire inférieure.

Il présente à décrire :

- une branche horizontale ou **corps mandibulaire**

- et deux branches verticales qui sont les extrémités de l'os, relevées et placées dans un plan sagittal.

L'union du corps avec une branche verticale ou montante se fait presque à angle droit et réalise **l'angle mandibulaire** ou **Gonion**.

1.2.2.1.1 Le corps mandibulaire

Il est incurvé en fer à cheval, ouvert en arrière et peut se subdiviser en :

- Un segment antérieur : **le menton osseux**
- Et un segment postéro-latéral : la branche horizontale proprement dite.

On lui distingue deux bords (supérieur ou alvéolaire et inférieur ou cervical) et deux faces (interne et externe). Sur cette dernière, à égale distance des bords et à la verticale de la première prémolaire, le plus souvent se situe **le trou mentonnier** qui livre passage au paquet vasculo-nerveux mentonnier.

1.2.2.1.2 La branche montante

Lame osseuse quadrilatère, aplatie de dehors en dedans, oblique en haut et en arrière, elle a deux faces (interne et externe) et quatre bords.

Au centre de la face interne se trouve un orifice : **l'orifice du canal dentaire inférieur**. Il est marqué par une saillie osseuse : **l'épine de Spix** qui est un repère important pour l'anesthésie du nerf dentaire inférieur.

La branche montante se termine en fourche par deux apophyses : le **coroné** en avant et le **condyle** en arrière séparés par l'échancrure sigmoïde.

La mandibule est traversée par un canal qui joue un rôle important dans la dissémination de l'infection au cours du processus ostéitique : c'est le **canal dentaire inférieur**.

1.2.2.1.3 Le canal dentaire inférieur

Il parcourt l'os de son orifice d'entrée sur la face interne de la branche montante à sa terminaison au niveau du trou mentonnier.

Il répond au passage du paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur et serait le trajet de la dissémination de l'infection selon ROUSSEAU et DECELE cités par TOSSOU J.P. (64).

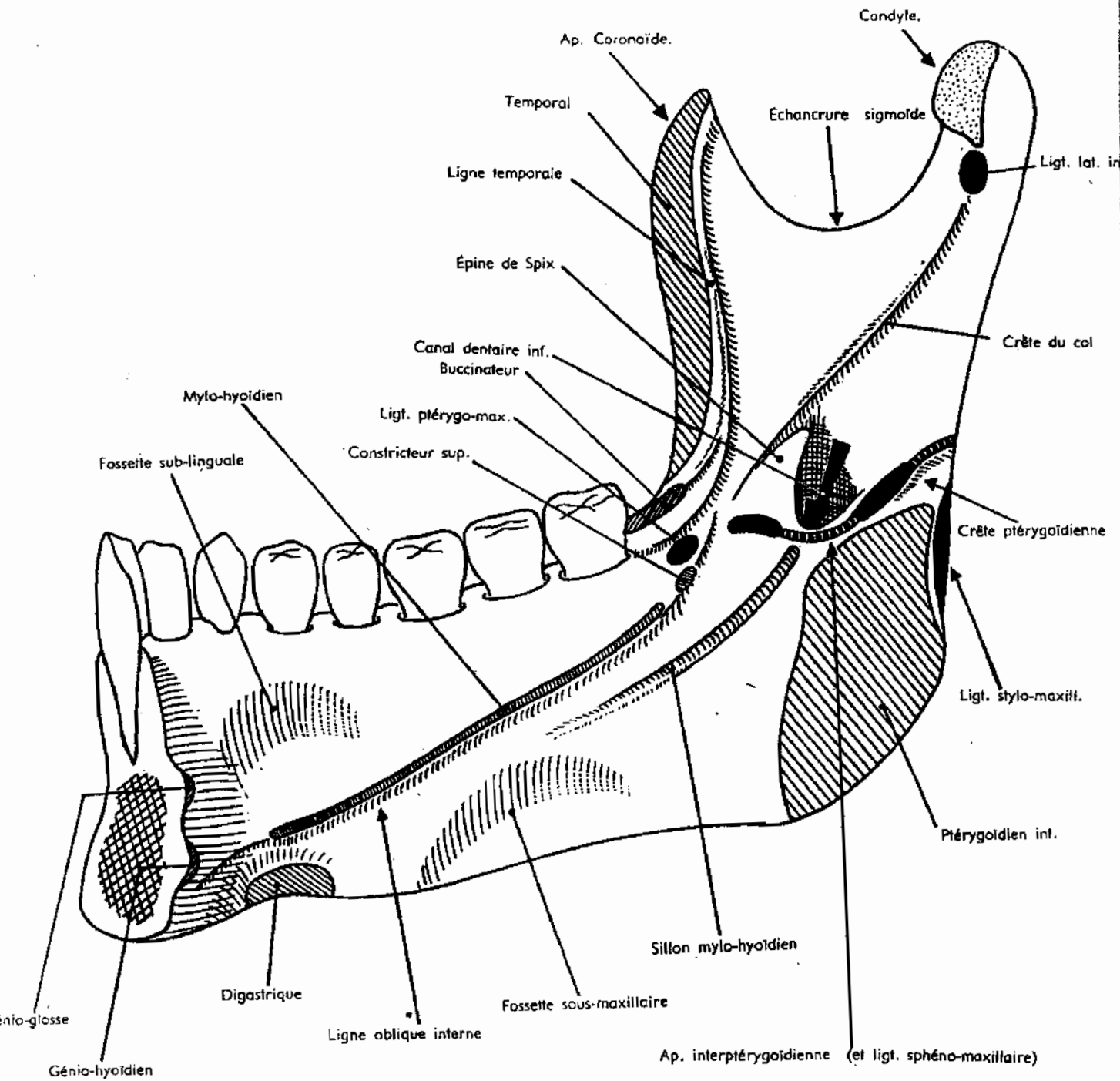
1.2.2.2 Les muscles

La mandibule donne insertion à trente-deux muscles, soit seize muscles sur chaque hémi-mandibule.

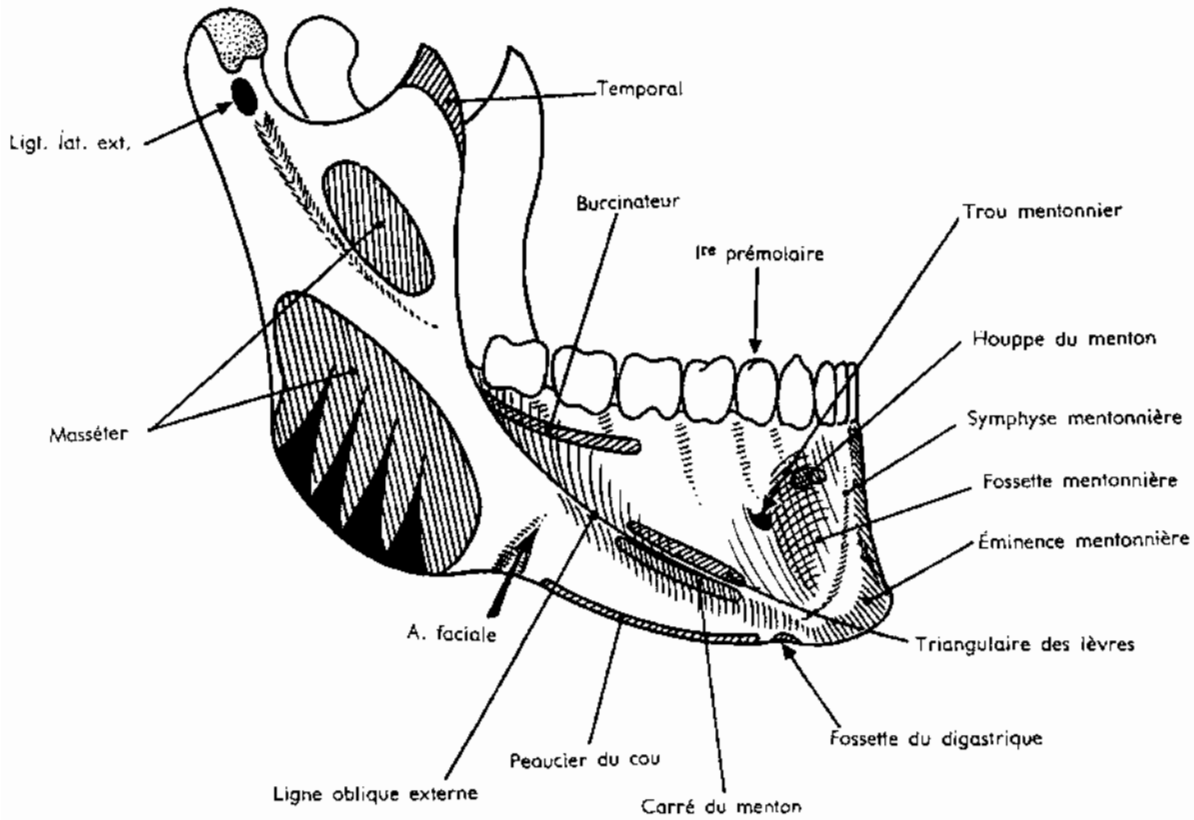
On distingue parmi eux les masticateurs qui sont au nombre de quatre : **le temporal** et **le masséter** (muscles superficiels) et les **ptérygoïdiens interne et externe** (muscles profonds). Leur atteinte infectieuse se traduit très tôt par le trismus.

Les schémas N°3, 4 et 5 des deux pages suivantes rendent compte de la configuration externe de la mandibule et de ses insertions musculaires.

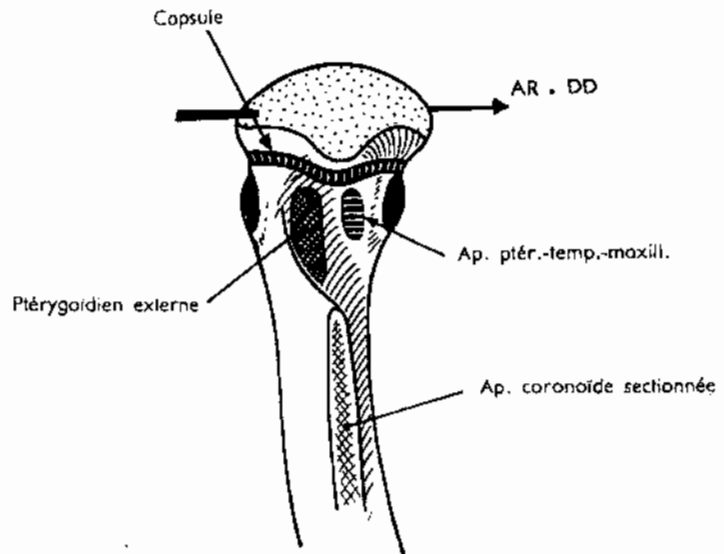
**SCHEMA N°3 : VUE INTERNE ET MUSCLES DE LA MANDIBULE
SELON BRIZON J. ET CASTAING J. (5)**



**SCHEMA N°4 : VUE EXTERNE ET MUSCLES DE LA MANDIBULE
SELON BRIZON J. ET CASTAIN J. (5)**



SCHEMA N°5 : VUE ANTÉRIEURE ET MUSCLES DU CONDYLE (5)



1.2.2.3 Vascularisation

1.2.2.3.1 Les artères :

La vascularisation artérielle de la mandibule est assurée par l'artère alvéolaire inférieure issue de la maxillaire interne qui est une branche terminale de la carotide externe.

Cette artère parcourt le canal dentaire où elle fournit des rameaux dentaires, en nombre égal à celui des racines des dents correspondantes et qui montent vers les dents dans lesquels ils pénètrent par l'orifice placé au sommet de la racine de celles-ci ; d'autres rameaux diploïques vont au diploé de la mandibule.

Elle se subdivise en deux branches terminales :

- L'une, mentonnière, émerge par le trou mentonnier et se rend aux téguments labiaux inférieurs et du menton.
- L'autre, incisive, continue la direction de l'artère alvéolaire jusqu'à la symphyse, où elle se perd dans le diploé.

L'unicité de ce pédicule artériel expose la mandibule à une plus grande vulnérabilité au processus infectieux.

1.2.2.3.2 Les veines :

Le sang veineux de la mandibule est recueilli et drainé :

- par la veine maxillaire interne vers la jugulaire externe
- et par la veine faciale vers la jugulaire interne.

La vascularisation de la mandibule est de type terminal. Elle rend compte de la fréquence des ostéites et des séquestres au niveau de cet os.

1.2.2.3.3 Les lymphatiques :

Confère 1.2.4. Distribution lymphatique

1.2.2.4 Innervation

Le nerf dentaire inférieur innerve la mandibule. C'est une branche terminale du nerf maxillaire inférieur issu du Trijumeau. Il décrit une courbe à concavité antéro-inférieure pour gagner le canal dentaire.

Il présente deux segments :

- un segment ptérygo-maxillaire
- et un segment mandibulaire.

Parmi ses branches collatérales, on note la présence du nerf mylo-hyoïdien qui donne des rameaux collatéraux gingivaux et des rameaux gingivaux destinés aux molaires et prémolaires de la mâchoire inférieure et à la gencive.

Ses branches terminales sont au nombre de deux :

- Le nerf incisif (dans 2/3 des cas)

Il continue la direction du nerf dentaire, se porte en avant et donne des rameaux nerveux aux racines de la canine et des deux incisives. Il ne dépasse pas la ligne médiane.

- Le nerf mentonnier :

Il sort par le trou mentonnier, se résout en 3 faisceaux terminaux reliés par un tissu cellulaire assez lâche et destinés à :

- la muqueuse de la lèvre inférieure
- la peau de la lèvre inférieure et du menton.

Il s'anastomose avec des filets mentonniers de la branche cervico-faciale du nerf facial.

L'anesthésie labio-mentonnaire (signe de Vincent d'Alger) va rendre très tôt compte de l'atteinte de ce nerf par le processus infectieux.

Avant de terminer ce rappel anatomique, disons un mot du plateau alvéolaire.

1.2.3 LE PLATEAU ALVEOLAIRE

C'est la portion du maxillaire et de la mandibule qui constitue le bord dentaire de ces os.

Il est creusé d'alvéoles qui s'enfoncent d'environ un centimètre dans l'épaisseur de l'os.

Les alvéoles sont tapissées par du tissu alvéolaire.

Elles reçoivent les racines dentaires et mettent ainsi les os maxillaires en rapport de contiguïté directe avec les dents.

Le plateau alvéolaire joue un rôle important au cours du processus ostéitique. C'est à lui que s'étend d'abord l'infection dentaire initiale (dans le cas le plus fréquent d'ailleurs, de l'ostéite d'origine dentaire) avant de diffuser à tout l'os.

Notons que le tissu alvéolaire qui le sépare des dents s'oppose à cette diffusion.

1.2.4 DISTRIBUTION LYMPHATIQUE

La distribution lymphatique influence l'extension des processus infectieux. La région cervicale en est extrêmement riche.

Les formations ganglionnaires qui intéressent les maxillaires et les sinus de la face, se répartissent en quatre groupes réunis par des vaisseaux lymphatiques qui suivent le trajet des veines.

➤ Le groupe sous maxillaire

Ce groupe est constitué de ganglions pré-glandulaires, pré-vasculaires, rétro-glandulaires et rétro-vasculaires drainant les lymphatiques de la partie interne des paupières, du nez, des joues, des lèvres, des gencives et du plancher buccal, vers la partie inférieure de la chaîne jugulaire interne.

➤ Le groupe sous mental

Ces ganglions se drainent dans le groupe sous maxillaire et dans la chaîne jugulaire interne.

Ils sont antérieurs postérieurs et moyens.

➤ Le groupe cervical antérieur

Il est constitué par les ganglions de la chaîne jugulaire antérieure qui se déversent dans la chaîne jugulaire interne ou dans la chaîne cervicale transverse et les ganglions juxta- viscéraux (pré-laryngé, pré et latéro-trachéaux), qui se jettent dans les ganglions médiastinaux.

➤ Le groupe latéro-cervical

Ce groupe se répartit en trois chaînes à disposition triangulaire suivant le trajet de la veine jugulaire interne, du nerf spinal et de l'artère cervicale transverse.

Ces trois chaînes sont :

- La **chaîne jugulaire interne** ou **chaîne jugulo-carotidienne**, qui s'étend de l'espace sous-parotidien postérieur à la base du cou ; elle comprend un groupe externe situé sur la face externe de la veine et qui aboutit au canal thoracique à gauche et à la grande veine lymphatique à droite et un groupe antérieur où l'on distingue :

- Le ganglion supérieur sous-digastrique de KUTTNER;
- Le ganglion moyen sus-omo-hyoidien de POIRIER;
- Le ganglion inférieur, inconstant

- La **chaîne spinale**

Elle suit le nerf de la jugulaire interne, jusqu'au trapèze sous lequel, elle s'unit à la chaîne cervicale transverse.

Elle reçoit, en particulier, un courant lymphatique en provenance du ganglion de KUTTNER.

- la **chaîne cervicale transverse**

Elle unit les deux chaînes précédentes.

Tous ces éléments osseux, musculaires, vasculaires et nerveux ci-dessus décrits sont en étroite relation sur le plan anatomique, car muscles, vaisseaux et nerfs ne sont pas épargnés quand sont atteints les os.

De quoi sont donc constitués ces os ? C'est ce que nous verrons dans le sous-chapitre suivant.

1.3 RAPPELS HISTOLOGIQUES

1.3.1 LE TISSU OSSEUX

Le tissu osseux des maxillaires est un tissu conjonctif calcifié à structure lamellaire.

La lamelle osseuse est l'unité histologique du tissu osseux. Elle est composée d'une matrice extracellulaire percée de petites cavités qui logent chacune un ostéocyte. Cette matrice est synthétisée par des ostéoblastes et détruite par des ostéoclastes.

1.3.1.1 LA MATRICE EXTRA-CELLULAIRE

Elle comprend deux phases : une phase organique et une phase minérale.

1.3.1.1.1 La phase organique

Elle est constituée d'environ 90% de fibres collagènes et 10% de substance fondamentale. La substance fondamentale est constituée surtout de glycosaminoglycans non associés en protéoglycans, et d'acide hyalurique.

1.3.1.1.2 La phase minérale

Elle est constituée d'une fraction amorphe et d'une fraction cristalline.

➤ **La fraction amorphe**

Elle est formée de phosphates calciques $\text{Ca}_9(\text{PO}_4)_6$.

➤ **La fraction cristalline**

Elle est faite de cristaux d'hydro-scyapatite.

1.3.1.2 LES CELLULES OSSEUSES

1.3.1.2.1 L'ostéoblaste

Il provient de cellules ostéoprogénitrices.

L'ostéoblaste a **plusieurs fonctions** :

- La production de la phase organique (fonction essentielle)
- La calcification : l'ostéoblaste intervient dans la calcification
- La régulation de l'ostéolyse.
- La régulation de l'activité des ostéoclastes par la freination ou par la stimulation.

L'ostéoblaste est par définition la cellule de l'os en cours de formation.

1.3.1.2.2 L'ostéocyte

L'ostéocyte est l'ostéoblaste qui, à un moment donné du processus de synthèse de la phase organique s'enferme dans sa propre production.

L'ostéocyte a une double fonction :

- Il participe à la synthèse et à la destruction de l'os.
- Il intervient dans la régulation des échanges ioniques.

1.3.1.2.3 L'ostéoclaste

Il s'agit très probablement d'une cellule de la lignée monocytaire qui se serait différenciée très tôt.

C'est par définition la cellule de la résorption osseuse massive.

1.3.1.3 LE PERIOSTE

Coque fibroconjonctive, le périoste est fait de deux couches, l'une externe, l'autre interne.

- La **couche externe** est composée d'un entrelacement de deux fibres collagènes et de réseaux élastiques. Elle est en rapport extérieurement avec les muscles, tendons, vaisseaux et muqueuses. *C'est la couche fibreuse qui joue un rôle de soutien et de protection de l'os sous-jacent.*
- La **couche interne** : en contact direct avec l'os compact, elle est riche en cellules et en vaisseaux sanguins. On l'appelle couche fertile. C'est là que se différencient les ostéoblastes aussi longtemps que se poursuit la croissance osseuse et qu'une régénération est nécessaire. Le périoste ne pénètre pas dans les alvéoles dentaires : elles sont tapissées par l'os alvéolaire.

1.3.1.4 L'OS ALVEOLAIRE

Présent dans les procès alvéolaires, il est identique histologiquement à l'os sous-jacent. Il s'en différencie pourtant par ses fonctions. Il joue le rôle de soutien des dents et s'oppose à la diffusion de l'infection qui provient des dents.

En dessous du périoste et de l'os alvéolaire se trouve l'os compact.

1.3.1.5 L'OS COMPACT

Il est formé d'unités architecturales appelées *ostéons* ou système de HAVERS.

Chaque ostéon est fait de lamelles osseuses disposées de façon concentrique autour d'un canal central, le canal de HAVERS.

Le canal de HAVERS contient des éléments vasculaires, des cellules conjonctives fixes et mobiles et une fine trame de fibres collagènes.

Un système canaliculaire transversal relie les canaux de HAVERS les uns aux autres, c'est le système de canaux de VOLKMAN.

Les vaisseaux sanguins qui traversent ces canaux transversaux se prolongent dans les canaux longitudinaux et se transmettent de bout en bout jusqu'à l'os spongieux. *Ils réalisent de la sorte un système vasculaire de type terminal.* Ainsi, l'oblitération vasculaire en un point quelconque de l'os haversien est responsable de nécrose étendue au sein de cet os.

En dessous de cet os et plus au centre se trouve l'os spongieux.

1.3.1.6 L'OS SPONGIEUX

Il contient les mêmes éléments histologiques que l'os compact : minces lamelles d'os entourant des cavités médullaires.

L'os spongieux a une structure simple. Il est fait de travées formant un réseau dont le modèle est déterminé par les conditions mécaniques propres à chaque os.

Les travées comprennent un nombre varié de lamelles dans lesquelles se trouvent de petites cavités contenant des ostéocytes et un système de canalicules intercommunicants.

Les vaisseaux sanguins qui cheminent dans ces canalicules inter communicantes réalisent un réseau anastomotique, dense, qui a une incidence anatomopathologique. La suppléance vasculaire qui résulte en effet de ce système, réduit au sein de cet os l'intensité de la nécrose engendrée par une oblitération vasculaire.

1.3.1.7 PARTICULARITE HISTOLOGIQUE DES MAXILLAIRES

1.3.1.7.1 Le maxillaire supérieur

C'est un os de membrane qui se forme directement à partir du tissu conjonctif.

Sa structure varie selon l'âge :

- Chez le nouveau né, il contient des dents de lait et les ébauches embryonnaires des dents définitives.
- Chez l'adulte, sa structure varie selon les régions. On en distingue deux principalement :
 - l'une, antérieure où les mailles osseuses sont serrées dans l'ensemble ;
 - l'autre, postérieure où l'os lamellaire entoure le sinus maxillaire. Il y a peu de tissu spongieux, sauf au niveau de la tubérosité.

1.3.1.7.2 Le maxillaire inférieur

Il est formé d'une masse de tissu spongieux à mailles plus ou moins larges, entourée par une gaine de tissu compact, il existe des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

1.3.2 LE TISSU GINGIVAL ET ENDO-BUCCAL

1.3.2.1 LA GENCIVE

La gencive est une fibromuqueuse très adhérente, épaisse résistante, de couleur rosée, elle recouvre les procès alvéolaires et sertit les collets dentaires.

Elle se continue d'une part avec la muqueuse des joues et des lèvres le long des gouttières vestibulaires et d'autre part, avec la muqueuse du plancher buccal.

- **L'épithélium gingival** est formé de 4 couches :
 - une couche basale de cellules cuboïdes
 - une couche épineuse de cellules polygonales
 - une couche granuleuse dont l'existence est liée au degré de kératinisation
 - une couche cornée.

- **Le chorion gingival**

C'est un tissu conjonctif constitué par une substance fondamentale interstitielle, dans laquelle, baignent des cellules diverses et peu de fibres élastiques.

Il y a une forte densité collagénique formée de fibres collagènes gingivales. Ces fibres défendent le tissu osseux des maxillaires contre les agressions extérieures notamment les infections.

1.3.2.2 LA CAVITE BUCCALE

L'ensemble de la cavité buccale est tapissée par la muqueuse buccale qui adopte plusieurs structures en fonction du siège.

L'épithélium est de type pavimenteux stratifié et le chorion est très riche en éléments vasculaires, nerveux et glandulaires.

1.4 RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

1.4.1 PHYSIOLOGIE DU MAXILLAIRE SUPERIEUR

Structure osseuse membranaire formant en grande partie le massif facial, le maxillaire supérieur, qui contient les alvéoles des dents supérieures, a un rôle principal de mastication.

1.4.2 PHYSIOLOGIE DU MAXILLAIRE INFERIEUR :

La mobilité du maxillaire inférieur par rapport au massif facial (grâce à l'articulation temporo-mandibulaire), lui confère un **rôle masticateur important**, en collaboration avec le maxillaire supérieur.

La cinétique mandibulaire est régie en fait par l'articulation temporo-mandibulaire.

Fondamentalement, elle lui permet de réaliser les mouvements suivants :

- **Ouverture / Fermeture (abaissement et élévation)**
- **Propulsion et rétropulsion**, mettant en jeu les faisceaux superficiels des muscles ptérygoïdiens et les faisceaux superficiels des muscles masséters
- **La déduction (ou mouvement de latéralité)**
- Les conséquences de tous les mouvements sont : **la mastication et la phonation.**

1.5 PHYSIOPATHOLOGIE

Nous aborderons dans ce paragraphe successivement :

1. La provenance de l'infection
2. Les facteurs favorisant des ostéites
3. Les germes en cause.

1.5.1. PROVENANCE DE L'INFECTION

1.5.1.1 Inoculation directe

Le passage des germes se fait directement à l'os, ce qui nécessite une exposition osseuse intra buccale ou percutanée. Ceci peut s'observer dans les conditions suivantes :

- Extractions dentaires, en particulier extractions au niveau des dents de sagesse inférieures et des molaires inférieures, extraction des dents incluses.
- Traumatisme maxillo-mandibulaire avec fracture ouverte intra-buccale ; fracture avec exposition transcutanée des fragments : Le risque est d'autant plus grand que la fracture est souillée et vue tardivement ; les traumatismes ballistiques sont particulièrement exposés à l'infection immédiate ou secondaire.
- Infection post-chirurgicale : L'inoculation se fait pendant l'intervention.

1.5.1.2 Inoculation par voisinage ou contiguïté

Il existe un foyer infectieux juxta-osseux qui va entraîner une ostéite. Les causes les plus fréquentes sont :

- Pathologies dentaires et juxtadentaires : desmodontite, kystes apicaux, granulomes apicaux, parodontopathies sévères.
- Pathologies sinusiennes : Sinusites chroniques.
- Pathologies péri-implantaires : Ostéite précoce avant la mise en place même de l'implant ou ostéite plus tardive nécessitant la dépose de l'implant.
- Pathologie des tissus mous : dermohypodermite évoluant en profondeur
- Toute pathologie infectieuse faciale qui peut au contact des os entraîner une ostéite par contiguïté.

1.5.1.3 Inoculation par voie hématogène

Il s'agit d'une éventualité beaucoup moins fréquemment observée dans les services de chirurgie maxillofaciale. Elle semble plus fréquente dans les services de pédiatrie, correspondant à l'ostéomyélite aiguë, hématogène ; la localisation aux os de la face est exceptionnelle ; Les staphylocoques dorés sont les germes en cause dans 90% des cas.

Les points de départ les plus fréquemment retrouvés sont cutanés (furuncle, panaris, geste local septique) ou otorhinolaryngologique (angine).

1.5.1.4 Les ostéites « primitives »

Malgré des bilans bien conduits, un certain nombre d'ostéites ne font pas la preuve du germe responsable : Une antibiothérapie a souvent été donnée avant le bilan ou bien les résultats bactériologiques font état

de flore buccale banale. Une antibiothérapie à large spectre est alors instituée.

1.5.2. FACTEURS FAVORISANTS DES OSTEITES

Ce sont les facteurs classiques prédisposant à l'infection :

- diminution des défenses immunitaires
- Diabète
- Ethylisme
- Corticothérapie prolongée
- Dialyse rénale
- Neutropénie
- Toxicomanie
- Syndrome d'immunodéficience acquise
- Les ostéites post-traumatiques arrivent plus fréquemment chez des patients peu médicalisés, consultant tardivement, peu enclins à suivre les prescriptions médicales.

1.5.3. GERMES EN CAUSE

Tous les germes peuvent être responsables d'infections osseuses faciales :

- Le staphylocoque est le plus fréquemment retrouvé :

Le staphylocoque doré surtout mais aussi staphylocoque épidermidis, Streptocoque, Pneumocoque. En cas d'infection iatrogène, la prépondérance staphylococcique est encore plus nette (un tiers des cas).

- Les bacilles à gram négatif (Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Proteus, Escherichia Coli) viennent au deuxième rang.

- Un certain nombre de germes habituellement peu pathogènes (Candida, Aspergillus) peuvent le devenir à l'occasion d'une carence des processus de défense immunitaire.
- La fréquence des infections à Bacille de Koch (B.K) est en nette régression. Le germe est représenté essentiellement par le B.K humain, plus accessoirement par les bacilles bovins. Le germe est difficile à mettre en évidence mais l'aspect histologique (granulome à cellules géantes, caséum) est évocateur.
- Les ostéites dues aux autres mycobactéries (mycobactérium israelii le plus souvent) sont particulièrement tenaces. Le germe est difficile à mettre en évidence. Les récurrences, même après plusieurs mois ou années sont fréquentes. Il en va de même pour les rares ostéites à Nocardia.

1.6. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'il y a infection de l'os, il peut y avoir participation ou combinaison de trois processus :

- La **raréfaction osseuse**, processus lent, progressif, conséquence de deux mécanismes :
 - **L'ostéolyse**, aboutissant à une fonte de la substance osseuse, destruction radiologiquement visible de l'os.
 - **L'ostéoclasie**, véritable phagocytose, destruction du tissu osseux par les ostéoclastes.

C'est ce processus qui intervient lors des infections périapicales courantes ou lors des parodontopathies par exemple.

- La **nécrose**, qui est à l'inverse, un processus brutal, se faisant, soit par perte de la vascularisation, soit par brûlure.

Il y a toujours participation, autour de la zone nécrosée, d'un processus de raréfaction périphérique, isolant l'os nécrosé de l'os sain : le séquestre est un véritable « cadavre osseux ».

C'est ce processus qui intervient lors de l'échauffement par fraisage de l'os au cours de certaines interventions chirurgicales (extraction de dent de sagesse incluse en particulier), ou lors de la radiothérapie.

- La **condensation osseuse**, où l'os est le siège d'une intense vasodilatation.

Il y a une minéralisation excessive plus ou moins régulière, étouffant le conjonctif intraosseux et faisant disparaître la structure trabéculaire.

1.7. ETUDE CLINIQUE

Les antibiotiques ont considérablement modifié la pathologie de l'ostéite d'origine dentaire de nos jours.

En fonction de l'étiologie reconnue, on distingue :

- **Les ostéites de causes locales**
- **Les ostéites de causes générales**
- **Les ostéites d'origine exogène.**

1.7.1 OSTEITES DE CAUSES LOCALES OU D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE

Leur étiologie reconnaît :

- Les **causes dentaires proprement dites**, les plus fréquentes : infections périapicales suppurées dans la grande majorité des cas, causes cellulaires (cellulites suppurées) ;
- Les **causes desmodontales par infection des poches parodontales** ;
- Les causes prothétiques : implants favorisant l'infection de l'os, prothèses fixées défectueuses... ;
- Les causes traumatiques : fractures alvéolaires, fractures des maxillaires, surtout fractures ouvertes ;
- D'autres causes plus rares, muqueuses, comme les stomatites ulcéreuses, où l'infection gingivale est telle qu'elle va toucher l'os sous-jacent.

Ces ostéites sont circonscrites ou diffusées.

1.7.1.1 Ostéites circonscrites :

Leur processus infectieux est assez limité. On en distingue plusieurs formes cliniques :

- ***L'ostéopériostite***, ou inflammation du périoste due à un granulome réchauffé, suppuré.

Sur le **plan clinique**, il faut y penser devant l'existence dans la région apicale de la dent causale d'un épaissement douloureux de la table externe ou de la table interne, avec congestion des parties molles voisines.

Les signes fonctionnels sont ceux de l'infection dentaire causale .

Il n'y a pas de signes généraux.

Les **signes radiologiques** sont discrets et se caractérisent par une zone radioclaire atténuée, assez limitée, coiffant l'image d'un granulome plus marquée.

Sans traitement, la lésion peut évoluer vers une cellulite périmaxillaire ou vers la forme chronique suivante.

- **L'ostéite du rebord alvéolaire ou ostéite circonscrite périphérique : l'alvéolite.** Complication douloureuse de l'extraction dentaire, c'est une ostéite aiguë superficielle de l'alvéole.

Sur le **plan clinique**, il faut y penser lorsqu'il y a apparition deux ou trois jours après une extraction, de douleurs d'abord modérées, puis très violentes, continues, ne cédant pas aux antalgiques, empêchant le sommeil.

Les signes généraux sont absents ou modérés.

Les ganglions sont légèrement augmentés de volume, douloureux dans l'aire correspondante.

L'alvéole, entourée d'une muqueuse rouge, vide de tout caillot, renferme seulement un magma fétide. Ses parois sont à nu, très douloureuses au contact d'un instrument. Il n'y a pas de tuméfaction de l'os.

L'haleine est fétide, la salivation abondante.

Sans traitement, l'évolution aboutit à des douleurs encore plus intenses durant une dizaine de jours, avant de diminuer et disparaître progressivement. L'alvéole se comble alors de bourgeons rouges violacés ; la paroi alvéolaire nécrosée peut s'éliminer sous forme

d'esquilles quelques jours après, la cicatrisation succédant à l'expulsion du dernier séquestre.

Les **signes radiologiques** sont absents ou discrets au début, mais peuvent mettre en évidence après la deuxième semaine un ou plusieurs de ces petits séquestres.

- **L'ostéite circonscrite centrale.** Elle fait suite à l'évolution d'un granulome ou d'un kyste suppuré.

Sur le **plan clinique**, il faut y penser lorsqu' apparaît une tuméfaction faciale douloureuse, encore plus marquée dans la région atteinte ; lorsqu'il existe dans cette région des dents mobiles et douloureuses, avec des douleurs vives, pulsatiles, tout à fait celles d'une desmodontite aiguë.

Les signes généraux sont discrets mais constants.

Les **signes radiologiques** sont ceux d'une raréfaction osseuse mal limitée autour de l'apex de la ou des dents causales, avec une ou plusieurs zones plus denses, véritables images de séquestres.

Sans traitement, c'est l'aboutissement à la fistulisation muqueuse ou cutanée et la régression des signes d'infection aiguë, mais aussi l'évolution lente vers la séquestration avec mobilité et chute des dents.

- **L'ostéite corticale circonscrite.** C'est une ostéite périphérique qui déborde sur le corps de l'os et se développe de la surface vers la profondeur. Elle se manifeste souvent après les cellulites périmaxillaires traînantes, les lésions muqueuses aiguës (stomatites ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques).

Sur le **plan clinique**, il faut y penser devant la symptomatologie habituelle de l'ostéite et surtout des douleurs très violentes.

Après la phase aiguë et la suppression de la cause, les signes chroniques persistent : épaissement d'une table osseuse, œdème des parties molles, présence d'une ou de plusieurs fistules muqueuses ou cutanées bourgeonnantes, absence de signe de Vincent.

Les **signes radiologiques** se manifestent par une zone claire de décalcification avec parfois des plages plus denses évoquant des séquestres.

1.7.1.2 OSTEITES DIFFUSEES

Le processus infectieux est plus généralisé. Alors que dans les ostéites circonscrites, les signes généraux sont peu marqués, dans les ostéites diffusées, l'atteinte de l'état général est sévère.

Elles sont de nos jours assez rares.

Sur le **plan clinique**, on distingue habituellement quatre phases dans le processus infectieux :

- **Phase de début**, où les signes dentaires dominent la scène clinique : signes de desmodontite aiguë avec douleurs très vives, continues, entraînant l'insomnie. cette intensité de la douleur est un signe qui doit faire évoquer le diagnostic.

L'examen endobuccal va montrer le comblement du vestibule par une tuméfaction dure, douloureuse, collée à l'os, et la mobilité de plusieurs dents.

Lorsqu'il s'agit d'une ostéite diffusée mandibulaire consécutive, en début d'affection, à une desmodontite de la dent de six ans chez

l'adulte (selon l'exemple habituel), deux signes sont importants : **le trismus serré, l'absence du signe de Vincent.**

L'altération de l'état général est marquée par une forte fièvre, un teint pâle et terreux, une asthénie, et des signes biologiques.

L'examen radiologique à cette phase ne révèle rien de particulier, mais seulement la ou les lésions apicales habituelles de la dent causale.

- **Phase d'état ou suppurative**, où l'infection est importante et la douleur encore plus aiguë.

Les signes fonctionnels sont les mêmes.

L'examen exobuccal montre un œdème avec infiltration du visage, une peau légèrement rouge. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen endobuccal révèle une tuméfaction dure, douloureuse, siégeant au niveau des deux tables osseuses, une mobilité des dents, touchant surtout la dent causale.

Lorsqu'il s'agit d'une dent de six ans, le trismus est serré, le signe de Vincent est positif.

La collection devient fluctuante et le pus va sourdre au niveau du collet des dents par des fistules muqueuses ou cutanées. Il est épais, abondant, jaune, crémeux, fétide, .

Les signes généraux sont très marqués.

L'examen **radiologique** va révéler l'existence d'une zone de décalcification à contours irréguliers dans laquelle apparaissent plusieurs séquestres.

- **Phase de séquestration**, qui dure longtemps : les douleurs ont disparu mais le patient reste longtemps fatigué, subfébrile avec un maxillaire tuméfié, une vitesse de sédimentation augmentée.

Lorsqu'il s'agit d'une dent de six ans, le trismus et le signe de Vincent persistent. Parfois, les séquestres s'éliminent lors de poussées suppuratives.

- **Phase de réparation**, pendant laquelle la guérison se fait par assèchement des fistules, consolidation des dents hors de la zone de séquestration, par réparation et comblement progressifs de la perte de substance.

Il y a des séquelles : perte d'une ou de plusieurs dents, déformation de l'os, cicatrice vicieuse.

- **Complications** : Elles sont tout aussi rares.

Les ostéites peuvent évoluer selon le schéma décrit, mais il peut y avoir des complications qui sont :

- **immédiates** : propagation de l'infection à une région anatomique voisine (Articulation Temporomandibulaire, parotide, sinus, phlegmons périmaxillaires), propagation focale (thrombophlébite, méningite, troubles réflexes divers) ; propagation générale : septicémie.
- **tardives** : fractures pathologiques, déformations osseuses parfois irréversibles, atrophies secondaires lorsque l'infection touche l'enfant.

1.7.2 OSTEITES DE CAUSES GENERALES

Il faut y penser lorsqu'une cause locale habituelle n'est pas retrouvée ; cette cause est décelable tant par la recherche des signes cliniques que par la radiographie qui l'objectivera de façon certaine.

1.7.2.1 Ostéomyélite aiguë des maxillaires

Elle est consécutive habituellement à une infection par le staphylocoque doré, et parfois par le streptocoque.

La porte d'entrée est variable, parfois inconnue : furoncles, plaies infectées, angines.

Dans les causes favorisantes, on reconnaît principalement l'âge et le terrain.

Chez l'adolescent, le siège le plus fréquent est la mandibule, tandis que chez le nourrisson et le jeune enfant, c'est le maxillaire.

Dans les facteurs locaux, on reconnaît les zones de croissance et surtout les germes dentaires.

Type de description : Ostéomyélite aiguë du maxillaire

C'est la fausse sinusite du nourrisson, mais qui peut toucher également le jeune enfant jusqu'à l'âge de 10-11 ans : c'est une **folliculite expulsive**.

La porte d'entrée est buccale ou nasale et ici le streptocoque est retrouvé plus fréquemment que le staphylocoque.

Devant un **tableau clinique** chez le nourrisson qui, quelques jours après la naissance, présente des signes généraux d'infection, s'agite, vomit, de même chez un jeune enfant présentant une altération

importante de l'état général, suivie de la formation de collections palatines, vestibulaires, nasales, orbitaires, aboutissant à une tuméfaction du maxillaire de caractère nettement inflammatoire, avec des fistules endo et exobuccales entraînant l'expulsion des follicules dentaires, il faut penser à une ostéomyélite hématogène du maxillaire.

Le tableau clinique de cette infection osseuse est un tableau de très grande virulence microbienne.

1.7.2.2 Ostéites tuberculeuses

Elles sont également très rares et c'est le bacille de Koch qui en est l'agent responsable.

Les examens de laboratoire (prélèvement de pus pour recherche directe de BK), et l'anatomo-pathologie (biopsie) vont identifier la tuberculose des maxillaires.

1.7.2.3 Ostéites syphilitiques

Exceptionnelles de nos jours, ce sont les lésions tertiaires de la syphilis, plus fréquentes au maxillaire qu'à la mandibule.

Les tests sérologiques (TPHA, VDRL) et l'anatomo-pathologie confirment le diagnostic.

1.7.2.4 Noma buccal

Il débute par une stomatite ulcéro-nécrotique aboutissant à une gangrène de la joue, s'étendant au rempart alvéolaire, atteignant l'os avec une très importante séquestration et provoquant la chute des dents.

Devant de telles affections, un bilan général est absolument nécessaire en même temps qu'une enquête clinique minutieuse.

Epreuves de laboratoires, biopsies, examens divers à la recherche d'un trouble sanguin surtout doivent appuyer toute éventualité d'une étiologie générale quelconque.

Mais, le rôle du système dentaire doit toujours être pris en considération, les dents étant des causes locales aggravantes.

1.7.3 OSTEITES D'ORIGINE EXOGENE

Une affection très importante est l'ostéoradionécrose. Elle atteint surtout la mandibule.

1.7.3.1 Ostéoradionécrose

Une alvéolite qui traîne au delà d'une quinzaine de jours chez un malade qui a été irradié doit immédiatement faire penser à une ostéoradionécrose débutante.

1.7.3.2 Ostéites des nécroses arsenicales

Elles sont beaucoup plus rares du fait du peu d'utilisation de pansements caustiques, dévitalisants.

Elles se présentent comme des ostéites alvéolaires par action caustique et sont consécutives à la pose malheureuse du pansement arsenical.

1.8. ETUDE THERAPEUTIQUE

Le traitement est médical et au besoin médico-chirurgical.

1.8.1 TRAITEMENT CURATIF

1.8.1.1 BUTS

Les thérapeutiques actuelles permettent :

- de prévenir l'affection, dans une large mesure ;
- de la guérir, dans la plupart des cas ;
- de traiter efficacement les séquelles :
 - Anatomique : osseuse.
 - Fonctionnelle : dentaire.
 - Esthétique : cutanée

1.8.1.2 MOYENS

1.8.1.2.1 Moyens médicaux :

➤ *Antibiothérapie :*

Le choix de l'antibiotique est soumis aux contraintes habituelles d'activité bactériologique présumée et d'obtention de concentration efficace dans le foyer d'infection.

Les bêta-lactamines sont les plus utilisées, mais également la pristinamycine, les fluoroquinolones, la rifampicine, l'acide fusidique, l'acide clavulanique.

Une fois les prélèvements effectués, l'antibiothérapie est guidée par les notions de terrains, d'âge . Des traitements de deuxième intention sont à envisager selon les résultats

d'antibiogramme ou en cas d'inefficacité clinique ou d'intolérance . La collaboration avec les infectiologues est très souhaitable pour tous les cas atypiques.

Selon les produits utilisés, l'apport de ces antibiotiques peut se faire au début du traitement par voie parentérale, avec un relais par voie orale par la suite.

Des formes de dispensation locale d'antibiotiques ont été imaginées, représentées par des tablettes permettant la diffusion au long cours d'antibiotiques in situ. Ceci permet de fortes concentrations locales avec une faible toxicité générale. Certains chirurgiens déversent simplement l'antibiotique injectable dans la zone infectée après le curetage, en per opératoire.

➤ **Anti-inflammatoires**

Ils peuvent être donnés à la phase aiguë afin de diminuer les signes inflammatoires (trismus, œdème, gênes à l'alimentation et à l'élocution, douleurs).

➤ **Antalgiques**

Ils doivent être utilisés afin de soulager les patients des douleurs presque constantes lors des ostéites, surtout à la phase de début. On respecte les différents paliers d'indication classique pour leur emploi, allant de l'acide acétyle salicylique ou du paracétamol jusqu'aux morphines vraies.

➤ **Héparine et thrombolytiques**

Le rôle de l'hypovascularisation et de l'ischémie locale dans la genèse et surtout dans l'extension des ostéites est bien

connu. Ceci a conduit à proposer l'usage d'héparine et de streptokinase pour le traitement des ostéomyélites .

➤ **Diphosphonate**

L'emploi de cet antiostéoclastique est exceptionnel. Il semble intéressant dans les formes marquées par une ostéolyse et une ostéoformation intense et chronique.

➤ **Hygiène buccodentaire**

Obtenue par un brossage quotidien et fréquent de la cavité buccale après chaque repas en particulier les sucreries, au moyen d'une brosse végétale ou d'une brosse en biseau souple recouverte d'une pâte dentifrice riche en fluor.

1.8.1.2.2 Moyens chirurgicaux :

Les moyens chirurgicaux visent au niveau de l'infection à tarir la source de l'infection, à vider la zone d'infection et à drainer celle-ci pour éviter son renouvellement. La chirurgie vise aussi à reconstruire les destructions entraînées par l'ostéite et à éviter ou corriger les séquelles.

➤ **Tarir l'infection : traitement étiologique.**

Il s'agit d'extraire une dent causale, de mettre à plat un foyer de desmodontite, de réaliser un curetage apical ou de pratiquer une ablation de matériel sur un foyer d'ostéosynthèse suppuré.

La notion de dépose de matériel qui était quasi obligatoire il y a une dizaine d'années devient actuellement plus nuancée.

En l'absence de mobilité de foyer osseux, certains font un traitement d'essai antibiotique allant jusqu'à trois à quatre semaines avant de se résoudre à la dépose du matériel situé au niveau de l'infection.

➤ **Vider et drainer l'infection**

Il s'agit du curetage de toute la zone osseuse pathologique ; ce qui permet, outre le traitement, des prélèvements bactériologiques ou anatomopathologiques. Ce curetage se fait à la curette, à la pince gouge. L'os a un aspect « sucre mouillé ». On s'arrête au contact de l'os sain. On se méfie de laisser d'éventuelles fusées sous-corticales et il faut se guider sur les résultats d'imagerie afin de faire un geste suffisant et définitif. Au besoin, le nerf dentaire est disséqué et respecté. Tous les séquestres sont enlevés.

Un drainage de la zone opérée est très souhaitable. L'idéal est de pouvoir assurer une fermeture muqueuse de qualité et de drainer en position déclive par voie cutanée. Ce drainage se fait soit par un drain de Redon, soit si le foyer infectieux est important, par une lame de Delbet qui permet dans les jours suivants des irrigations locales de la zone opérée.

➤ **Décortication et résection interruptrice :**

- **Décortication :**

Elle consiste à enlever une zone corticale, sous-corticale et périostée correspondant à une ostéite hypertrophique. Son but est d'enlever les foyers chroniques d'ostéites et d'assurer une meilleure vascularisation de la zone opérée par le contact direct des parties molles et de l'os restant mis à nu. Elle est surtout indiquée dans les ostéites sclérosantes diffuses. L'intervention est pratiquée par voie buccale ou par voie cutanée sous-mandibulaire. Ici, une dissection du nerf alvéolaire inférieur est réalisé si nécessaire.

- **Résections interruptrices :**

De rares cas d'ostéites sévères récidivantes et en général multiopérées précédemment de façon conservatrice, doivent être réglées par une résection large, hémimandibulectomie emportant la branche montante, le condyle, le coroné et l'angle nécessitant une reconstruction de toute cette région ou résection interruptrice au niveau de la branche horizontale ou de la symphyse nécessitant aussi une reconstruction immédiate ou différée au niveau de la résection.

➤ **Immobilisation**

En cas de geste entraînant une interruption de la continuité mandibulaire ou une fragilisation de l'os mandibulaire, il convient d'immobiliser celui-ci. Ceci peut se faire tout simplement par l'emploi d'un blocage intermaxillaire qui est gardé en général entre 30 et 90 jours. En cas d'édentation, un fixateur externe peut être utilisé dans le même but.

➤ **Procédés de reconstruction**

Ce sont les procédés classiques de la chirurgie maxillofaciale concernant la chirurgie osseuse : reconstruction par greffon libre si tant est que celui-ci trouve localement un « bon lit » et une « bonne couverture ». Dans le cas contraire, la reconstruction peut se faire par des lambeaux osseux pédiculés microanastomosés ou non (lambeau apportant de l'os de calvaria, lambeau apportant un segment claviculaire, lambeau apportant un fragment costal ou lambeau libre de péroné ou de crête iliaque).

Dans le cas des séquelles d'arthrite temporomandibulaire, la correction de l'atrophie hémimandibulaire peut se faire soit par des

ostéotomies de la branche montante en **L** renversé avec apposition de greffon, soit par distraction osseuse.

Pour ce qui est des séquelles dentaires, celles-ci sont compensées par des prothèses mobiles, bridges ou éventuellement des prothèses sur implants (quoique le fait de mettre des implants sur des zones anciennement ostéitiques ou proches d'une telle zone soit peu recommandable).

Les séquelles cutanées (orifices fistuleux, cicatrices vicieuses) sont l'objet de reprises chirurgicales à distance de l'épisode infectieux.

1.8.1.3 INDICATIONS

➤ Petites ostéites

Il s'agit des alvéolites postextraction. Elles répondent bien à un traitement associant antibiotiques, antalgiques et anti-inflammatoires d'une durée de 8 jours.

Les soins locaux sont représentés par une éventuelle esquillectomie de petits fragments d'os alvéolaire, et la pose de mèche à l'eugénol, celle-ci étant changée tous les deux jours pendant 8 jours.

➤ Ostéites moyennes

Elles correspondent en général à des ostéites postchirurgicales ou à des ostéites postextraction avec des signes locaux et généraux plus marqués qu'une alvéolite banale. On a tout intérêt dans ces situations à connaître le germe et en avoir un antibiogramme ; il faut aborder le foyer, le cureter et éventuellement le drainer.

Le traitement antibiotique est donné pour une durée de 3 à 4 semaines. L'évolution est en général favorable .

➤ **Ostéites chroniques**

Elles correspondent à l'évolution au-delà de 3 mois d'une ostéite. ; Cette chronicité peut se faire sur un mode local ou diffusant. Le traitement comprend le traitement d'une ostéite moyenne à son début qui va devoir être complété au fur et à mesure de l'évolution.

On trouve ici les indications chirurgicales de séquestrectomie, de décortication, de résections interromptrices. Chacun de ces temps opératoires permet d'envoyer des prélèvements, tant en bactériologie qu'en anatomopathologie, ce qui amène parfois à des révisions diagnostiques.

Le choix et la durée de l'antibiothérapie peuvent être discutés avec le médecin infectiologue. Il s'agit le plus souvent de polyantibiothérapie avec des durées de 2 à 6 mois.

➤ **Séquelles**

Les différentes séquelles des parties molles et des os sont corrigées à distance de l'infection par des procédés classiques de réparation.

1.8.2 TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Actuellement, on prescrit souvent des antibiotiques dès l'apparition du moindre phénomène infectieux. On les administre même pour couvrir une intervention dont l'importance est relative.

C'est une forme de prophylaxie, certes efficace, puisque le nombre des ostéites a considérablement diminué.

Mais, la médaille a un revers, car de ce fait, la résistance microbienne aux antibiotiques devient de plus en plus fréquente et élargie.

Par conséquent, ce traitement prophylactique antibiotique ne doit pas être systématique.

1.8.3 PREVENTION

Elle passe par une hygiène bucco-dentaire quotidienne et soutenue :

- le brossage fréquent des dents
- l'écouvillonnage buccal journalier au tampon imbibé de bicarbonate de soude surtout chez l'enfant
- la réduction de la consommation des sucreries est nécessaire mais surtout le brossage des dents après leur consommation est indispensable.
- Et enfin, le recours précoce au chirurgien dentiste dès la survenue de la carie dentaire et de l'ostéite.

Chapitre deux :

**CADRE, MATERIEL
ET METHODE
D'ETUDE**

II. CADRE, MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

2.1 CADRE D'ETUDE

Notre travail a été réalisé dans la **clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF)** du centre national hospitalier et universitaire de Cotonou (**CNHU**) .

2.1.1. LE CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU (CNHU)

Créé en 1962 sous le nom de « hôpital 350 lits » il reste l'hôpital de référence du Bénin. Il porte son nom actuel de Centre National Hospitalier et Universitaire depuis 1976.

Le CNHU est un centre de soins, d'enseignement, de recherche et de formation pratique pour les agents de santé de toutes catégories.

Il est organisé en cinq départements :

➤ **Le département de chirurgie et de spécialités chirurgicales**

Il comprend :

- La clinique de chirurgie pédiatrique
- La clinique de chirurgie Traumatologique Orthopédique et de Chirurgie Réparatrice
- La clinique de chirurgie Urologique
- La clinique de chirurgie Viscérale
- La clinique d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale (CCF)
- La clinique d'Ophtalmologie

- Le service d'Odonto-stomatologie
- Le service polyvalent d'Anesthésie - réanimation (SPAR)
- Le service médical d'accueil des urgences (SMAU)

➤ **Le département de Médecine et spécialités médicales** composé de :

- La clinique de médecine interne
- La clinique de Néphrologie-Hémodialyse
- La clinique de Gastro-Entérologie
- La clinique d'Endocrinologie et maladies métaboliques
- La clinique de rhumatologie
- La clinique de psychiatrie
- La clinique de dermatologie et de Maladies sexuellement transmissibles.
- Le service d'hématologie – immunologie et des maladies du sang.
- L'Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (USER)

➤ **Le département de santé maternelle et infantile** qui comprend :

- La clinique de pédiatrie et de génétique médicale
- La clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique.

➤ **Le département des services médico-techniques** qui comprend :

- Le laboratoire d'hématologie

- Le laboratoire de parasitologie – virologie – mycologie et de bactériologie
 - Le laboratoire de biochimie
 - La banque de sang
 - Le service de radiologie
- **Le département administratif** composé des différents services administratifs.

Le CNHU comprend, outre ces départements :

- Une pharmacie
- Un service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et un centre d'appareillage orthopédique, rattachés à la clinique de chirurgie traumatologique, orthopédique et réparatrice.
- Un service de maintenance.

2.1.2 LA CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE.

C'est un service spécialisé, dirigé depuis 1978 par notre maître, le professeur **MEDJI Paul Ayité Léon**.

Ce service accueille des malades provenant des différents départements du Bénin et de l'étranger.

Ce service est situé dans la partie Sud-Ouest du CNHU.

Il comprend les secteurs suivants :

- Une salle de consultation
- Un bloc opératoire commun aux cliniques d'ophtalmologie et d'ORL mis en service depuis le 19 avril 2000, accolé au pavillon d'hospitalisation.
- Un pavillon d'hospitalisation de 40 lits dont 23 pour l'ORL-CCF et 17 pour l'ophtalmologie.

Ce pavillon abrite également :

- le bureau de notre maître le Professeur MEDJI P. A. L.
- le secrétariat commun aux deux cliniques
- une salle d'audiométrie
- deux salles pour les surveillants d'ORL-CCF et d'ophtalmologie.
- une salle de soins d'ORL et une salle d'ophtalmologie.

2.1.2.1 Ressources humaines

- Deux professeurs titulaires d'ORL et de CCF à la faculté des sciences de la santé de Cotonou (FSS) :
 - Le Docteur **Léon P.A. MEDJI** chef de service et
 - Le Docteur **Y. Y. Célestin HOUNKPE**, Chef de service adjoint
- Un professeur agrégé d'ORL et de CCF à la FSS :
 - Le Docteur **J. Sogbadji VODOUHE**
- Un professeur assistant d'ORL et de CCF à la FSS
 - Le Docteur **Bernadette YEHOUESSI-VIGNINKIN**
- Un professeur assistant en chirurgie maxillo-faciale
 - Le Docteur **Imrane BIO-TCHANE**

- Sept infirmiers diplômés d'Etat dont un contrôleur d'actions sanitaires
- Deux infirmiers de santé
- Cinq aides-soignants
- Trois agents d'administration

2.1.2.2 Activités du service

Trois ordres d'activités sont dévolus à la clinique d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CNHU de Cotonou. Ce sont :

2.1.2.2.1.les activités de consultation et de soins

Le système de recrutement des patients est celui du « tout venant ».

Le service reçoit en consultation des patients provenant des différentes régions du Bénin, en l'occurrence du Sud et des pays limitrophes, présentant des affections relevant de la spécialité, quel que soit leur âge.

Les malades hospitalisés du service sont recrutés parmi ces différents patients.

2.1.2.2.2 Les activités d'enseignement :

Etant une structure universitaire, le service s'occupe de la formation pratique des étudiants en médecine, des médecins en formation de spécialité (pédiatrie, chirurgie, ORL) et des élèves infirmiers en stage hospitalier.

2.1.2.2.3 Les activités de recherche

Chaque année, plusieurs publications, communications et thèses de Doctorat d'ETAT en médecine font l'objet de recherche qui prend une part importante parmi les activités du service.

2.2 MATERIEL D'ETUDE

Sur une période de 17 ans, nous avons rassemblé 31 cas d'ostéites des maxillaires.

Nous avons dénombré 21 hommes et 10 femmes âgés de 3 ans à 75 ans.

2.3 METHODE D'ETUDE

2.3.1 NATURE ET DUREE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 17 ans et 3 mois, du 1^{er} janvier 1983 au 31 mars 2001.

2.3.2 COLLECTE DES DONNEES

2.3.2.1 Sources de données

Ce sont :

- Les registres des malades ayant consulté en ORL pendant ladite période et entrant dans le cadre d'étude.
- Les dossiers des malades hospitalisés qui sont disponibles dans le service d'ORL ou rangés aux archives du Centre National Hospitalier et Universitaire pour la même période.

2.3.2.2 Outils de collecte et procédure

Les données ont été collectées et consignées sur une fiche de dépouillement élaborée à cet effet et dont un modèle est annexé à la page 145.

L'examen des différents registres ci-dessus mentionnés nous a permis de recenser des dossiers que nous avons recherchés par la suite au service des archives du CNHU. Nous avons ainsi les dossiers exploitables pour notre étude.

2.3.3 ECHANTILLONNAGE

2.3.3.1 Taille de l'échantillon – Population étudiée

Au terme du dépouillement des dossiers, nous avons retenu 31 cas qui entrent dans notre étude.

2.3.3.2 Critères d'inclusion

Les malades retenus pour cette étude sont les sujets ayant consulté dans le service, cadre de notre étude au cours de la période allant du 1^{er} janvier 1983 au 31 mars 2001. Il s'agit d'ostéites maxillaires diagnostiquées sur la base non seulement d'arguments cliniques mais parfois paracliniques, diagnostiquées et traitées dans notre service du 1^{er} janvier 1983 au 31 mars 2001.

2.3.3.3 Critères d'exclusion

Sont exclus de notre étude :

- Les dossiers dans lesquels manque le traitement
- Les dossiers dans lesquels les renseignements sur le plan épidémiologique et clinique manquent ou sont insuffisants.

2.3.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Nous avons bénéficié de l'assistance d'un informaticien et d'un statisticien.

Les données recueillies ont subi un traitement informatique sur micro-ordinateur.

2.3.5 CONTRAINTES ET DIFFICULTES

La nature rétrospective de notre étude porte en elle-même quelques difficultés :

- Les numéros de dossiers recensés dans les différents registres ne sont pas toujours retrouvés aux archives ;
- Certains dossiers se sont révélés inexploitable par le fait qu'il y manque le traitement ou que les renseignements épidémiologiques et cliniques sont insuffisants.

Chapitre trois :

**RESULTATS ET
ETUDE
ANALYTIQUE**

III.RESULTATS ET ETUDE ANALYTIQUE

III.1-RESUMES D'OBSERVATIONS

III.2-ETUDE ANALYTIQUE

III.1-RESUMES D'OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : K. Prénom : ANA Age : 60 ans Sexe : F Ethnie : Plah de Grand-popo Profession : Ménagère	Vue le 10/12/83 pour tuméfaction de la région parotidienne droite évoluant depuis 8 jours. Antécédents : Abscessus autour des dents de sagesse inférieures droites. Examen : Etat général conservé. Localement : - Tuméfaction volumineuse faisant environ 7cmx5cm prenant toute la parotide droite avec extension au canthus externe droit. - Paralysie faciale droite Otoscopie : Tympan oedématisé à droite avec pertuis central. Cavité buccale : - Léger trismus - Secrétions purulentes au niveau des dernières molaires inférieures droites. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire droite	Défilés maxillaires droit et gauche : Lacune de la branche horizontale de l'hémimandibule droite. T.E : Positif NFS : Anémie (Hb= 7,5g/dl Hte = 24%) Hyperleucocytose à polynucléose neutrophile [NB=12.10⁹/mm³ ; PN= 89%] Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	T. médical : - Amoxicilline - Hexacycline - Bacicoline - Mogadon - Pansement alcoolisé - Glifanin - Alphachymotrypsine - Nifluril - Fer UCB (2btes) T.chirurgical : - Hémimandibulectomie droite. - Extraction des dents 42 et 43 qui sont infectées.	07/05/83 Les suites opératoires sont marquées par une suppuration de la plaie opératoire. 20/01/84 Persistance d'une discrète tuméfaction très sensible de l'hémimandibule droite. Patient non revu au rendez-vous suivant.

OBSERVATION N°2

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : B. Prénom : DOR Age : 27 ans Sexe : F Ethnie : Nago d'Iwiga à Adja Profession : Revendeuse.	Vue le 23/02/83 pour tuméfaction de la mandibule évoluant depuis 3 mois aux décours d'une infection dentaire. Antécédant : Grossesse évolutive . Examen : Bon état général. Localement : Menton en galoche avec tuméfaction sous-mentale à peau de couverture ulcérée, étendue à la branche horizontale de l'hémimandibule gauche. Cavité buccale : Comblement du sillon gingivo-labial inférieur avec éruption de pus à la pression de la masse mandibulaire. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite diffuse de l'hémimandibule gauche chez une gestante.	Défilés maxillaires droit et gauche : Lésions d'ostéite avec séquestres au niveau de la symphyse mentonnière et de l'angle mandibulaire gauche.	T. médical : - Eludril solution - Nifluril - Glifanan - Amoxicilline - Ukapen T. chirurgical Intervention chirurgicale programmée après l'accouchement	05-03-83 -Amélioration clinique -Exéat Patiente non revue après l'accouchement.

OBSERVATION N°3

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : AUG Age : 14 ans Sexe : M Ethnie : Mina Profession : Non précisée	Vu le 09/09/83 pour tuméfaction angulo-maxillaire gauche évoluant depuis 1 mois après une extraction dentaire. Examen : Bon état général. Localement : Tuméfaction angulo-maxillaire gauche de 5 cm environ de diamètre, de consistance ferme et rénitente par endroits. Peau de couverture inflammatoire avec petite fistule au niveau de la tuméfaction, laissant sourdre du pus jaune non fétide. Cavité buccale : - Denture complète - Pus épais jaune à la racine de la 1^{ère} molaire inférieure gauche. - Léger trismus. Oropharynx : Volumineuse amygdale palatine gauche avec rougeur diffuse de l'oropharynx. Rhinoscopie ant : Gros cornet inférieur gauche. RAS par ailleurs. Dc. évoqué : Ostéite hemimandibulaire gauche.	Défilés maxillaires droit et gauche : Lacune osseuse sans séquestre correspondant à la 2^{ème} prémolaire, 1^{ère} et 2^{ème} molaires inférieures gauches. Test d'Emmel : Négatif NFS : Normale VS : 1^{ère} heure : 109 mm 2^{ème} heure : 129 mm Sérologie syphilitique : Négative Bilan Préopératoire : Normal	-Hospitalisation le 09/09/83 T. médical : - Nifluril gel - Antibiotique - Antalgique - SAT T. chirurgical : 27/09/83 Résection d'une cavité remplie de fongosités et occupant tout l'angle et toute la branche montante de l'hémimandibule gauche.	24/09/83 Cicatrisation quasi complète avec persistance d'un œdème réactionnel. Cependant il existe une petite fluctuation à 2 cm environ de la symphyse mentonnière siégeant sur l'hémimandibule gauche. 07/10/83 - lâchage partiel des fils de suture au niveau de l'angle . 08/10/83 -Exéat - Pansement tous les deux jours - Nifluril - Antibiotique . Patient non revu au RDV suivant.

OBSERVATION N°4

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : AYI Age : 28 ans Sexe : F Ethnie : Mina Profession : Dactylographe	Vue le 31/10/83 pour tuméfaction fistulisée de la branche verticale de l'hémimandibule droite évoluant depuis environ 1 an. Antécédents : Notion d'avulsion dentaire avec ostéite mandibulaire bilatérale compliquée de cellulite cervicale suppurée et incisée. Examen : Bon état général. Localement : - Cicatrice chéloïde rétractile latéro-cervicale droite. - Tuméfaction de la branche verticale de l'hémimandibule droite avec deux fistules prétragienne et sous angulomaxillaire droites. - Les mouvements au niveau des ATM sont limités à droite. Cavité buccale : - Trismus modéré à droite avec caries des 2^{ème} prémolaire et 1^{ère} molaire droites. <i>RAS par ailleurs.</i> Dc évoqué : Ostéite hémimandibulaire droite fistulisée.	Défilés maxillaires droit et gauche : Lacune osseuse au niveau de l'angle mandibulaire droit. Test d'EMMEL : Négatif NFS : Discrète anémie (Hb=10,7g/dl) Normochrome Normocytaire VS : 1^{ère} heure : 60 mm 2^{ème} heure : 90 mm Sérologie syphilitique : Demandée mais non réalisée. Bilan préopératoire : Acceptable	Hospitalisation le 31-10-83 T. médical : - Nifluril - Alphachymotrypsine - Adrénoxyl - Terramycine - Rovamycine - Eludril solution T. chirurgical : (22/11/83) - Excision des bords des deux fistules avec ablation des tissus nécrotiques . - Séquestrectomie et curetage du foyer ostéitique.	02/12/83 -Suites opératoires simples Exéat 20/01/84 -cicatrisation complète - discrète limitation de l'ouverture buccale.

OBSERVATION N°5

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : T. Prénom : ATO Age : 50 ans Sexe : M Ethnie : Fon Profession : Cultivateur	Vu le 15/11/85 pour tuméfaction de l'hémimandibule droite évoluant depuis 1 mois marqué par des douleurs dentaires. Antécédents : - Tabagisme++ - Alcoolisme++ Examen : Etat général satisfaisant. Localement : Tuméfaction hémimandibulaire droite ferme et douloureuse prédominant sur la branche horizontale. Cavité buccale : Mauvaise denture : - Dents déchaussées - Gencives tuméfiées - Pus abondant RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire droite.	Défilés maxillaires droit et gauche : Ostéolyse de la portion supérieure de la branche horizontale droite adjacente aux racines dentaires. NFS : Normale VS : 1^{re} heure : 60 mm 2^{ème} heure : 88 mm Electrophorese de l'hémoglobine : AA Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	15/11/85 T. medical : - Givalex - Rovamycine - Terramycine solu Retard - Nifluril gelule T. chirurgical : - Nettoyage avec régularisation des bords osseux d'un foyer rempli de fongosités. - Ablation de 2 dents.	20/12/86 -Suites opératoires immédiates sans particularités. Exéat 31/01/86 Revu ce jour : - Petit sycosis au milieu de la cicatrice opératoire - Inflammation gingivale au niveau de la canine et de la première prémolaire inférieure droite. - Chibroflabelline - Eludril - Amodex 500 - Surgam 200 Non revu au RDV du 28/03/86

OBSERVATION N°6

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : M Prénom : Pro Age : 50 ans Sexe : M Ethnie : fon Profession : non précisée	Adressé le 14/11/85 de la stomatologie pour une tuméfaction de l'hémimandibule gauche compliquant une douleur de la dernière molaire inférieure gauche, après deux semaines de traitement . Examen : Présence d'une tuméfaction hémimandibulaire gauche chaude fluctuante et douloureuse, à peau de revêtement luisante. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche avec abcès cutané.	Défilés maxillaires droit et gauche : Lyse osseuse diffuse atteignant la totalité de la branche horizontale gauche, ne respectant que la région alvéolaire. Sérologie syphilitique : Négative Electrophorèse de l'hémoglobine : SC VS : 1^{ère} heure : 67 mm 2^{ème} heure : 94 mm NFS : Anémie (Hb = 9,2) Hématocrite = 29% Hyperleucocytose modérée = 9 Bilan préopératoire : Normal	Hospitalisation du 26-11-85 au 17-01-86. T. médical : - Gyvalex - Nifluril gelules - Lincocine inj - Terramycine solu Retard T. chirurgical : - Incision de l'abcès ramène du pus mélangé à du sang. - Curetage d'une plaque de périoste ostéitique - Exploration de la fistule qui aboutit à l'angle de la mandibule - Excision des tissus sous-cutanés inflammatoires au niveau de la fistule.	Evolution simple, la dernière consultation du 03-10-86 confirme la guérison.

OBSERVATION N° 7

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : G. Prénom : CHA Age : 20 ans Sexe : F Ethnie : Yoruba Profession : commerçante	Vue le 7 - 01 - 86 pour une tuméfaction de l'hémimandibule gauche évoluant depuis 1984. Antécédents : Avulsion dentaire Examen : Bon état général. Localement : Une tuméfaction de l'angle hémimandibulaire gauche avec extension à la branche horizontale et petite plaie punctiforme en voie de cicatrisation sur la branche horizontale à 2 cm environ de la symphyse mentonnière. Cavité buccale : Léger trismus à gauche avec sécrétions mucopurulentes. Petite masse tumorale très indurée au niveau de l'angle gauche. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule gauche avec séquestres probables.	Défilés maxillaires droit et gauche : Image d'ostéolyse diffuse au niveau de l'angle et de la branche horizontale gauche. NFS : Anémie (Hb = 8,4) Hématocrite = 26% Normocytaire Hyperleucocytose = $11,6.10^3/\text{mm}^3$ VS : 1^{ère} heure : 14 mm 2^{ème} heure : 29 mm Electrophorese de l'hémoglobine : SS Sérologie syphilitique : Négative GS Rh : B+ Bilan préopératoire : Normal	T. médical : - Eludril solution pour bain de bouche - Clamoxyl 500 - Lincocine inj - Nifluril gélules - α-chymotrypsine - Transfusion d'une poche de sang total. T. chirurgical : (11 - 02 - 86) - Curetage d'une cavité osseuse ostéitique avec ablation d'un sequestre .	22-02-86 Evolution simple 13-06-86 Guérison complète

OBSERVATION N°8

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : D. Prénom : DAG Age : 25 ans Sexe : M Ethnie : Profession : cultivateur	Adressé le 10 – 02 – 87 du centre de santé départemental de DOGBO pour une tuméfaction fistulisée de la joue gauche, évoluant depuis 10 ans. Antécédents : Infections dentaires Examen : Etat général passable Localement : Un gonflement de la joue gauche avec fistulisation derrière la branche montante du maxillaire laissant sourdre du pus. Otoscope : A droite RAS A gauche : écoulement muqueux filant très abondant dans le conduit. Après nettoyage, tympan non vu car conduit sténosé. L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx n'a pu être fait du fait de l'existence d'un trismus très important. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche.	Défilés maxillaires droit et gauche : -Mastoidite chronique -Une lacune de la branche verticale gauche de la mandibule. VS : 1^{ère} heure : 5 mm 2^{ème} heure : 10 mm Electrophorese de l'hémoglobine : AA Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : ECG : Discrète surcharge ventriculaire gauche. Le reste du bilan préopératoire est sans particularité.	T. médical : - Ospamox 500 : 2cp×2/j - Chymocycline 2cp×2/j - Bacicoline 2gtes×3/j dans l'oreille gauche sans coton - Nifluril gélules : 2gél×2/j - Chibrocadron en pulvérisation nasale trois fois par jour T. chirurgical : (19 – 02 – 87) résection modelante de l'hémimandibule gauche puis Curetage d'une cavité remplie de fongosités avec ablation de quelques paillettes osseuses .	Les suites opératoires sont marquées par la persistance du trismus et d'une tuméfaction résiduelle de la joue gauche. 27 – 03 – 87 Ré hospitalisation proposée pour déblocage. Patient non revu au rendez-vous suivant

OBSERVATION N°9

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : H. Prénom : NES Age : 49 ans Sexe : M Ethnie : (non précisée) Profession : gendarme	Hospitalisé le 12/06/87 pour deuxième épisode d'une tuméfaction jugale gauche. Antécédents : Abscessus jugal gauche survenu au décours d'une avulsion dentaire, incisé il y a trois mois. Examen : Bon état général. Examen local et régional : Tuméfaction hémimandibulaire gauche occupant l'angle de la taille d'une mandarine, mais un peu aplatie, de consistance molasse, douloureuse à la palpation. La peau de couverture distendue chaude et porte une plaie linéaire de 2 cm laissant sourdre du pus. Petites adénopathies sous angulo – maxillaires Cavité buccale : Absence de la deuxième molaire inférieure gauche. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche fistulisée.	Défilés maxillaires droit et gauche : Présence d'une lacune au niveau de l'angle mandibulaire gauche. NFS : Inversion de la formule leucocytaire avec une lymphocytose à 68% VS : 1^{ère} heure : 30 mm 2^{ème} heure : 46 mm Electrophorese de l'hémoglobine : AA Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	T. médical : - Alphachymotrypsine -Brufen 400 -Bristopen -Rovamycine 1,5MU T. chirurgical : (25 – 06 – 87) Curetage du foyer ostéitique + antibiotique in situ.	Suites opératoires simples. A la sortie le 10/07/87 il persistait un petit suintement. RDV le 13/07/87 Mais patient non revu par la suite.

OBSERVATION N° 10

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : FRA Age : 64 ans Sexe : F Ethnie : Fon Profession :	Adressé le 12/02/88 de la consultation dentaire pour : - Non cicatrisation de plaies d'avulsions dentaires - Tuméfaction douloureuse de la joue gauche Le tout évoluant depuis 8 mois Antécédents : - Caries dentaires - HTA Examen : Bon état général. Localement : Tuméfaction sensible de la branche horizontale de l'hémimandibule gauche avec extension à la symphyse mentonnière. Cavité buccale : - Absence de plusieurs dents de la branche horizontale de l'hémimandibule gauche qui porte un séquestre . - Mobilité des dents de la symphyse avec la gencive correspondante tuméfiée. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule gauche.	Défilés maxillaires droit et gauche : Aspect très hétérogène du maxillaire inférieur gauche, avec limites floues compatible avec une ostéite. NFS : Nombre de blancs = $3,9 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ VS : 1^{ère} heure : 70 mm 2^{ème} heure : 94 mm Electrophorese de l'hémoglobine : AA Sérologie syphilitique : Négative Bilan pré-opératoire : - ECG : Apparition d'onde U en plage latérale en rapport avec un trouble ionique. - Calcémie = 107 meq/l - RAS par ailleurs	T. médical : - Terramycine solution retard : 250 mg x 2/j x 7 - Autre antibiotique - un antiinflammatoire - Eludril solution pour bain de bouche. - Cerulyse pour lavage de l'oreille droite - Normatense 87 pour traiter l'HTA. (Service de cardiologie CNHU) T. chirurgical : Hémimandibulectomie gauche. Exérèse du tissu infiltré avec de nombreux ganglions.	Patient décédée le même jour par arrêt cardio-respiratoire.

OBSERVATION N° 11

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : B. Prénom : ARM Age : 18 ans Sexe : M Ethnie : Fon Profession :	Adressé le 16/03/88 de la consultation dentaire pour ostéite mandibulaire post fracturaire. Antécédents : Fracture mandibulaire en octobre 1987. Examen : Etat général passable avec muqueuses conjonctivales ictériques. Cavité buccale : Eruption de pus ++ au niveau de l'avant dernière molaire inférieure droite. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite post fracturaire de l'hémimandibule droite.	Défilés maxillaires droit et gauche : Fracture verticale médiane sur la branche horizontale de la mandibule droite + images d'ostéolyse diffuse périphérique. NFS : Anémie modérée (Hb=10,8g/dl) Normochrome, Normocytaire VS : 1^{ère} heure : 32 mm 2^{ème} heure : 50 mm Electrophorese de l'hémoglobine : SS Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	T. médical : - Eludril - Surgam - Gramkod - Rovamycine - Naprosyne 500 - Amicycline - Doliprane T. chirurgical : (07 - 04 - 88) Séquestrectomie et curetage du foyer ostéitique..	28 - 03 - 86 Revue pour le contrôle : Cicatrice peu hypertrophique mais état dentaire mauvais avec dépôt nécrotique en regard de l'avant dernière molaire inférieure droite. C.T : - Consultation stomatologique - Eludril sirop Patient non revu au rendez-vous suivant : probablement guérie sur le plan ORL.

OBSERVATION N° 12

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : F. Prénom : DAN Age : 19 ans Sexe : M Ethnie : FON Occupation : Elève	Adressé le 13-06-89 de la consultation odonto-stomatologique pour une fistulisation spontanée antéro-cervicale sus sternale. Antécédents : - Carie dentaire suivie en odonto-stomatologie depuis 1 mois. Examen : - Facès infecté - Localement : Tuméfaction diffuse chaude et douloureuse de la région sous mentale avec extension à la région antéro-cervicale . Deux fistules sous maxillaires et une fistule antéro-cervicale basse. Cavité buccale : Trismus modéré. RAS par ailleurs. diagnostic évoqué : Infection dentaire compliquée d'ostéite maxillaire et de cellulite cervico-faciale.	Défilés maxillaires droit et gauche : Aspect érodé de l'angle gauche ,des 2 branches horizontales et de la symphyse mandibulaire faisant redouter une greffe bactérienne. NFS : Anémie (Hb = 8,6g/dl Hte = 26%) normochrome macrocytaire (VGM=103) Hyperleucocytose (NB = 8600/mm³) VS : 1^{ère} heure : 130 mm 2^{ème} heure : 135 mm IDR : Négatif Test d'Emmel : Négatif Bilan préopératoire : Normal	T. médical : -Peni G 10 M/j×10 -Gentalline 80mg/j×10 -Flagyl 500 mg×3/j×10 -Puis secondairement standacillin 1g×2/j×6 -Lincocine 600mg×6j -Solumédrol 40mg/j×10 - Alphachymotrypsine 1 amp×2/j×6 - Nifluril gélules (1bte) -Dicynone inj. 1amp×2/j×3 -Sang total 500 cc -Féfol 1comp/j (2btes) -Eludril (1bte) -Oromedine (1bte) -SAT 1500 UI T. chirurgical : <u>-1^{er} temps :</u> Mise à plat de la collection de pus antéro-cervicale. <u>-2^{ème} temps :</u> Curetage des foyers ostéitiques Avec séquestrectomie. Rééducation de l'articulé dentaire.	-Evolution favorable. -La dernière consultation du 24-3-91 confirme la guérison.

OBSERVATION N°13

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : G Prénom : DAN Age : 21 ans Sexe : M Ethnie : Tori Profession : cultivateur	Vu le 03-08-1989 pour une tuméfaction de l'hémimandibule gauche avec fistulisation à la peau, évoluant depuis 4 mois. Antécédents : Multiples caries dentaires traitées sans succès par des infusions pour bains de bouche. Examen : Mauvais état général avec muqueuse palpébrale peu colorée. Localement : Une tuméfaction de l'hémimandibule gauche avec deux points ulcérés et bourgeonnants laissant sourdre du pus jaune épais très fétide. Cavité buccale : -Trismus++ -Carie de toutes les dents de l'hémimandibule gauche. Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule gauche à point de départ dentaire.	Défilés maxillaires droit et gauche : Ostéolyse diffuse de l'hémimandibule gauche. NFS : Anémie modérée (HB= 10 g/dl) normochrome normocytaire avec légère leucocytose VS : 1^{re} heure : 26mm 2^{me} heure : 60mm TE : positif Electrophorèse de l'hémoglobine : (non fait) Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : dans les limites normales	Hospitalisation du 03-08-89 au 08-09-89. T. médical : -ospamox 1000, 1 comp x 2 x18 jours -puis Ampicilline 1g x 2/ j x 10 jours -Lincocine 1amp/jour x 3 jours -Nifluril, 2 gélules deux fois par jour pendant 18 jours -Alphachymotrypsine inj., 1amp/jour x 5 jours -Givalex : 1 bain de bouche x 2/ j -Décontractyl, 1 comp x 3/ j x 14j T. chirurgical : (29-08-89) Résection modelante de l'hémimandibule gauche, emportant une quantité importante de tissus nécrosés.	01-09-89 Va mieux, mécano-thérapie à faire avec la pince à linge. 08-09-89 Plaie opératoire presque entièrement cicatrisée, avec un petit bourgeon au niveau de l'angle. CT -Nifluril gélules -pansement à continuer en ambulatoire -Exéat Non revu au RDV d'Octobre

OBSERVATION N°14

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : F. Prénom : DIE Age : 13 ans Sexe : M Ethnie : Adja azovè Occupation : écolier	Vu le 18-09-1990 pour tuméfaction de l'angle mandibulaire droit qui évoluerait depuis 3 mois. Examen : Etat général satisfaisant. Localement : Volumineuse tuméfaction de l'angle mandibulaire droit sensible à la palpation, fixe, à peau de revêtement tendue, sans modification. Cavité buccale : -Trismus à droite. -Pus dans la commissure intermaxillaire RAS par ailleurs Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule droite.	Défilés maxillaires droit et gauche : Pas de lésions Osseuses perceptibles NFS : Anémie modérée (HB=10 g/dl, Hte = 31%) VS : 1^{ère} heure : 12mm 2^{ème} heure : 21mm Test d'Emmel : négatif Electrophorèse de l'hémoglobine : (non fait) Sérologie syphilitique : (non fait) Bilan préopératoire : Dans les limites normales	Hospitalisation du 30-10-90 au 23-11-91 T. médical : -Givalex (2btes) -Ampicilline 500, 1comp X 3/j X 13j -Lincocine 10 flacons -Nifluril, 1suppo X 2/ j X 14j -Solumédrol 10 flacons -Paracétamol 500 mg, 1comp X 3/ j X 13j -SAT, 1 dose -FER, 1 comp X 2/j X 17j -Foldine, 1comp X 2/j X 17j T. chirurgical : -1^{er} temps : Incision de la tuméfaction, mise à plat. -2^{ème} temps : Curetage de la branche verticale ostéitique vers l'angle.	16-01-91 Suppuration de la plaie opératoire. CT : Ré hospitalisation Curetage du fond de la plaie Soins : -Lincocine inj. 1 amp X 2 / j X 7 -Dicynone inj. 1 amp. X 2 / j X 5 -αchimotrypsine 1 amp X 2/j X 5 -Solumédrol 40 mg/ j X 5 01-03-91 -Cicatrisation de la plaie opératoire -Guérison sans séquelles

OBSERVATION°15

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : Z. Prénom : PAU Age : 18 ans Sexe : M Ethnie : fon Occupation : Elève	Vu le 17-5-1991 pour une tuméfaction hémimandibulaire gauche évoluant depuis un mois et demi. Antécédents : Carie de la deuxième prémolaire inférieure gauche. Examen : Mauvais Etat général Localement : Une grosse tuméfaction intéressant l'hémimandibule gauche de 6cm sur son axe vertical, douloureuse à la palpation chaude, adhérente sur le plan profond, avec une zone de fluctuation au niveau de l'angle mandibulaire. Cavité buccale : - Un Trismus très serré RAS par ailleurs Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule gauche à point de départ dentaire.	Défilés maxillaires droit et gauche : Erosion d'aspect très irrégulier de l'angle et de la branche horizontale hémimandibulaire gauche. NFS : dans les limites normales VS : 1^{re} heure : 62mm 2^{me} heure : 93mm TE : négatif Electrophorèse de l'hémoglobine : (non fait) Sérologie syphilitique : (non fait) Bilan préopératoire : Dans les limites normales	-Hospitalisation le 14-06-91 T. médical : -lincoïne inj (12 flacons) -Solumédrol 40mg (04 flacons) -Eludril Solution pour bain de bouche -Novalgin	19-06-1991 Evasion du patient la veille de l'intervention chirurgicale (ces charlatans lui auraient déconseillé une anesthésie générale.)

OBSERVATION N°16

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : K. Prénom : PA Age : 14 ans Sexe : M Ethnie : fon Occupation : écolier	Vu le 02-10-91 pour tuméfaction de l'angle mandibulaire suite à un mauvais traitement aux coups de bâton. Examen : Bon état général Localement : Gros hématome fluctuant de la joue gauche avec un point sensible au toucher, avec discrète extension vers le prétragus. Cavité buccale : Malposition des dents. RAS par ailleurs Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche post traumatique.	Défilés maxillaires droit et gauche : Lacune de l'angle hémimandibulaire gauche NFS : Hyperleucocitose à 18840 éléments /mm³ Avec 46% de polynucléaires neutrophiles et 54% de lymphocytes VS : (non fait) Test d'Emmel : (non fait) Electrophorèse de l'hémoglobine : Hb AC Sérologie syphilitique : (non fait) Bilan préopératoire : Dans les limites normales.	T. médical : -Ospamox -Propiocrine -Surgam -αchymotrypsine -Efféralgan -Pansement alcoolisé T. chirurgical (23-12-93) : Trépanation et curetage de toute la table externe de l'angle hémimandibulaire gauche. Pas de séquestres vus.	L'évolution est marquée par l'apparition d'une cicatrice chéloïdienne. 27-12-94 Chéloïdectomie xx-xx-xx Revu après les interventions chirurgicales : état clinique satisfaisant.

OBSERVATION N°17

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : H. Prénom : JOS Age : 31 ans Sexe : M Ethnie : Fon-Covè	Vue le 20/05/92 pour fistule cutanée au niveau du sillon nasogénien gauche évoluant depuis 2 ans. Antécédents : Douleur dentaire Examen : Bon état général. Localement : Plaie cutanée au niveau du sillon nasogénien gauche à fond torpide avec discrète réaction périostée. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite maxillaire gauche d'origine sinusienne.	Rx des sinus (Blondeau) : Opacité du sinus maxillaire gauche. Test d'Emmel : Négatif Bilan préopératoire : Sans particularités.	Hospitalisation du 29-03-93 au 30-04-93 T. médical : - Lincocine - Amoxicilline - αchymotrypsine - Surgam 200 - Propofan - Soufrane Solution de Dakin pour bain de bouche - Givalex T. chirurgical : (20 – 04 – 93) sinusectomie gauche par la technique de Caldwell-Luc.	Suites opératoires immédiates simples. 10/05/93 Va mieux . Mucopus dans la fosse nasale gauche. C.T : - Aérosol - Mucomyst - Polaramine 28/06/93 <i>Plaintes :</i> Mauvaise odeur de l'haleine. <i>Examen :</i> Plaie complètement cicatrisée . C.T : - Locabiotol - Bisolvomycine 15/10/93 Etat clinique normal. Plus de RDV.

OBSERVATION N° 18

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : M. Prénom : GIL Age : 6 ans Sexe : M Ethnie : Pedah Guézin Profession : Ecolier	Vu le 16/06/93 pour plaie torpide suintante au niveau de l'angle mandibulaire gauche évoluant depuis 2 mois environ. Examen : Bon état général. Localement : Inflammation++ de la région cervicale gauche avec plaie suintante au niveau de l'angle mandibulaire. Peau de revêtement modifiée et macro-adénopathies cervicales satellites. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite sous angulo-maxillaire gauche.	Défilé maxillaire gauche : Ostéite sous angulo-mandibulaire gauche avec lacunes. Test d'Emmel : Négatif NFS Anémie modérée - Hb = 10,9g/dl - Hte = 35% VS : 1^{ère} heure : 3 mm 2^{ème} heure : 47 mm Bilan préopératoire : Acceptable	T. médical : - Ery 250 - Flagyl - Amoxicilline - Alphachymotrypsine - Surgam 100 - Efférgan sachets enfant T. chirurgical : (12/08/93) Curetage de l'angle mandibulaire gauche ostéitique.	17/09/93 Va mieux localement : petite plaie par grattage au niveau de la cicatrice opératoire. Enfant non revu au RDV du 05-11-93.

OBSERVATION N° 19

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : CLE Age : 60 ans Sexe : M Ethnie : Tofin Profession : Blanchisseur.	Vue le 06 – 01 – 94 pour tuméfaction fistulisée de l'hémimandibule droite . Antécédents : - Ulcère gastro-duodénal - Notion d'éthylotabagisme. Examen : Très mauvais état général et subictère conjonctival. Localement : Après ablation du pansement, on tombe sur une plaie suintante, malodorante, large d'un cm environ siégeant sur la branche horizontale de l'hémimandibule droite. Cavité buccale : Très mauvais état buccodentaire. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hemimandibulaire droite probable.	Défilés maxillaires droit et gauche : Déminéralisation diffuse de la branche horizontale droite. Test d'Emmel : négatif NFS : - Anémie (Hb = 6,2g/dl) - Hyperleucocytose = 11 800 /mm³ avec 89% de PN. VS : 1^{ère} heure : 60 mm ECG : normal Biochimie : - Hyperglycémie modérée = 1,75g/l - Hypocalcémie : 76mg/l - Bilirubine totale : 76ng/l - Bilirubine conjuguée : 56ng/l - Cholestérol HDL = 0,11g/l - Transaminases GO = 115UI/l - Transaminases GP = 94UI/l GS Rh : B+	Hospitalisation T. médical : - Pansement quotidien - Lincocine gel (2btes) - Givalex solution (Bain de bouche) - Nifluril gel - Dafalgan 500mg comp	Transfert en médecine interne pour signes de décompensation d'une pathologie hépatique associée : - Subictère conjonctival - Foie atrophique - Œdème des pieds - Anémie clinique Patient non revu par la suite.

OBSERVATION N°20

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : S Prénom : SER Age : 19 ans Sexe : M Ethnie : Mahi Profession : Cultivateur	Evacué le 18/03/94 de l'hôpital de Dassa pour ostéite hémimandibulaire gauche. Examen : Etat général passable - Présence d'une grosse tuméfaction intéressant l'angle mandibulaire et la branche horizontale gauche et la région parotidienne. - Présence de fistules multiples suintantes au niveau de la tuméfaction. - Trismus très serré et oropharynx difficile à examiner. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche.	Défilés maxillaires droit et gauche : Vaste zone de nécrose bordée d'une ostéocondensation sur la branche horizontale gauche. NFS : - Anémie (Hb = 10,5g/dl) Macrocytaire modéré (VGM = 97) - Hyperleucocytose modérée = 12G/l Electrophorèse de l'hémoglobine : SC Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	Hospitalisation du 06-01-94 au 27-06-94 T. médical : - Ampicilline 1g×2/j (18/03/94 au 15/04/94) - puis Bactrim (15/04/94 au 09/05/94) - Flagyl (18/03/94 au 09/05/94) - Gentamicine 80mg/j (18/03/94 au 09/05/94) - Profénid 1g inj : 1bte T. chirurgical : (09/5/94) Curetage externe de la branche horizontale hémimandibulaire gauche.	Les suites opératoires immédiates sont simples . Le patient n'a pas été revu au rendez-vous d'un mois après.

OBSERVATION N° 21

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : D. Prénom : BER Age : 14 ans Sexe : F Ethnie : Plah popo	Adressée le 06-01-97 par le centre de santé militaire pour sinusite maxillaire fistulisée. Antécédents : Hémoglobinopathe AC Examen : Etat général passable. Localement : -Fistule à production purulente sur la paroi antérieure du sinus maxillaire droit. - Conjonctivite purulente de l'œil droit. Rhinoscopie ant : Gros cornet à droite et présence de mucopus dans toute la fosse nasale. Oropharynx : Rougeur locale des piliers. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite maxillaire droite à point de départ sinusien.	Rx des sinus (Blondeau) : Opacité des sinus maxillaires en faveur d'une sinusite bilatérale. NFS microcytose + hyperéosinophilie. Bilan préopératoire : Acceptable	Hospitalisation du 13-01-97 au 24-01-97 T. médical : - Augmentin - Di Antalvic - Polaramine - Rifamicine collyre T. chirurgical : 1^{er} temps Agrandissement de la fistule avec évacuation du pus. 2^{ème} temps Sinusectomie par voie de Caldwell-Luc droite (17-01-97)	Persistance d'une diplopie en rapport avec une parésie probable d'un muscle oculomoteur droit d'où l'hypothèse d'une fistulisation sous orbitaire associée. 28/02/97 Gros cornet inférieur à droite +muqueuse fortement congestive C.T : - Ospamox - Béconase 50 11/07/97 Douleurs locales au niveau de la zone opératoire. C.T : - PrinciB fort - Efféalgan 500 La patiente n'a plus été vue au RDV suivant.

OBSERVATION N° 22

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : H. Prénom : THE Age : 28 ans Sexe : M Ethnie : Aïzo Profession : Couturier	Vue le 12/06/97 pour fistule hémimandibulaire gauche évoluant depuis 5 ans. Antécédents : Cicatrice chéloïdienne d'une incision d'abcès mandibulaire évoluant depuis 20 ans. Examen : Bon état général. Localement : Cicatrice chéloïdienne du tiers moyen de la branche horizontale de la mandibule gauche en forme de V présentant trois fistules. Pas d'adénopathies palpables. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : -Ostéite hémimandibulaire gauche	Rx mâchoire inf : Lacune de l'angle mandibule gauche : ostéite ? VS : 132mm à la 1^{ère} heure (élevée) NFS : Normale Bilan pré-opératoire : Acceptable	T. médical : - Flagyl - Amoxicilline - Peni G - Novalgine - Alphachymotrypsine - Dicynone T. chirurgical : Curetage de la zone ostéitique + chéloïdectomie	Les suites opératoire immédiates sont simples. Patient non revu au RDV suivant.

OBSERVATION N°23

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : FLO Age : 3 ans Sexe : M Ethnie : Aïzo	Vu le 12/02/98 pour une tuméfaction fistulisée jugale droite évoluant depuis 4 mois. Examen : Tuméfaction modérée douloureuse de la joue droite avec fistulisation en regard du maxillaire droit. <u>Cavité buccale :</u> Comblement du vestibule droit. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite maxillaire droite d'origine sinusienne.	Rx de la face : Comblement opaque du sinus maxillaire droit. NFS : Hb= 10g/dl NB= 9,4G/l VS : 10mm à la 1^{ère} heure Bilan pré-opératoire : Acceptable	Hospitalisation du 24/02 au 19/03/00 : T. médical : - Flagyl - Bactrim - Lincocine - Nifluril - Dafalgan T. chirurgical : Curetage du foyer ostéitique.	8^{ème} jour post opératoire - suites opératoires sans particularités. - Enfant évadé

OBSERVATION N° 24

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A Prénom : Eud Age : 43 ans Sexe : F Ethnie : Fon Profession : Agent de cimenterie	Adressée le 13/03/2000 d'un cabinet privé d'ORL pour osteïte mandibulaire fistulisée évoluant depuis 3 ans (traité depuis 1 mois dans le cabinet . Antécédents : - Alcool + ; cola + ; - tabac + ; - Infection dentaire négligée Examen : Etat général passable. Localement : Pansement sur l'hémimandibule droite. Après ablation du pansement on tombe sur une mèche sortant d'une fistule mandibulaire. Oropharynx et cavité buccale : Etat inflammatoire de l'hémigencive et du plancher buccal droit. Absence de molaires et prémolaires inférieures droites. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéïte hémimandibulaire droite fistulisée .	Défilés maxillaires : Ostéosclérose dense et lacune de la branche horizontale hémi-mandibulaire droite en faveur d'une osteïte. VS : 1^{ère} heure : 75 mm Test d'Emmel : (non fait) Bilan préopératoire Standard : Normal	- Hospitalisation (10/04 au 11/05/00) : T. médical : - Pansement local - Bétadine bain de bouche - Amoxicilline - Gentalline inj. - Surgam 100 T.chirurgical : 25/04/00 Ostéotomie avec Curetage + séquestrectomie du foyer ostéïtique.	04/05/00 Les suites opératoires sont simples. Patiente non revue par la suite.

OBSERVATION N°25

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A Prénom : Den Age : 75 ans Sexe : F Ethnie : Savè	Vue le 03/04/00 pour tuméfaction de la joue droite évoluant depuis 15 jours environ au décours d'une avulsion dentaire droite. Antécédents : HTA systolique sur insuffisance Aortique 2^{ème} degré avec retentissement cardiaque rythmique. Examen : Bon état général. Localement : -Multiple fistules en regard de l'hémimandibule droite tuméfiée. Cavité buccale : -Trismus à droite RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule droite.	Défilé maxillaire droit et gauche : Aspect piqueté du fond maxillaire des racines des prémolaires droites de la mandibule, évoquant une ostéite mandibulaire droite.	T. médical : - Amoxicilline - Flagyl - Surgam - efferalgan codeiné Hospitalisation le 10-04-00 Prévue pour être opérée le 27/04/00 la patiente a présenté en cours d'hospitalisation une poussée HTA avec tachyrythmie d'où son transfert dans le service de cardiologie.	19/04/00 Amélioration clinique avec plaie propre. Pour la suite la patiente n'a plus été revue en ORL.

OBSERVATION N°26

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : Ens Age : 75 ans Sexe : M Ethnie : PLA Profession : Administrateur en retraite	Vu le 20/04/00 pour une lésion ulcéro-nécrotique sous-hémimandibulaire gauche. Antécédents : Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire traités en ville. Examen : Localement : une lésion ulcéro-nécrotique de 5cm de diamètre sous la branche horizontale hémimandibulaire gauche. Cavité buccale : Langue très chargée, mauvaise hygiène bucco-dentaire. Rhinoscopie antérieure : Fosses nasales libres, muqueuses très pâles. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche	Défilé maxillaire droit et gauche : Lacune pérismphysaire de la branche horizontale hémimandibulaire gauche compatible avec un processus infectieux. Panoramique dentaire : Confirme les lésions radiologiques précédentes. NFS : anémie macrocytaire avec hyper éosinophilie. Hb = 9,4 VGM = 102 PE = 6% NB = 7,9 Test d'Emmel : Négatif VS : 1 ^{ère} heure : 60 mm Bilan préopératoire : Dans les limites normales.	Hospitalisation du 14/05/00 au 30/06/00 T.médical : - Oxaline - Puis Amoxicilline - Flagyl - Puis lincocine - Cataflam - Pansement local T. chirurgical : (15-06-00) Curetage du foyer ostéitique gauche (avec perte de 4 dents cariées).	20-06-00 Les suites opératoires sont simples. Revu le 19/01/01 : Etat clinique satisfaisant

OBSERVATION N°27

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : A. Prénom : ETI Age : 35 ans Sexe : M Ethnie : Aïzo	Vu le 16/10/00 pour une tuméfaction Mandibulaire fistulisée évoluant depuis 3 ans. Examen Localement : Tuméfaction fistulisée avec écoulement de pus ; siégeant à la région latérale gauche du menton. Cavité buccale : -Ecoulement de pus d'une fistule muqueuse en regard de la tuméfaction. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire droite	Défilé maxillaire : Grosse lacune osseuse adjacente à des racines dentaires au niveau de la branche horizontale hémimandibulaire gauche. Bilan Pré-opératoire : Dans les limites normales	Hospitalisé du 16/10/00 au 27/10/00 T. médical : - Ibuprofen - Doliprane - Bétadine - Flagyl - Amoxicilline T. chirurgical : Séquestrectomie +Curetage du foyer ostéitique.	Les suites opératoires sont simples. Patient non revu au RDV suivant.

OBSERVATION N°28

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : D. Prénom : MOU Age : 30 ans Sexe : M Ethnie : ? Profession : Gardien	Vu pour une tuméfaction latérale droite de la face évoluant depuis trois mois aux décours de l'avulsion d'une molaire droite à domicile. Examen : Etat général altéré. Localement : -Tuméfaction molle, fluctuante latérale droite de la face prenant la mastoïde et la base du cou. -Présence d'adénopathies sus claviculaires et rétroauriculaires. RAS par ailleurs. Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule droite après une auto avulsion d'une molaire droite.	Défilés maxillaires droit et gauche : Destruction ostéolytique du bord alvéolaire au niveau des molaires inférieures droites. Radiographie de face du crâne : Absence d'anomalies radiovisibles sur cette incidence. NFS : Hyperéosinophilie sans hyperleucocytose. VS : 1^{ère} heure : 53mm 2^{ème} heure : 78mm Electrophorese de l'hémoglobine : AS Sérologie syphilitique : Négative Bilan préopératoire : Normal	Hospitalisation le 16/11/00 : T. médical : - Alphachymotrypsine 1ampx2/j x12j - Rovamycine 1,5MU : 2compx2/j - Vermox comp : 1compx2/jx3j En attendant une intervention chirurgicale	11/12/00 On constate que le patient s'est évadé.

OBSERVATION N°29

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : D. Prénom : LEA Age : 13 ans Sexe : F Ethnie : Touri	Vue le 21/08/00 pour fistulisation cutanée récidivante le long de la branche horizontale de l'hémimandibule gauche évoluant depuis 3 mois. Examen : Bon état général. Localement : -Tuméfaction de la région hémimandibulaire gauche. - Le long de la branche horizontale, présence de nombreuses cicatrices et une fistule actuelle sous angulo-maxillaire gauche laissant sourdre une sérosité. Cavité buccale : Déformation de la moitié gauche de l'arcade dentaire inférieure avec des dents malpositionnées et gencives tuméfiées. La canine inférieure gauche est amputée et il y a un décalage de l'espace interincisive. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche .	Défilés maxillaires droit et gauche : Aspect ostéolytique de l'angle hémimandibulaire gauche. Bilan préopératoire : Dans les limites normales	T. médical : - Ospamox 500 -Flagyl -Cortancyl -Surgam 100 -Paracetamol 500mg T. chirurgical : -Mise à plat de l'abcès des parties molles en regard du foyer ostéitique. -Curetage du foyer ostéitique non effectué car l'enfant a présenté une détresse vitale sous AG en début d'intervention.	27/11/00 Evolution clinique peu favorable. Patient non revu au RDV suivant.

OBSERVATION N°30

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : S. Prénom : WOR Age : 8 ans Sexe : M Ethnie : Bariba	Vu le 20/02/01 hospitalisé par l'hôpital Mercy Ships Pour une tuméfaction fistulisée latéro-mandibulaire gauche évoluant depuis 2 ans Examen : -Présence d'une tuméfaction fistulisée latéromandibulaire gauche. -Trismus RAS par ailleurs Diagnostic évoqué : Ostéite hémimandibulaire gauche	Défiles maxillaires droit et gauche : Lacune osseuse au niveau de la branche horizontale hémimandibulaire gauche.	T. médical : - Amoxicilline 250 - Flagyl 500 - Antalgique IM à la demande T. chirurgical : Séquestrectomie + Curetage et drainage du foyer ostéitique.	Les suites opératoires sont sans particularités.

OBSERVATION N°31

IDENTIFICATION	CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
Nom : O. Prénom : SAN Age : 17 ans Sexe : M Ethnie : Djougou Profession : Elève	Adresée le 23/02/01 par le bateau-hôpital Anastasis pour ostéite mandibulaire évoluant depuis 7 ans. Antécédents : Infection dentaire. Examen : Tuméfaction de la joue droite avec fistule de la région sous-angulo maxillaire faisant sourdre du pus. Tuméfaction de la face interne de la joue en regard de la dent 47. Absence de la dent 46. <i>RAS par ailleurs.</i> Diagnostic évoqué : Ostéite de l'hémimandibule droite.	Défilés maxillaires droit et gauche Déminalisation osseuse bien circonscrite au niveau de l'angle mandibulaire droite. NB = 9400 elts / mm³ de sang Bilan préopératoire : Normal	Médical : - Flagyl 100ml - Amoxicilline 500 Chirurgical : Curetage de la zone ostéitique	Les suites opératoires sont sans particularités. Exéat le 08/03/01.

3.2 ETUDE ANALYTIQUE

3.2.1 Données épidémiologiques

3.2.1.1 FREQUENCE

L'ostéite maxillaire est une pathologie très peu fréquente : Dans notre étude, nous avons observé trente-un (31) cas sur 49028 malades consultés en dix sept ans, soit environ une moyenne de **deux (2) cas par an**.

Tableau I : Répartition des cas d'ostéite maxillaire et des consultations par année

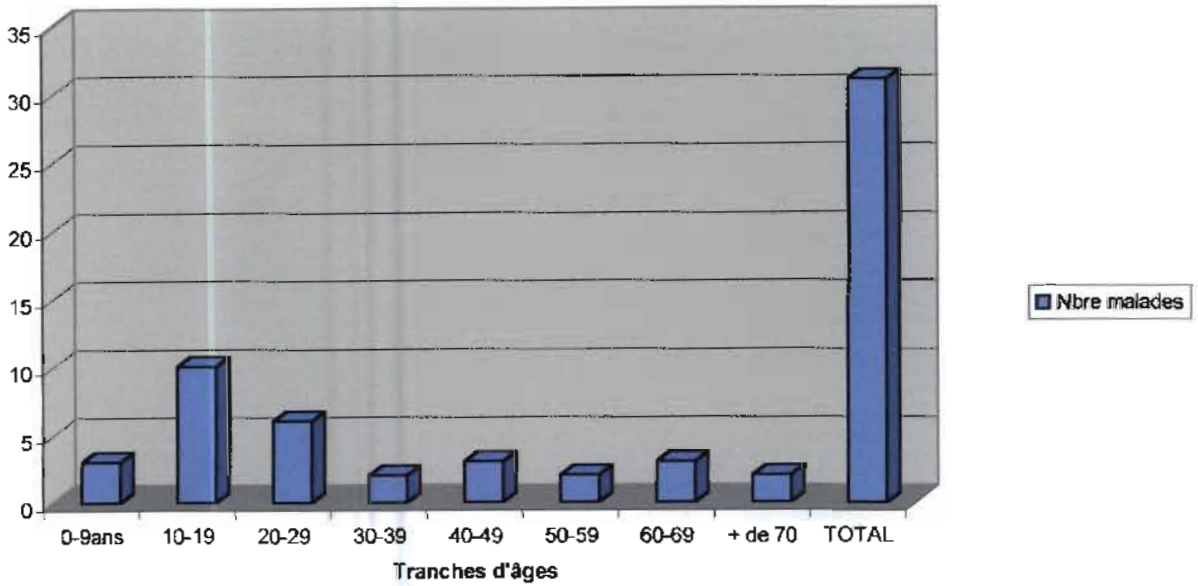
Cas observés Année	Nombre de consultants enregistrés au cours de l'année	Nombre de cas d' ostéite enregistrés au cours de l'année	Pourcentage (%)
1983	4050	04	0,10
1984	3279	00	0,00
1985	3189	02	0,06
1986	3562	01	0,03
1987	2628	02	0,08
1988	2346	02	0,0852
1989	2443	02	0,08
1990	2599	01	0,04
1991	2471	02	0,08
1992	2505	01	0,04
1993	2404	01	0,04
1994	2265	02	0,09
1995	2204	00	0,00
1996	2349	00	0,00
1997	2535	02	0,08
1998	2554	01	0,04
1999	3066	00	0,00
2000	2579	06	0,23
Janvier - Mars 2001		02	

Tableau II : Répartition des cas d' ostéite maxillaire et des hospitalisations par année

Cas observés Année	Nombre d' hospitalisation au cours de l' année	Nombre de cas d'ostéite enregistrée au cours de l' année	Pourcentage [%]
1983	147	04	2,72
1984	147	00	0,00
1985	158	02	1,27
1986	134	01	0,75
1987	148	02	1,35
1988	142	02	1,41
1989	191	02	1,05
1990	227	01	0,44
1991	207	02	0,97
1992	223	01	0,45
1993	264	01	0,38
1994	240	02	0,83
1995	216	00	0,00
1996	220	00	0,00
1997	192	02	1,04
1998	264	01	0,38
1999	213	00	0,00
2000	263	06	2,28
2001		02	

3.2.1.2 L'AGE

Figure1: REPARTITION DES CAS SELON L'AGE



Cette pathologie concerne tous les âges, s'étendant de trois (3) ans pour le plus jeune des patients, à soixante-quinze (75) ans pour le plus âgé .

C' est entre dix (10) et vingt-neuf (29) ans que s'observe le maximum de fréquence de notre série : seize (16) cas soit 51,61% des cas.

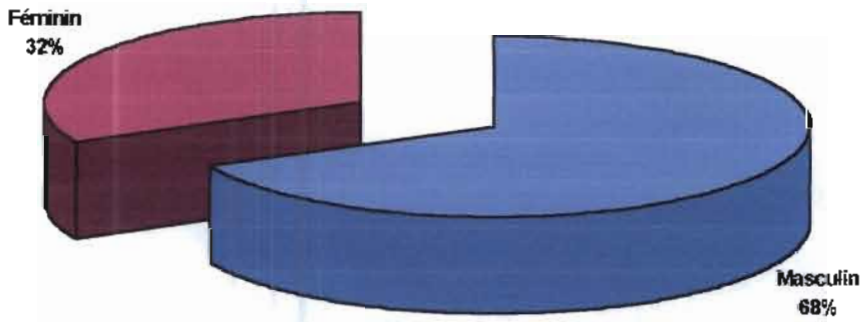
Le tableau III nous donne la répartition selon l'âge, complétée en cela par les figures n°1 et n°3.

L' âge moyen de nos patients est de trente (30) ans.

La fréquence minimale de cas est de deux (2) cas observés entre 30 et 39 ans, 50 et 59 ans, et au-delà de 70 ans.

3.2.1.3 LE SEXE

Figure2: REPARTITION DES CAS SELON LE SEXE



Cette affection, selon notre étude frappe aussi bien les sujets de sexe masculin que ceux de sexe féminin, avec toutefois une prédominance masculine puisque sur 31 patients retenus, 21 sont des hommes et 10 des femmes.

Ce qui nous donne un sex-ratio de 2.

Les figures n°2 et n°3 et le tableau III nous donnent la répartition selon le sexe.

Tableau III : Répartition des malades suivant l'âge et le sexe

Cas observés Tranche d' âge	Sexe		Total	
	Masculin	Féminin	Nombre	Pourcentage
0 à 9 ans	03	00	03	9,68
10 –19 ans	08	02	10	32,26
20 –29 ans	03	03	06	19,35
30 –39 ans	01	01	02	6,45
40 –49 ans	02	01	03	9,68
50 –59 ans	02	00	02	6,45
60 –69 ans	01	02	03	9,68
≥ 70 ans	01	01	02	6,45
Total	21	10	31	100

3.2.1.4 ETIOPATHOGENIE

Tableau IV : Répartition des cas d'ostéite maxillaire selon le mode de contamination

Cas observés Causes		Nombre de cas	Pourcentage
Ostéites de causes locales	Origine dentaire	20	64,52
	Origine traumatique	02	6,45
	Infections muqueuse ou cutanée	04	12,90
Ostéomyélite hématogène		00	0,00
Origine non précisée		06	19,35
Total		32*	100

- Deux causes ont été retrouvées à l'origine de l'ostéite de l'un de nos patients : observation n°12.

3.2.2 DONNEES CLINIQUES

3.2.2.1 LES MOTIFS DE CONSULTATION

Tableau V : Répartition des cas selon les motifs de consultation

MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE DE CAS OBSERVES	NOMBRE	POURCENTAGE %
Douleur isolée		00	0,00
Tuméfaction jugale		05	16,13
Fistulisation buccale		05	16,13
Fistules cutanées		21	67,74

Les motifs de consultation sont variés et sont nettement dominés par les fistulisations cutanées alertant le patient et son entourage et l'amenant à consulter.

Ces fistulisations cutanées représentent 21 cas sur 31, ce qui correspond à 67,74% de notre série.

Viennent ensuite :

- la suppuration alvéolaire avec 5 cas soit 16,13%
- et la tuméfaction jugale avec 5 cas soit 16,13%

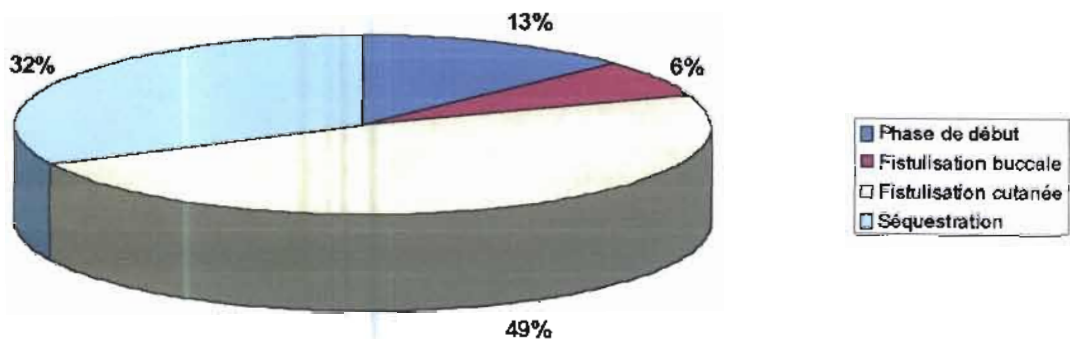
Nous n'avons pas retrouvé de cas de douleur maxillaire isolée comme motif de consultation.

3.2.2.2 SIGNES PHYSIQUES

Tableau VI : Répartition des ostéites selon le stade d'évolution de la maladie à la première consultation

Cas observés Stade évolutif	NOMBRE	POURCENTAGE
Phase de début	04	12,90
Phase de fistulisation buccale	02	6,45
Phase de fistulisation cutanée	15	48,39
Phase de séquestration	10	32,26
TOTAL	31	100

Figure 4: REPARTITION DES CAS SELON LA PHASE EVOLUTIVE



Quatre formes symptomatiques se dégagent de nos observations (tableau VI et figure 4) :

- **La forme débutante** faite d'une tuméfaction maxillaire fluctuante à peau de couverture luisante : quatre(4) cas soit 12,90% de nos patients.

Ces cas se répartissent comme suit :

- 2 cas de tuméfactions isolées
- 1 cas avec paralysie faciale uni-latérale droite associée.
- 1 cas associé à une cellulite périmaxillaire avec des adénopathies satellites sus-claviculaire et rétro-auriculaire.

- **La forme avec fistulisation muqueuse péri-dentaire** : deux (2) cas sur 31 soit 6,45% de nos patients.

- **La forme avec fistulisation cutanée** est la plus observée : quinze (15) cas sur 31 soit 48,39% de nos patients.

C'est ici que se retrouvent toutes les ostéites du maxillaire supérieur d'origine sinusienne de notre série .

La fistule s'abouche alors au niveau du sillon nasogénien (2cas) ou en regard du sinus maxillaire sur la région jugale (1 cas).

- **La forme avec séquestre** : dix (10) patients ont été vus à cette phase de la maladie soit 32,26% de notre série.

La durée d'évolution de l'affection chez ces patients varie entre 4 mois et 3 ans.

C'est en per-opératoire que le séquestre a été découvert le plus souvent: 8 cas sur 10 soit 80% des formes avec séquestre.

En fait le diagnostic clinique n'est pas facile :

- L'un de nos patients présentait un séquestre visible à travers la cavité buccale avec absence de plusieurs dents de l'hémimandibule gauche.

- Un autre portait une tuméfaction inflammatoire non fistulisée.

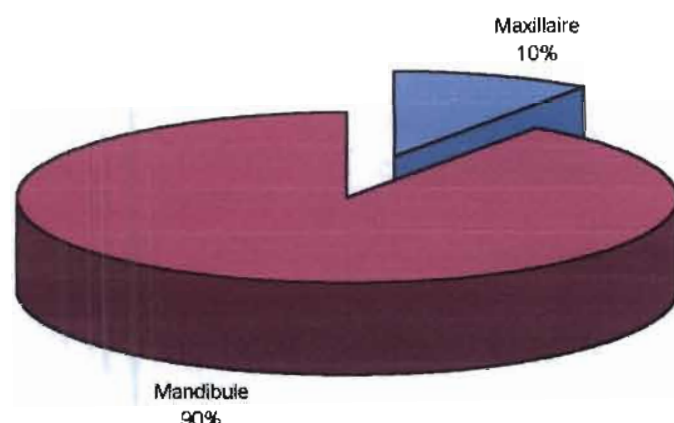
- Le reste des patients portaient une tuméfaction hémimandibulaire fistulisée à la peau (5 cas) ou à la muqueuse buccale (3 cas) ; en tout 8 cas sur 10 soit 80% des formes séquestrantes.

3.2.2.3. FORMES TOPOGRAPHIQUES

Tableau VII :Distribution des cas en fonction du siège de l'affection

CAS OBSERVES SIÈGE	NOMBRE	POURCENTAGE
Maxillaire	03	9,68
Mandibule	28	90,32
TOTAL	31	100

Figure 5: REPARTITION DES CAS SELON LE SIEGE



Deux (02) formes topographiques principales émergent de nos observations. Ce sont :

- **La localisation mandibulaire**, en prédominance 28 cas sur 31 soit 90,32% des cas
- **et la localisation maxillaire** : 3 cas sur 31 soit 9,68% des cas.

La figure n°5 et le tableau VII nous montrent cette répartition.

Tableau VIII : Répartition régionale des lésions ostéitiques

LOCALISATION \ CAS OBSERVES		NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT AU NOMBRE DE CAS D'OSTEITE
Hémimandibule Droite	Branche horizontale	07	22,58
	Angle	02	6,45
	Branche verticale	01	3,23
Hémimandibule Gauche	Branche horizontale	10	32,26
	Angle	11	35,48
	Branche verticale	04	12,90
Les deux hémimandibules à la fois (angle gauche ,2 branches horizontales, symphyse)		01	3,23
La symphyse mandibulaire		02	6,45
Le maxillaire	Droit	02	6,45
	Gauche	01	3,23

L'hémimandibule gauche est la plus intéressée : 25 cas sur 31 soit **80,64%** des cas. Au niveau de cette portion mandibulaire, l'angle vient en première position comme siège préférentiel : 11 fois chez 31 patients soit 35,48% des cas ; puis viennent la branche horizontale : 10 fois chez 31 patients soit 32,26% des cas ; et enfin la branche verticale 4 fois chez 31 patients soit 12,90% des cas.

L'hémimandibule droite est la deuxième localisation de l'affection avec 10 cas soit 32,26% des cas. Au niveau de cette portion osseuse la branche horizontale vient en première position 7 fois chez 31 patients soit 22,58% des cas. Puis viennent loin derrière,

l'angle avec 2 cas soit 6,45% et la branche verticale 1 cas soit 3,23% des cas.

3.2.3 AU PLAN PARACLINIQUE

3.2.3.1 LA RADIOGRAPHIE

- **Les défilés maxillaires droits et gauches :** Effectués 28 fois sur 31 cas soit dans 93,55% des cas.

Ce sont ces examens radiologiques qui ont permis de confirmer les atteintes ostéitiques de la mandibule.

Nous avons pu rencontrer :

- des images d'ostéolyse seule : 24 cas sur 28 clichés effectués.
- Un cas d'images d'ostéolyse sur une fracture mandibulaire
- un séquestre osseux (1cas)
- des images d'ostéocondensation et d'ostéolyse associées (2 cas) : Observations n°20 et 24.

- **La radiographie des sinus incidences de Blondeau :** 3fois/31 cas

Elle a été effectuée quand l'affection intéressait le maxillaire ; et montre un comblement opaque d'un ou des deux sinus maxillaires.

3.2.4 ANALYSE THERAPEUTIQUE

Tableau IX : Répartition des cas en fonction du traitement fait

CAS OBSERVES TRAITEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
Curetage	16	51,61
Séquestrectomie curetage	06	19,35
Résection interruptrice	03	9,68
Traitement médical seul	00	0,00

Il ressort de nos observations que le traitement préconisé dans le service est d'abord médical puis chirurgical si les résultats ne sont pas satisfaisants.

Le volet médical du traitement est fait d'une association antibiotique antiinflammatoire et antalgique dont la durée est fonction de l'évolution du processus infectieux.

La méthode chirurgicale utilisée est fonction de la forme clinique rencontrée.

➤ **Le curetage parfois associé à une résection non interruptrice**

Cette technique a été employée pour des patients qui étaient à la phase de fistulisation ou qui étaient en début d'affection.

Seize (16) curetages ont été effectués ce qui correspond à 51,61% de nos patients.

➤ **La séquestrectomie :**

La séquestrectomie est pratiquée chez les patients qui étaient à la phase de séquestration de l'ostéite. Elle a été réalisée 6 fois soit chez 19,35% de nos patients.

➤ **La résection interruptrice :**

Cette technique est employée lorsque la destruction osseuse est particulièrement importante. Trois (3) patients ont bénéficié de cette technique ce qui correspond à 9,68% de nos patients.

Six (6) de nos patients ont démarré la partie médicale du traitement de leur ostéite, mais n'ont pas bénéficié du volet chirurgical pour divers raisons :

- Leurs moyens financiers qui sont insuffisants pour la prise en charge thérapeutique.
- Leur conviction religieuse et la peur de mourir sur la table d'opération.
- Une autre pathologie médicale qui menace le pronostic vital et qui nécessite le transfert dans un service de médecine interne.
- Une grossesse.

Dans les deux derniers cas, l'acte chirurgical était seulement différé, mais les patients ne sont plus revenus.

3.2.5. LES RESULTATS

Sur les 25 opérés :

- Dix (10) ont été vus avec un résultat satisfaisant soit 40% de réussite.
- Un (1) des patients âgé de 60 ans est décédé dans les suites opératoires immédiates par arrêt cardiorespiratoire
- Neuf (9) patients ont disparu après leur sortie, ce qui correspond à 36%

Nous avons enregistré des cas de pertes dentaires spontanées ou iatrogènes.

En dehors de ceux –ci nous avons relevé cinq (5) cas de séquelles (16,13% des patients) répartis comme suit :

- Un (1) cas de séquelle esthétique à type de chéloïde, soit 3,23% des patients
- Quatre (4) cas de séquelles fonctionnelles dont deux constrictions permanentes des maxillaires et deux hémimandibulectomies, soit 12,90% des patients.

Nous n'avons pas enregistré de cas de séquelles nerveuses.

Tableau X : Répartition des ostéites maxillaires selon les séquelles

SEQUELLES	CAS OBSERVES	
	NOMBRE	PORCENTAGE
Séquelles esthétiques	01	3,23
Séquelles fonctionnelles	04	12,90
Séquelles nerveuses	00	0,00

Chapitre quatre :

DISCUSSION

4.1 BILAN ETIOEPIDEMIOLOGIQUE

4-1-1 FREQUENCE

Il ressort de l'étude de notre série que l'ostéite maxillaire constitue une pathologie peu fréquente au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou. Trente-un (31) cas sur 17ans soit environ deux cas par an.

Les cas colligés au CNHU font partie de ceux où la pathologie est grave, car beaucoup d'autres Centres s'occupent aussi des ostéites.

LACOUR M. et GRAPPIN G. (34) à Dakar ont dans un rapport publié en 1971 sur les ostéites diffusées et ostéomyélites hématogènes maxillaires, fait état d'un nombre considérable de 79 cas traités en 40 mois soit 24 cas par an.

TOSSOU J. P. (64) à Cotonou, dans sa thèse effectuée dans le même cadre d'étude que nous en 1983 a dénombré 39 cas sur dix (10) ans soit 3,9 cas par an.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux trouvés dans notre série.

DIOMBANA M. L., AG MOHAMED A. et collaborateurs (11) ont, dans une étude effectuée au Mali et publiée en 1996, enregistré trente trois (33) cas sur onze (11) ans soit trois (3) cas par an.

Au Burkina Faso, **OUEDRAOGO A., OUOBA K. et Collaborateurs** (43) ont trouvé dans leur série en 1999 vingt cinq (25) cas sur dix (10) ans soit 2,5 cas par année.

Les fréquences des ostéites maxillaires dans les études effectuées au Mali (3 cas/an) et au Burkina Faso (2,5 cas par an) ne sont pas trop éloignées de nos chiffres (2 cas par an).

4- 1- 2 L'AGE

L'âge de nos malades s'échelonne de 3 ans à 75 ans.

Pour **LACOUR M. ET GRAPPIN S.** (34) , les ostéites diffusées frappent tous les âges de la vie.

Nos conclusions sont similaires.

La plupart des auteurs s'accordent pour dire que la majorité des malades ont moins de 30 ans :

- 77,1% pour **GUINDO S.** (29) en 1977 à Dakar
- 71,79% pour **TOSSOU J. P.** (64) en 1983 à Cotonou
- 76,7% pour **DIOUF R.** (12) en 1988 à Dakar.

Nos statistiques confirment la prédominance de l'affection avant 30 ans :19 cas sur 31 soit 61,29%.

Nous pouvons déduire de ces différentes constatations que la jeunesse paye le plus lourd tribut à l'ostéite des maxillaires. Ceci s'explique par le fait que les trois (3) premières décades de la vie incluent les deux (2) grandes périodes de la dentition.

On note une prépondérance dans la tranche d'âge de 10 à 29 ans. La fréquence des accidents de la dent de sagesse entre 20 et 29 ans expliquerait en partie cette prépondérance.

4-1-3 SEXE

LACOUR M. et GRAPPIN S. (34) en 1971 avaient dénombré quarante une (41) femmes pour trente huit (38) hommes et avaient estimé que les deux (2) sexes étaient également touchés.

En 1975 dans une étude réalisée en milieu hospitalier de Bamako, **TOURE S.** (65) signale une prédominance masculine des cas d'ostéite seize sur vingt cinq (16/25). Dans la même année **NDOYE M.** (40) à Dakar parvient à la même constatation chez 52 enfants non drépanocytaires âgés de deux (2) à plus de dix (10) ans [sexe ratio = 1,5].

GUINDO S. (29) dans sa thèse en 1977 à Dakar sur les ostéites et ostéophlegmons des maxillaires aboutit à une légère prédominance féminine (56,14% de femmes pour 43,86% d'hommes).

Dans sa thèse en 1983 **TOSSOU J. P.** (64) aboutit à une prédominance masculine des ostéites maxillaires (25 hommes soit 64,10% pour 14 femmes soit 35,90%).

Dans une étude en 1992 portant sur 35 patients Nord américains **KOORBUSCH G.F.** (33) aboutit à une prédominance masculine : 74% d'atteintes masculines pour 26% d'atteintes féminines.

DIOMBANA M. L. , AG MOHAMED A. et collaborateurs (11) , en 1996 ont dénombré dans leur série dix huit (18) hommes pour quinze (15) femmes : ici, la différence est non significative.

A Ouagadougou en 1999 **OUEDRAOGO A. , OUOBA K. et collaborateurs** (43) n'ont également pas trouvé une différence significative : quatorze (14) hommes pour onze (11) femmes.

Nos statistiques se rapprochent de celles de **TOSSOU J.P.** (64), **NDOYE M.** (40), **TOURE S.** (65), **KOORBUSCH G.F.** (33) en révélant une prédominance masculine des ostéites maxillaires vingt-un (21) hommes pour dix (10) femmes soit un sex ratio de 2,1 en faveur du sexe masculin).

De tout ce qui précède, nous pouvons déduire que le sexe ne semble pas pouvoir constituer un facteur étiologique constant.

Nous pourrions émettre avec réserve que les personnes du sexe féminin prennent plus à cœur leur hygiène bucco-dentaire que ce du sexe masculin.

4.1.4 CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS

4.1.4.1 Les ostéites de causes locales

4.1.4.1.1. La carie dentaire

Une carie dentaire de quatrième degré mal ou non traitée peut évoluer vers une ostéite maxillaire, voire vers des complications encore plus graves.

Une avulsion dentaire pratiquée dans de mauvaises conditions (matériel septique, technique opératoire défectueuse provoquant des fractures du bord alvéolaire ou de la cloison inter radiculaire, anesthésie locale vasoconstrictrice en milieu septique) est également responsable d'une ostéite.

La prédominance de l'origine dentogène de l'ostéite des maxillaires est unanimement rapportée :

- dans une étude en 1971 portant sur 79 cas d'ostéite maxillaire, **LACOUR M.** et **GRAPPIN G.** (34) à Dakar en relèvent cinquante quatre (54) d'origine dentaire.
- En 1980, **JOHNSON J.C.** (31), à Dakar a retrouvé dans sa série 90% d'origine infectieuse dentaire.
- **TOSSOU J.P.** (64) à Cotonou, en 1983, a noté 58,97% des cas d'origine infectieuse dentaire.
- **KOORBUSCH G.F.** (33), en 1992 en Amérique du Nord a abouti également à une prédominance des causes dentaires.

Dans notre série, nous avons retrouvé 64,52% de causes dentaires où il existe la notion de carie ou d'avulsion dentaire.

4.1.4.1.2. Le traumatisme

Une fracture ouverte négligée peut s'infecter.

Dans ce cadre, on retrouve à travers un certain nombre de travaux effectués sur les ostéites maxillaires, les statistiques suivantes relatives à l'origine traumatique :

- En 1999, **OUEDRAOGO A., OUOBA K. et Collaborateurs** (43) ont abouti à 3/25 cas (12%) au CHU de Ouagadougou
- En 1977, au Sénégal, **GUINDO S.** (29) compte 10/171 cas (5,54%) dans sa série.
- **TOSSOU J.P.** (64) en 1983 retrouve 4/39 cas (10,26%)
- Dans notre série, nous avons retrouvé 2/31 cas, soit 6,45% des cas.

Nos statistiques sont inférieures à celles de **TOSSOU J.P.** (64) et des autres auteurs, 2 cas sur 31 (6,45% des cas) : Au Bénin, les centres

de santé assurant la prise en charge des ostéites post-fracturaires ont une autre configuration (les malades sont également vus dans des centres hospitaliers départementaux et le service de traumatologie, d'orthopédie et de réparation du CHNU).

4.1.4.1.3. Les infections muqueuses et cutanées de la sphère ORL

Une sinusite, un abcès de la face sont susceptibles de se compliquer d'ostéite maxillaire par dissémination du foyer infectieux.

Dans notre série, nous avons retrouvé 3 cas sur 31 (9,68%) d'origine infectieuse sinusienne et 1 cas sur 31 (3,23%) d'origine infectieuse cutanée.

TOSSOU J.P. (64) en 1983 dénombre 2/39 cas d'origine infectieuse sinusienne et un sur 39 cas d'abcès facial.

OUEDRAOGO A., OUOBA K. et Collaborateurs (43) en 1999 au CHU de Ouagadougou retrouvent 1/25 cas d'origine sinusienne.

4.1.4.2 Ostéites de causes générales : ostéomyélite hématogène.

C'est une localisation osseuse secondaire à une septicémie à staphylocoque doré le plus souvent et parfois par le streptocoque.

En 1999, **FRANCHI G., SOUPRE V. et collaborateurs** (19) décrivent 5 cas d'ostéomyélite hématogène chez des enfants dans un centre hospitalier de Paris.

Nous n'avons pas relevé de cas d'ostéomyélite hématogène dans notre série.

4.2 AU PLAN CLINIQUE

4.2.1 MOTIFS DE CONSULTATION

Pour **TOSSOU J.P.** (64), il s'est agi dans la majorité des cas :

- de tuméfactions géniennes douloureuses avec ou sans altération de l'état général.
- Ou alors de suppurations chroniques au niveau des mâchoires, au gonion très souvent, la douleur étant reléguée au second plan.

Nos constatations sont similaires :

- Les cas de fistulisations cutanées productives viennent en première position 21/31 cas (67,74%). Elles peuvent être associées ou non à une fistulisation muqueuse intrabuccale.
- Les cas de fistulisations muqueuses et de tuméfactions géniennes viennent après, respectivement 5/31 cas (16,13%) et 5/31 cas (16,13%)

4.2.2 ANTECEDENTS

Il s'est agi :

- le plus souvent de caries dentaires lointaines ou récentes ayant imposé ou non des séances d'avulsions récentes ou lointaines.
- Ou alors de traumatismes de la mâchoire avec fracture ignorée ou négligée (2 cas).

4.2.3 SIGNES PHYSIQUES

Nous n'avons pas les mêmes critères de répartition des malades que **TOSSOU J.P.** (64) mais nous aboutissons à la même conclusion que lui : la plupart des malades ont consulté en phase évoluée de fistulisation et de séquestration : 27/31 cas (87,10%).

4.2.4 REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES LESIONS

4.2.4.1 Suivant la mâchoire

La plupart des auteurs constatent que la mandibule est le plus souvent atteinte :

La totalité des vingt-cinq (25) cas observés à Dakar [**REYNAUD J., LACOUR M. et collaborateurs** (51)] sont localisés à la mandibule.

De même, **ROLLAND J. et collaborateurs** (55) trouvent une nette prédominance de la pathologie au niveau de la mandibule.

KOORBUSCH G.F. (33) note également une très nette prédominance des localisations mandibulaires par rapport aux localisations maxillaires (108/6 cas).

A Cotonou, avant nous, **TOSSOU J.P.** (64) avait trouvé une prédominance des localisations mandibulaires 36/39 cas (92,30%).

A notre tour, nous retrouvons une prédominance mandibulaire des ostéites maxillaires :28 cas sur 31 soit 90,32% des cas.

On sait déjà que la mandibule est une masse de tissu spongieux engainée par un amas de tissu compact, à vascularisation terminale, dont le blocage peut provoquer des nécroses étendues. De plus, le canal mandibulaire traversant l'os depuis le milieu de la branche horizontale

jusqu'au trou mentonnier pourrait être un chemin favorable à la dissémination de l'infection.

4.2.4.2 Suivant le côté atteint de la mandibule

Dans l'étude de **TOSSOU J.P.** (64) la localisation droite est un peu plus fréquente que la gauche. 19/39 cas (52,78%) à droite contre 14/39 cas (38,89%) à gauche.

LACOUR M. et GRAPPIN G. (34) ont plutôt noté le contraire dans leur série.

Dans notre série, l'hémimandibule gauche est la plus intéressée : 25/31 cas (80,64%).

Nous pensons que l'affection apparaît simplement du côté hémimandibulaire moins sollicité par l'individu pour la mastication de ses aliments.

4.2.4.3 Suivant le segment osseux mandibulaire

KOORBUSCH G.F. (33), au niveau mandibulaire retrouve sur 106 patients :

- quarante trois (43) atteintes au niveau de l'angle.
- Quarante trois (43) atteintes de la branche horizontale
- Onze (11) atteintes de la symphyse
- Onze (11) atteintes de la branche montante.

Nos résultats se rapprochent de ceux de cet auteur. Sur les trente-un (31) patients de notre série, nous dénombrons :

- Dix-neuf (19) atteintes de la branche horizontale soit 61,29% des cas.
- Quatorze (14) atteintes de l'angle, soit 45,16% des cas.

- Cinq (5) atteintes de la branche verticale soit 16,13% des cas.

Ainsi, la branche horizontale et l'angle viennent en tête des localisations au niveau des segments osseux mandibulaires. C'est à leur niveau que les dents, point de départ de l'infection, se logent sur la mandibule.

4.3 AU PLAN PARACLINIQUE

4.3.1 La radiographie

4.3.1.1. *Les défilés maxillaires droits et gauches*

Les images d'ostéolyse, de séquestres osseux, d'ostéocondensation traduisent les phénomènes de mutation calcique résultant de la combinaison de processus de destruction et de réparation osseuse [TOSSOU J.P. (64)]

4.3.1.2. *La radiographie des sinus « Blondeau »*

Le comblement opaque des sinus maxillaires qui a été observé à chaque fois que le maxillaire était intéressé, traduit l'infection de ces sinus qui a migré à l'os.

Ces incidences, ainsi que leurs résultats sont comparables à ceux observés par **OUEDRAOGO A.** (43) au Burkina Faso et **TOSSOU J.P.** (64) à Cotonou. **TOSSOU J.P.** (64) avait également noté deux cas de fracture spontanée.

A Paris, dans l'étude **FRANCHI G.** (19), c'est plutôt l'orthopantomogramme et la tomodensitométrie qui ont permis de confirmer le diagnostic.

Il faut reconnaître que les dernières techniques de l'imagerie que sont l'orthopantomogramme, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la scintigraphie facilitent encore mieux le diagnostic, même en tout début d'affection.

4.3.2 Examens anatomo-pathologiques

Nos patients n'ont pas bénéficié de ce moyen d'examen paraclinique, car il n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic et il n'a plus d'intérêt quand celui-ci est bien posé.

4.3.3 L'examen cyto bactériologique et la culture du pus

Aucun de nos patients n'a bénéficié de cet examen. La raison essentielle en est le défaut de moyens financiers dont souffrent la plupart de nos patients.

Tous les germes peuvent être responsables d'infection osseuse faciale. Le germe le plus rencontré est le staphylocoque [**DECHAUME M.** (10)].

Dans la série de **TOSSOU J.P.** (64) en 1983, sur cinq (5) examens cyto bactériologiques pratiqués, il a été isolé une fois le ***Protéus vulgaris*** sensible à la Gentamycine et à la kanamycine. Les autres prélèvements étaient stériles du fait de l'utilisation des antibiotiques par automédication avant la consultation.

Avec **OUEDRAOGO A.** (43) à Ouagadougou en 1959, le germe a pu être isolé douze (12) fois :

- Staphylocoque : 9 cas (75%)
- Streptocoque : 1 cas (8,3%)
- Pyocyanique : 1 cas (8,3%)
- Bactériodes : 1 cas (8,3%)

4.3.4 L'hémoculture

Avec le respect des règles de pratique (prélèvement dans un ballon stérile et en phase de pic thermique), elle est positive dans les ostéomyélites hématogènes et dans les ostéites d'origine dentaire ou traumatique compliquées de septicémie. Cet examen n'a pas été pratiqué dans notre série.

Elle est également peu pratiquée pour l'ostéite des maxillaires dans les autres pays.

4.4 AU PLAN THERAPEUTIQUE

Dans notre série, la prise en charge thérapeutique des patients est médico-chirurgicale au stade où ils nous arrivent. Ce qui permet une évolution plus rapide vers la guérison une fois le foyer infectieux détruit.

Sous anesthésie générale pour permettre un relâchement complet des muscles en général et des muscles faciaux en particulier, on réalise à partir d'un abord externe un curetage, une séquestrectomie, ou parfois une résection interruptrice ou non.

La plupart des auteurs s'accordent avec **Seguin P. et Breton P.** (62) sur le fait que en dehors des alvéolites post extraction dont le traitement est médical, le traitement des ostéites maxillaires est médico-chirurgical : **OUEDRAOGO A.** (43), **FRANCHI G.** (19), **TOSSOU J.P.** (64).

L'intervention se fait sous anesthésie générale [**DIOUF R.** (12), **MARJUT M.** (37), **TOSSOU J.P.** (64)] ou parfois sous anesthésie loco-régionale [**BETTS N.J.** (4)].

La voie d'abord externe est de plus en plus abandonnée au profit de la voie endo-buccale vestibulaire, dissimulée et mettant plus à l'abri d'une lésion du nerf facial.

Séquelles

Comme **TOSSOU J.P.** (64) l'a dit, l'ostéite maxillaire est une affection handicapante et mutilante.

Dans notre série, nous avons enregistré :

- Des cas de pertes dentaires spontanées ou iatrogènes
- Un (1) cas de séquelle esthétique à type de chéloïde
- Deux (2) cas de constriction permanente des maxillaires
- Deux (2) cas de séquelle d' hémimandibulectomie.

Nous pensons que ces statistiques sont sous estimées du fait du nombre élevé de patients qui ont été perdus de vue, 15 sur 31 patients (48,39%).

TOSSOU J.P. (64) avait relevé :

- de nombreux cas d'édentation spontanée ou iatrogène
- deux (2) cas de perte totale de l'hémimandibule par hémimandibulectomie.

Il s'agit d'une affection plus facile à éviter qu'à guérir. La prévention et la prophylaxie sont relativement aisées pendant que le traitement curatif est onéreux et ne permet pas toujours d'éviter les séquelles.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude rétrospective allant de Janvier 1983 à Mars 2001, nous avons recensé trente-un cas d'ostéite maxillaire.

De cette étude se dégagent les conclusions suivantes :

- L'ostéite des maxillaires est une affection peu fréquente au CNHU de Cotonou : environ deux cas par an.
- Les jeunes de moins de trente (30) ans sont les plus atteints : 19 cas sur 31, soit 61,29% des cas.
- L'affection se rencontre plus chez les garçons (21 cas sur 31, soit 67,74% des cas) que chez les filles (10 cas sur 31, soit 32,26% des cas).
- L'infection dentaire et ses conséquences sont les principales causes favorisantes de l'affection (20 cas sur 31, soit 64,52% des cas).
- L'examen physique et les défilés maxillaires ont permis de poser le diagnostic.
- Les malades consultent le plus souvent en phase évoluée de fistulisation et de séquestration (27 sur 31 cas soit 87,10% des cas).
- La mandibule est le siège préférentiel de l'affection 28 cas sur 31 (90,32%) en particulier le coté gauche 25 cas sur 31 (80,64%).
- La branche horizontale et l'angle viennent en tête des localisations au niveau des segments osseux mandibulaires respectivement 19/31 cas (61,29%) et 14/31 cas (45,16%).
- Au stade où nos malades sont reçus, le traitement est médico-chirurgical :
 - Le volet médical est fait d'une association antibiotique - anti-inflammatoire et antalgique dont la durée est fonction de l'évolution du phénomène infectieux.

- Le volet chirurgical est fait d'un curetage, d'une séquestrectomie ou parfois, d'une résection interromptrice, réalisé par un abord externe et sous anesthésie générale.

- Sur vingt-cinq (25) patients opérés, neuf (9) n'ont pu être revus après guérison.

Chez dix (10) patients sur les 25 opérés (40%), les résultats thérapeutiques sont satisfaisants.

Nous avons enregistré des cas de pertes dentaires spontanées ou iatrogènes.

En dehors de ceux-ci nous avons dénombré 5/31 cas (16,13%) de séquelles :

- Un (1) cas de séquelle esthétique (3,23%) à type de cicatrice chéloïdienne.

- Quatre cas de séquelle fonctionnelle (12,90%) dont deux cas de constriction permanente des maxillaires et deux cas de séquelle d'hémi-mandibulectomie.

RECOMMANDATIONS

L'infection dentaire et ses conséquences sont les principales causes des ostéites maxillaires.

Mais on ne saurait parler d'infection dentaire si l'hygiène bucco-dentaire n'est pas déficiente.

Nos efforts de prévention des ostéites maxillaires passent donc par la préservation de cette hygiène bucco-dentaire. A ce titre, nous faisons les recommandations suivantes :

➤ **En direction des populations :**

- Le brossage quotidien fréquent de façon adéquate des dents, surtout après les repas, en particulier les sucreries. Savoir que le bon brossage dentaire se fait des gencives vers les dents ou plus vulgairement, du « rose » au « blanc ».

Les brosses végétales communément appelées « cure-dent » peuvent être employées avec autant de succès et même plus d'économie que les brosses « artificielles ».

- L'écouvillonnage buccal journalier au tampon imbibé de bicarbonate chez les enfants.
- Le recours précoce au dentiste dès la survenue de toute symptomatologie dentaire.
- Les jeunes garçons doivent être plus attentifs et plus soucieux de l'état de leur hygiène bucco-dentaire.

➤ **Aux praticiens**

- La nécessité d'une couverture antibiotique au cours du traitement des affections dentaires.
- La réalisation de l'avulsion dentaire avec minutie et asepsie rigoureuse.
- Ne pas oublier l'option chirurgicale lorsque le traitement médical ne marche pas dans les infections osseuses.
- Profiter de chaque soin pour prodiguer des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Apprendre à chaque patient, comment se brosser les dents.

➤ **Aux autorités politico administratives :**

- Le financement de la réalisation d'émissions radio ou télé diffusées, de panneaux publicitaires, de cours, de séminaires, de séances d'IEC (Information – Education - Communication) pour sensibiliser les populations et le personnel de santé sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.
- La formation d'agents de santé en odonto-stomatologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALIBHAI A, MATEE M. I. N. , CHINDIA M. L. , MOSHY J.

Présentation and management of chronic ostéomyélite in an African with pycnodysostosis.

Oral Diseases 1999 ; 5 (1) : 87-89.

2. AZUMI I., YOSHIKAWA Y. ; NAGASEM ; NAKAJIMA T.

Pathological fracture of the mandible resulting from osteomyelitis.

J. oral Surg. , 1980, 38, 7: 525-529.

3. BARCLAY J. K.

Actinomycosis of the mandible : Case report

Austral Dent. J. , 1978, 23, 6: 477-479.

4. BETTS N.J., MAKOWSKI G., YEE-HISTUNG SIIEN, BERSH A.V.

Evaluation of topical. Viscus 2% Lidocaïne jelly as an adjunct during the management of alveolar osteitis.

J. Oral. MAXILLOfac. Surg. 1995, 53 (10) : 1140-1144.

5. BRIZON J., CASTAING J.

Maxillaire supérieur – Maxillaire inférieur

In Les Feuilles d'anatomie, Fascicule IV :Ostéologie de la tête et du tronc, Maloine S.A. , Paris, 1992 : 1-7, 25-30.

6. CAMUZARD J.F., THYSS A., AVELA P., SANTINI J.

Mycotic osteitis of the facial bones. A review of the literature à propos d'un cas.

Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1989; 106 (6): 334-7.

7. CANTALOUPE D., RIBUOT E., CROS P. et Al.

Ostéite séquestrante avec fracture de l'angle mandibulaire survenue secondairement après l'extraction d'une dent de sagesse. A propos d'un cas.

Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1982; 83(5): 279-82.

8. CASSATLY M.G., ROSTOCK M., GOCKE M.W.

Iatrogenic osteonecrosis of the maxilla caused by laser in jury.

J. Oral Maxillofac Surg. 1999 ; 57(2) : 184-186.

9. COULY G.

Nerfs maxillofaciaux Sympatique maxillofacial.

Encycl. Méd. Chir. Paris. Stomatologie, 22001B50, 4.4.06. :26 p.

10. DESCHAUME M., GRALLET M., LAUDENBACH P., PAYEN J.

Lésions inflammatoires des maxillaires.

Precis De Stomatologie. Paris : MASSON, 1980 : 211-53.

11. DIOMBANA M.L., AG MOHAMED A., KUSSNER H., TOUR A., PENNEAU M.

Ostéites des maxillaires au service de Stomatologie de l'hôpital National de Kati (République du Mali). A propos de 33 cas.

Med. Afr. Nre : 1996, 43(3) : 170-173.

12. DIOUF R., DIOP E.M., OUOBA K. et Al

Les ostéites de la mandibule : à propos de 43 cas.

Communication aux 3emes Journées de Chirurgie de Dakar, Sénégal. Juin 1988.

13. DOSSOU G.

Promotion des soins bucco-dentaires chez les enfants d'âge scolaire dans la province de l'Atlantique en R.P.B.

Mémoire n°238, CRDS, Cotonou, 1981.

14. ERASMUS J.H., THOMPSON I.O.C., VAN-DER-WESTHUIJZEN A.J.

Tuberculous osteomyelitis of the mandible : report of a case.

J. Oral Maxillofac Surg. 1998 ; 56(11) : 1355-1358.

15. EYRICH G.K.H., HARDER C., SAILER H.F., LANGENEGGER T., BRUDER E., MICHEL B.A.

Primary chronic osteomyelitis associated with synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis (SAPHO syndrom)

Journal Of Oral Pathology And Médecine. 1999 ; 28(10) : 456-464.

16. EYRICH G.K., LANGENEGGER T., BRUDER E., SAILER H.F., MICHEL B.A.

Diffuse chronic sclerosing osteomyelitis and the synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis (SAPHO) syndrom in two sisters.

J. Oral Maxillofac Surg. 2000 ; 29(1) : 49-53.

17. FAVI P.M.

Contribution à l'étude des ostéomyélites en R.P.B.

Thèse Méd., FSS, Cotonou, 1978.

18. FLYGARE L., NORDERYD J., KUBISTA J. et al

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis involving both jaws: Report of a case including magnetic resonance.

Oral Surgery Oral Médecine Oral Pathology Oral Radiology An Endodontics. 1997 ; 83(2) : 300-305.

19. FRANCHI G., SOUPRE V., KARCENTY B., BUIS J., DINER P.A., VAZQUEZ M.P.

Ostéite circonscrite mandibulaire de l'enfant par voie hématogène à propos de 5 cas cliniques.

Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1999, 100, N°2: 70-74.

20. GARCIA-MARIN F., ARIARJE-ORTABE J.I., REYCHLER H.

Chronic diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible or mandibular location of S.A.P.H.O. syndrom.

Acta-Stomatologica-Belgica. 1996 ; 93(2) : 65-71.

21. GENTILLINI M., DUFLO B.

Le noma.

Médecine Tropicale Flammarion Médecine-Science, 4^{ème} Edition 5^{ème} tirage : 530.

22. GERMANN G., PETRACIC A., WITTEMANN M. RAFF T.

Hematogenous osteomyelitis of the hand skeleton in adults after dental maxillary infections.

Anal. Of Plastic Surgery. 1996; 37(1): 106-110.

23. GHARBI-GUESGUEZ L., ABASSI-BAKIR D., BAKIR A.

Mobilité dentaire révélatrice d'un processus ostéolytique.

Rev. Stomatol. Chir Maxillofac 1995 ; 96(6) : 368-71.

24. GIGUERE P., BOISVERT P.

Ostéomyélite chronique de la face chez l'adulte.

Vie Méd. Can. Fr. (Que), 1980, 9, 9, 623-628.

25. GIORDANO A.M., FOSTER C. A., BOIES L.R., MAISEL R.H.

Chronic osteomyelitis following mandibular fracture and its treatment.

Arch. Otolaryngol, 1982, 108, 1, 30-33.

26. GOUZIEN G., PERRET J.L.; LUNVEN Y.

Maladie d'Albers-Schonberg révélée par une ostéite maxillaire. A propos d'une observation chez un africain.

Rev. Stomatol. Chir Maxillofac 1991 ; 92(4) : 269-72.

27. GRAFFMAN S., RANGUE A.

Scintigraphy in diagnosis of ostéomyelitis of the jaws.

Internation J. Oral Surg, 1977, 6, 5 : 247-250.

28. GROOT R.H., VAN MERKESTEYN J. P.R., BRAS J.

Diffuse sclerosing osteomyelitis and florid osseous dysplasia

Oral Surgery Oral Médecine Oral Pathology Oral Radiology And Endodontics.

1996; 81 (3): 333-342.

29. GUINDO S.

Les ostéites et ostéophlegmons des maxillaires au Sénégal (à propos de 248 cas).

Thèse Méd. N° 5, Dakar, 1977.

30. HORCH H.H.

Infection osseuse

In Chirurgie buccale Masson, Paris, 1996 : 131-138.

31. JOHNSON I. C.

Les ostéites diffusées du maxillaire inférieur en milieu Africain au Sénégal.

Thèse méd. N°27, Dakar, 1980.

32. KERLEY T.R., MADER J.T., HULET W.A., SCHOW C.E.

The effect of adjunctive hyperbaric oxygen on bone regeneration in mandibular osteomyelitis: Report of case.

J. Oral Surg, 1981, 39, 8, 619-623.

33. KOORBUSCH G.F., FOTOS P., GOLL K.T.

Retrospective assessment of osteomyelitis. Etiology, demographics, risk factors and management in 35 cases.

Oral Surg. Oral Méd Oral Pathol 1992; 74: 149-154.

34. LACOUR M., GRAPPIN G.

Ostéites diffusées et ostéomyélites hématogènes des maxillaires (à propos de 79 cas).

Méd. Afr. Nre. ; 1971, 18,8-9,663-667.

35. LANGMAN J.

Développement normal – Crâne.

Abrégé de Embryologie médicale, MASSON, 3^{ème} édition : 147-152

36. LE BRETON G.

Osteïtes des maxillaires

In Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique. Editions Cdp, Paris 1997 :181-200

37. MARJUT M., TAYUKI I., DORRIT H., LINDQVIST C.

Décortication in the treatment of diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible: retrospective analysis of 41 cases between 1969 and 1990.

Oral Surg. Oral Méd., Oral Path., 1993, 75(1): 5-11.

38. MIKULOWSKI V., WYSKOWSKI G.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur et maladie de Albert Schönberg.

Sem. Des Hop. Annales De Péd., 1969, 45, 39/10 2424/P 624 – 2427/P. 627.

39. MINDWINTER K.I., GILL K.S. et all.

Osteomyelitis of the temporo mandibular joint in patients with malignant otitis externa.

Journal Of Laryngology And Otology. 1999; 113(5): 451-453.

40. N'DOYE

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chez l'enfant drépanocytaire au Sénégal. (A propos de 52 observations). Statistique de la clinique chirurg. CHU de DAKAR.

Thèse Méd. N°28, Dakar, 1975.

41. OLAÏTAN A.A., AMUDA J.T., ADEKEYO E. O.

Osteomyelitis of the mandible in sickle cell disease.

Br.J. Oral Maxillofac Surg ,1997, 35: 190-192

42. OTSUKA K., HAMAKAW A. H., KALFAHARA H. and all.

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis involving the mandible in a 4-years old girl.

Br. J. Oral Maxillofac Surg. 1999; 57(8): 1013-1016.

43. OUEDRAOGO An., OUOBA K., OUEDRAOGO A., DAO M.O., KABRE M., OUEDRAOGO R.

Les ostéites des maxillaires. Notre expérience : à propos de 25 observations au CHU de Ouagadougou.

Méd. Afr.Nre : 1999, 6 (2) : 107-110.

44. PENNEAU M., PAYA G.

Nécrose syphilitique de l'os incisif. A propos d'un cas.

Rev. Stomatol Chir Maxillofac 1980 ; 81(6) : 392-4.

45. PENNEAU M., PICHON C., SAINT ANDRE J.P., SIMARD C.

"Hyperplasie pseudocarcinomateuse" des débris épithéliaux de MALLASSEZ

Rev. Stomatol Chir. Maxillofac, 1980, 81, 1, 58-60.

46. RABENATROANDRO C., TSARATIDY A., RAZADINIMANANA P., RATAMBAOKA G., RAMALARISOA J.

Un cas d'ostéomyélite galopante, crânio-faciale d'aspect tumoral chez un enfant de trois ans déjà au stade II – III de dyspnées laryngées. Extension pharyngo-laryngée : guérison spectaculaire.

Re. Laryngol, 1978, 99, 5-6, 377-382.

47. RAGOT J.P.

Les complications loco-régionales et générales des foyers infectieux dentaires.

Actualités Odonto stomatologiques. 1999 ; 205 : 91-119.

48. RAMON Y., OBERMAN M., HOROVITZ I., FREEDMAN A.

Osteomyelitis of the maxilla in the newborn.

Internation. J. Oral Surg, 1977, 6, 2, 90-94.

49. RANGNE A., RUUD A.

Osteomyelitis of the jaws.

Internation. J. Oral Surg, 1978, 7, 6, 523-527

50. REMY R., MALLA G., PIGANOL G., MOSSER J.I., LEPINE J.

Ostéites fracturaires de la mandibule et billes de ciment acrylique à la gentamycine.

Rev. Stomatol. Chir Maxillofac, 1981, 82, 6, 361-365

51. REYNAUD J., LACOUR M. et all.

Les ostéites diffusées mandibulaires à DAKAR.

Bul. Soc. Méd. Afr. Nre. De Langue Française; 1966, 11, 1: 20-24.

52. RICBOURG B.

Système veineux cervicomaxillofacial.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie, 22-01-B-35, 1997, 7 P

53. RICBOURG B. et BUGNIET J.M.

Système artériel cevico-maxillo-facial.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie, 22-001-B-30, 1997, 17 P

54. ROED-PETERSEN B., ROED-PETERSEN J., JORGENSEN K.D.

Nickel allergy and osteomyelitis in a patient with metal osteosynthesis of a jaw fracture.

Contact Dermatitis, 1979, 5, 108-112.

55. ROLLAND J., AUPIOU A., MARGENAD J.P.

Ostéites des maxillaires et du malaire.

Encycl. Méd. Chir., Paris, Stomato.. 10-1980 22077 A 10.

56. ROSENQUIST J.B., BESKOW R.

Tuberculosis of the maxilla: Report of case
J. Oral Surg, 1977, 35, 4, 309-310.

57. ROUJEAU J., CHELLOUL N.

Lésions dystrophiques et inflammatoires de l'os.
Abrégé d'anatomie spéciale. *Asclepios Sarl 1973 : 567-576.*

58. ROUVIERE H.

Anatomie de la tête et du cou.
Anatomie Humaine – Tome I tête et cou, 11^{ème} édition
Masson, 82-86, 97-100, 144-188, 196-243

59. SATO M., YAMAGUCHI S., KAKUTA S., NAGUMO M.

Osteomyelitis of the mandible in a patient with acquired systemic analgia.
Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1997, 55(1): 97-99.

60. SCHOFIELD I.D.F., WARREN B.A., ROZANIS J.

Review Of Localized Ostéitis.
Can. Dent. Assoc, 1980, 46, 3, 189-194.

61. SCHUKNECHT B.F., CARLS F.R., VALAVANIS A., SAILER H.F.

Mandibular osteomyelitis : evaluation and staging in 18 patients, using magnetic resonance imaging, computed tomography and conventional radiographs.
Journal-Of-Cranio-Maxillofacial-Surgery. 1997; 25(1): 24-33.

62. SEGUIN P. et BRETON P.

Ostéites des os de la face.
Encycl Méd Chir (Fl. SEVIER, PARIS), Stomatologie 1, 22-002-D-10, 1996, 10p.

63. SUEI Y. , TANIMOTO K, MIYANCHI M. et all.

Partial resection of the mandible for the treatment of diffuse sclerosing osteomyelitis : Report of four cases.

Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1997; 55(4): 410-415.

64. TOSSOU J.P.

Contribution à l'étude des ostéites des maxillaires au CNHU de Cotonou : Aspects cliniques et thérapeutiques (à propos de 39 observations).

Thèse Méd. n° 46, COTONOU, 1983 :133 p.

65. TOURE S.

Les infections chroniques de l'os, leur traitement en milieu hospitalier de BAMAKO.

Thèse de Méd. N°7, Bamako, 1975.

66. VAN DOURNE L., SOUBRY R., WACKENS G., GOOSSENS A.

Periostitis ossificans

Acta Stomatologia Belgica. 1995; 92(3): 131-136.

67. YACOUBOU A.

L'odontologie traditionnelle dans la prévention des affections bucco-dentaires à Nikki en R.P.B.

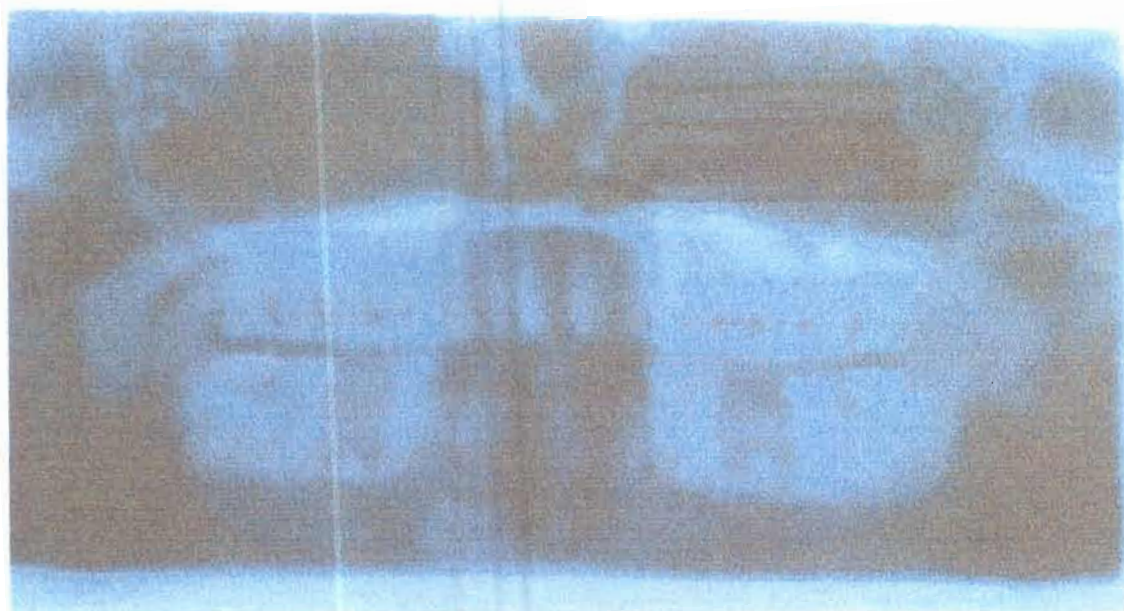
Mémoire n°247, CRDS, COTONOU, 1982.

ICONOGRAPHIE



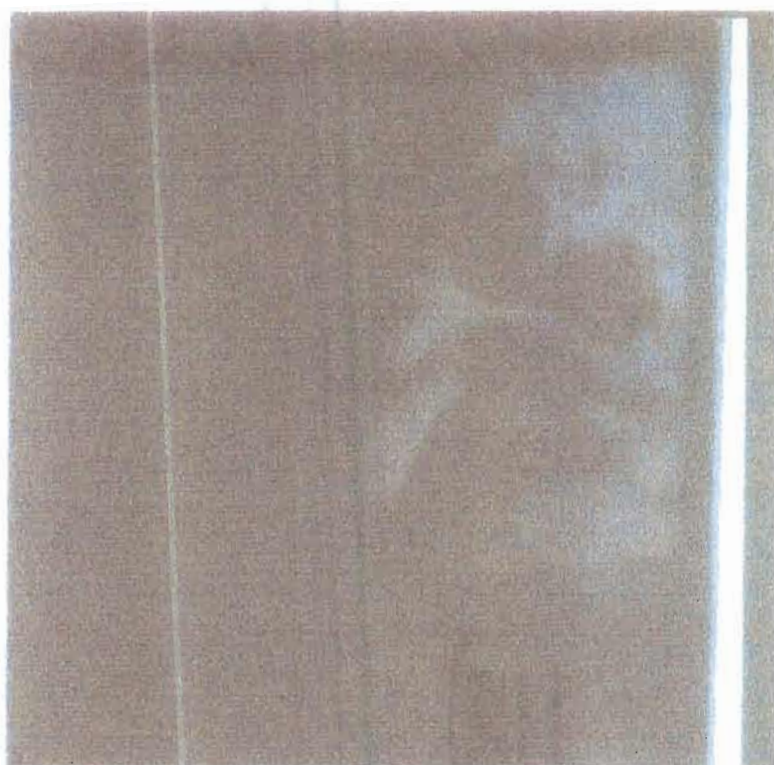
PHOTOGRAPHIE N° 1 :

Aspect clinique d'une ostéite mandibulaire droite avec
fistule cutanée



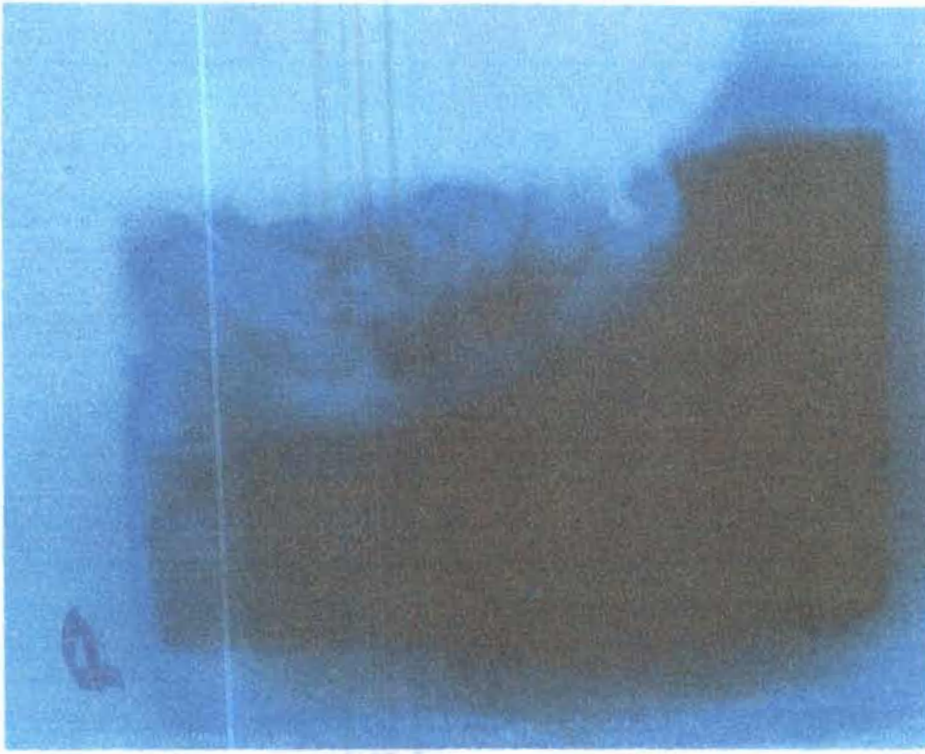
RADIOGRAPHIE N°1 :
Panoramique dentaire :

Sur chacune des deux branches horizontales, présence d'une lacune osseuse sans capsule comportant des séquestres et centrée par des racines dentaires.



RADIOGRAPHIE N°2 (Observation N°27) :

Grosse lacune de la branche horizontale hémimandibulaire gauche, adjacente aux racines dentaires.



RADIOGRAPHIE N°3 (Observation N°24) :

Défilé maxillaire droit :

Deux lacunes sans capsule à contenu hétérogène comportant des séquestres centrées chacune par des racines dentaires. Il existe un fuseau para dentaire associé.

ANNEXES

FICHE DE DEPOUILLEMENT :

N° de la fiche de dépouillement

N° du dossier

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- Q1 NOM :
- Q2 Prénoms :
- Q3 Age : (en années)
- Q4 Sexe : 1= Masculin 2= féminin
- Q5 Ethnie : 1. Adja et app. 2. Bariba et app.
3. Dendi et app. 4. YOA et LOKPA et app.
5. Fon et app. 6. HOUEDA et app.
7. Amarité et app. 8. Peulh et app.
9. Yoruba et app. 10. Autres
- Q6 Profession :
- Q7 Nationalité : 1. Béninoise 2. Autre
- Q8 Adresse :
- Q9 Date de la première consultation

II. MOTIFS DE CONSULTATION

- Q10 Tuméfaction génienne 1= Oui 2= Non
- Q11 Fistule 1= Oui 2= Non
- Q12 Douleur 1= Oui 2= Non
- Q13 Autres 1= Oui 2= Non

III. TRAITEMENT ANTERIEUR

- Q14 **Traitement médical** 1= Oui 2= Non
- a) Anti-inflammatoires 1= Oui 2= Non
- b) Antibiotiques 1= Oui 2= Non
- c) Autres (préciser)
-

Q15	Traitement chirurgical a) Dans un centre médical 1= Oui 2= Non b) Par un tradipraticien 1= Oui 2= Non	☐ ☐
IV. ANTECEDENTS		
Q16	- Infections dentaires ou paradentaires 1= Oui 2= Non Si oui, préciser le N° de la ou des dents	☐
Q17	- Drépanocytose SS : 1= Oui 2= Non	☐
V. EXAMEN CLINIQUE		
Q18	Tuméfaction :	
Q18-1	Siège : 1. Hémimandibule gauche 2. Hémimandibule droite 3. Maxillaire droit 4. Maxillaire gauche 5. Symphise	☐
Q18-2	Forme : 1. Arrondie 2. Ovalaire 3. Autres	☐
Q18-3	Consistance : 1. Ferme 2. Molle	☐
Q18-4	Taille : Diamètre en cm	
Q18-5	Signes inflammatoires : a) Douleur 1= Oui 2= Non b) Chaleur 1= Oui 2= Non	☐ ☐

	c) Rougeur 1= Oui 2= Non	☐
	d) Tuméfaction 1= Oui 2= Non	☐
Q19	Fistule cutanée :	
Q19-1	Siège :	
	1. Hémimandibulaire droite	☐
	2. Hémimandibulaire gauche	
	3. Maxillaire droit	
	4. Maxillaire gauche	
Q19-2	Ecoulement	
	1. Séreux	☐
	2. Purulent	
	3. Hématique	
	4. autre	
Q20	Fistule muqueuse intrabuccale	
	1. N° de ou des dents correspondante (s)	
Q21	Carie dentaire	
	1. N° de ou des dents correspondante (s)	
Q22	Adénopathies	
	1. OUI 2. NON	
	Si OUI, nombre	☐
Q23	Examen ORL :	
		
		
Q24	Reste de l'examen clinique :	
		
		

VI. DIAGNOSTIC

VII. BILAN PARACLINIQUE		
Q25	Radiologie	
Q25-1	Défilés maxillaires 1. OUI 2. NON	☐
Q25-2	Orthopantomogramme 1. OUI 2. NON	☐
Q25-3	Rx des Sinus 1. OUI 2. NON	☐
	Si oui, résultat :	
		
Q25-4	Autres	
Q26	Anatomie pathologie	
Q26-1	Etude macroscopique : 1. OUI 2. NON	☐
		
		
Q26-2	Etude microscopique :	
		
		
Q27	Biologie	
	1. N.B	☐
	2. V.S	
	3. Autres	
VII. TRAITEMENT		
Q28	Traitement médical	
	a) Anti-inflammatoires 1= Oui 2= Non	☐
	b) Antibiotiques 1= Oui 2= Non	☐
	c) Autres (préciser)	
		
Q29	Traitement chirurgical 1= Oui 2= Non	☐
	Si oui,	
	a) abord externe	
	b) abord interne	

VIII. EVOLUTION				
Q30	Favorable	1= oui	2= Non	☐
Q31	Défavorable	1= oui	2= Non	☐
Q32	Si défavorable			
	1- récidence	1= oui	2= Non	☐
	2-séquelles			
	2.1-esthétique	1= oui	2= Non	☐
	2.2-fonctionnelle	1= oui	2=Non	☐
	2.2-nerveuse	1= oui	2= Non	☐
Q33	Patients perdus de vue	1= oui	2=Non	☐

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. GENERALITES	5
1.1 RAPPELS EMBRYOLOGIQUES	6
1.1.1. les bourgeons faciaux	6
1.1.2. Ossification des bourgeons maxillaires	6
1.1.3. Ebauches et mise en place du sinus maxillaire	7
1.2 RAPPELS ANATOMIQUES	7
1.2.1. LE MAXILLAIRE SUPERIEUR	7
1.2.1.1. Configuration externe :	7
1.2.1.2. Les muscles :	9
1.2.1.3. Vascularisation :	11
1.2.1.3.1 Les artères	11
1.2.1.3.2 Les veines	12
1.2.1.3.3 Les lymphatiques	12
1.2.1.4. Innervation	12
1.2.2. LE MAXILLAIRE INFERIEUR	13
1.2.2.1. Configuration externe :	13
1.2.2.1.1 Le corps mandibulaire	14
1.2.2.1.2 La branche montante	14
1.2.2.1.3 Le canal dentaire inférieur	15
1.2.2.2. Les muscles	15
1.2.2.3. Vascularisation	18
1.2.2.3.1 Les artères	18
1.2.2.3.2 Les veines	18
1.2.2.3.3 Les lymphatiques	19
1.2.2.4. Innervation	19
1.2.3. LE PLATEAU ALVEOLAIRE	20
1.2.4. DISTRIBUTION LYMPHATIQUE	21
1.3 RAPPELS HISTOLOGIQUES	23
1.3.1. LE TISSU OSSEUX	23
1.3.1.1. La matrice extracellulaire	23
1.3.1.1.1 La phase organique	23
1.3.1.1.2 La phase minérale	23
1.3.1.2. Les cellules osseuses	24
1.3.1.2.1 L'ostéoblaste	24
1.3.1.2.2 L'ostéocyte	24

1.3.1.2.3 L'ostéoclaste	24
1.3.1.3 Le périoste	25
1.3.1.4 L'os alvéolaire	25
1.3.1.5 L'os compact	25
1.3.1.6 L'os spongieux	26
1.3.1.7 Particularités histologiques des maxillaires	27
1.3.1.7.1 Le maxillaire supérieur	27
1.3.1.7.2 Le maxillaire inférieur	27
1.3.2 LE TISSU GINGIVAL ET ENDO-BUCCAL	27
1.3.2.1 La gencive	27
1.3.2.2 La cavité buccale	28
1.4 RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	29
1.4.1 PHYSIOLOGIE DU MAXILLAIRE SUPERIEUR	29
1.4.2 PHYSIOLOGIE DU MAXILLAIRE INFERIEUR :	29
1.5 PHYSIOPATHOLOGIE	30
1.5.1. PROVENANCE DE L'INFECTION	30
1.5.1.1 Inoculation directe	30
1.5.1.2 Inoculation par voisinage ou contiguïté	30
1.5.1.3 Inoculation par voie hématogène	30
1.5.1.4 Les ostéites « primitives »	31
1.5.2. FACTEURS FAVORISANTS DES OSTEITES	32
1.5.3. GERMES EN CAUSE	32
1.6. ANATOMIE PATHOLOGIQUE	33
1.7. ETUDE CLINIQUE	34
1.7.1 OSTEITES DE CAUSES LOCALES OU D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE	35
1.7.1.1 Ostéites circonscrites	35
1.7.1.2 Ostéites diffusées	38
1.7.2 OSTEITES DE CAUSES GENERALES	41
1.7.2.1 Ostéomyélite aiguë des maxillaires	41
1.7.2.2 Ostéites tuberculeuses	42
1.7.2.3 Ostéites syphilitiques	42
1.7.2.4 Noma buccal	42
1.7.3 OSTEITES D'ORIGINE EXOGENE	43
1.7.3.1 Ostéoradionécrose	43
1.7.3.2 Ostéites des nécroses arsenicales	43
1.8. ETUDE THERAPEUTIQUE	44
1.8.1 TRAITEMENT CURATIF	44
1.8.1.1 Buts	44
1.8.1.2 Moyens	44
1.8.1.2.1 Moyens médicaux	44
1.8.1.2.2 Moyens chirurgicaux	46
1.8.1.3 INDICATIONS	49
1.8.2 TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE	50

1.8.3 PREVENTION	51
2.CADRE, MATERIEL ET METHODE D'ETUDE	52
2.1 CADRE D'ETUDE	53
2.1.1. LE CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU (CNHU)	53
2.1.2 LA CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE.	55
2.1.2.1 Ressources humaines	56
2.1.2.2 Activités du service	57
2.1.2.2.1 <i>Les Activités de consultation et de soins</i>	57
2.1.2.2.2 <i>Les activités d'enseignement</i>	57
2.1.2.2.3 <i>Les activités de recherche</i>	58
2.2 MATERIEL D'ETUDE	58
2.3 METHODE D'ETUDE	58
2.3.1 NATURE ET DUREE DE L'ETUDE	58
2.3.2 COLLECTE DES DONNEES	58
2.3.2.1 Sources de données	58
2.3.2.2 Outils de collecte et procédure	59
2.3.3 ECHANTILLONNAGE	59
2.3.3.1 Taille de l'échantillon – Population étudiée	59
2.3.3.2 Critères d'inclusion	59
2.3.3.3 Critères d'exclusion	59
2.3.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	60
2.3.5 CONTRAINTES ET DIFFICULTES	60
3.RESULTATS ET ETUDE ANALYTIQUE	61
3.1. RESUMES D'OBSERVATIONS	63
3.2. ETUDE ANALYTIQUE	94
3.2.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	94
3.2.1.1 Fréquence	94
3.2.1.2 L'âge	96
3.2.1.3 Le sexe	97
3.2.1.4 Etiopathogénie	99
3.2.2 DONNEES CLINIQUES	100
3.2.2.1. Les motifs de consultation	100
3.2.2.2. Signes physiques	101
3.2.2.3. Formes topographiques	103
3.2.3. AU PLAN PARACLINIQUE	106
3.2.3.1 La radiographie	106
3.2.4 ANALYSE THERAPEUTIQUE	107
3.2.5. LES RESULTATS	109

4.DISCUSSION	110
4.1 BILAN ETIOEPIDEMIOLOGIQUE	111
4.1.1 FREQUENCE	111
4.1.2 L'AGE	112
4.1.3 SEXE	113
4.1.4 CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS	114
4.1.4.1 Les ostéites de causes locales	114
4.1.4.1.1. <i>La carie dentaire</i>	114
4.1.4.1.2. <i>Le traumatisme</i>	115
4.1.4.1.3. <i>Les infections muqueuses et cutanées de la sphère ORL</i>	116
4.1.4.2 Ostéites de causes générales : ostéomyélite hématogène.	116
4.2 AU PLAN CLINIQUE	117
4.2.1 MOTIFS DE CONSULTATION	117
4.2.2 ANTECEDENTS	117
4.2.3 SIGNES PHYSIQUES	118
4.2.4 REPARTITION TOPORAPHIQUE DES LESIONS	118
4.2.4.1. Suivant la mâchoire	118
4.2.4.2. Suivant le côté atteint de la mandibule	119
4.2.4.3. Suivant le segment osseux mandibulaire	119
4.3 AU PLAN PARACLINIQUE	120
4.3.1 LA RADIOGRAPHIE	120
4.3.1.1. Les défilés maxillaires droits et gauches	120
4.3.1.2. La radiographie des sinus « Blondeau »	120
4.3.2 EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES	121
4.3.3 L'EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE ET LA CULTURE DU PUS	121
4.3.4 L'HEMOCULTURE	122
4.4 AU PLAN THERAPEUTIQUE	122
CONCLUSION	125
SUGGESTIONS	126
BIBLIOGRAPHIE	129
ICONOGRAPHIE	140
ANNEXES	144

VU

LE PRESIDENT DU JURY

VU

LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

S E R M E N T

Devant le peuple Béninois,

*En présence des Maîtres de cette Faculté et de ses
Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle dans l'exercice
de la profession,*

- aux intérêts du Peuple Béninois*
- aux principes fondamentaux de la Médecine Universelle*
- aux lois de l'honneur et de la probité,*

*Je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai
reçue de mes Maîtres en m'acquittant dignement et honnêtement
de mes fonctions dans le but de :*

- promouvoir, améliorer et renforcer l'état de santé du
peuple.*
- aider la communauté à prendre en charge elle-même sa santé*
- contribuer aux progrès de la pratique Médicale et de la
Science.*

*Que le Peuple m'accorde son estime si je reste fidèle à mes
promesses.*

Qu'il me méprise et me rejette si j'y manque.

RESUME :

L'ostéite des maxillaires, affection actuellement rare en Europe , reste toujours d'actualité en Afrique .

Dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CNHU de Cotonou, une étude rétrospective menée sur 17 ans concernant 31 patients recensés a permis de retenir ce qui suit :

- L'ostéite des maxillaires est une affection peu fréquente au CNHU de Cotonou : environ deux cas par an.
- Les jeunes de moins de trente (30) ans sont les plus atteints : 19 cas sur 31, soit 61,29% des cas.
- L'affection se rencontre plus chez les garçons (21 cas sur 31, soit 67,74% des cas) que chez les filles (10 cas sur 31, soit 32,26% des cas).
- L'infection dentaire et ses conséquences sont les principales causes favorisantes de l'affection (20 cas sur 31, soit 64,52% des cas).
- L'examen physique et les défilés maxillaires ont permis de poser le diagnostic chez des patients qui consultent le plus souvent en phase évoluée de séquestration et de fistulisation : 27 sur 31 cas (87,10%).
- La mandibule est le siège préférentiel de l'affection 28 cas sur 31 (90,32%) en particulier le coté gauche 25 cas sur 31 (64,80%).
- Au stade où nos malades sont reçus, le traitement est médico-chirurgical : 9 patients ont été perdus de vue après guérison cependant les résultats thérapeutiques sont satisfaisants chez 10 patients sur 25 opérés (40%) .

En dehors des pertes dentaires nous avons dénombré 5/31 cas (16,13%) de séquelles dont un cas de cicatrice chéloïde (3,12%) deux cas de constriction permanente des maxillaires et deux cas de sequelle d'hémimandibulectomie.

RESUME :

L'ostéite des maxillaires, affection actuellement rare en Europe, reste d'actualité en Afrique.

Dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CNHU de Cotonou, une étude rétrospective menée sur 17 ans concernant 31 patients recensés a permis de retenir ce qui suit :

- L'ostéite des maxillaires est une affection peu fréquente au CNHU de Cotonou ; environ deux cas par an.
- Les jeunes de moins de trente (30) ans sont les plus atteints : 19 cas sur 31, soit 61,29 % des cas.
- L'affection se rencontre plus chez les garçons (21 cas sur 31, soit 67,74 % des cas) que chez les filles (10 cas sur 31, soit 32,26 % des cas).
- L'infection dentaire et ses conséquences sont les principales causes favorisantes de l'affection (20 cas sur 31, soit 64,52 % des cas).
- L'examen physique et les défilés maxillaires ont permis de poser le diagnostic chez des patients qui consultent le plus souvent en phase évoluée de séquestration et de fistulisation : 27 sur 31 cas (87,10 %).
- La mandibule est le siège préférentiel de l'affection 28 cas sur 31 (90,32 %) en particulier le côté gauche 25 cas sur 31 (64,80 %).
- Au stade où nos malades sont reçus, le traitement est médico-chirurgical :
9 patients ont été perdus de vue après guérison cependant les résultats thérapeutiques sont satisfaisants chez 10 patients sur 25 opérés (40 %).
- En dehors des pertes dentaires nous avons dénombré 5/31 cas (16,13 %) de séquelles dont un cas de cicatrice chéloïde (3,12 %) deux cas de constriction permanente de maxillaires et deux cas séquelle d'hémimandibulectomie.