

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE



ANNEE 1984

N° 206

**LES CANCERS DES MAXILLAIRES  
ET DES SINUS DE LA FACE:  
ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

*A propos de 70 Observations au C N H U de Cotonou*

84/034

**THESE**

*présentée et soutenue publiquement  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

DIPLOME D'ETAT

*par*

**VIGNIKIN Bernadette**

NEE LE 7 SEPTEMBRE 1957 A OUIDAH

Président du Jury :

Directeur de Thèse : Professeur Agrégé Ayité Léon MEDJI

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

---

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN

: Henry-Valère T. KINIEFO

VICE-DOYEN

: Léon Ayité M E D J I

SECRETAIRES PRINCIPALES

: Félicité Solange DOSSOU-YOVO

LISTE DU PERSONNEL ETABLI EN 1984

PROFESSEURS

1. Dr Vincent D A N PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
2. Dr Edouard GOUDOTE ANATOMIE-CHIRURGIE
3. Dr Henry-Valère T. KINIFFO PATHOLOGIE CHIRURGICALE
4. Dr Eusèbe Magloire ALIHONOU GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5. Dr Benoît-Christophe SADELER PARASITOLOGIE
6. Dr Honoré ODOULATI CHIRURGIE GENERALE
7. Dr Félix Adjaf HAZOUME PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
8. Dr Alexis HOUNFONDJI MEDECINE INTERNE
9. Dr Bruno MONTEIRO MEDECINE INTERNE
10. Dr Souleymane BASSABI OPHTALMOLOGIE
11. Dr Léon Ayité MENJI OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

PROFESSEURS AGREGES

12. Dr René Gualbert AHYI PSYCHIATRIE
13. Dr Nazaire PADONCU CHIRURGIE GENERALE
14. Dr Isidore Sossa ZOHOUN HEMATOLOGIE
15. Dr César A K P O UROLOGIE
16. Dr Yves Hilarion AGBOTON SANTE PUBLIQUE
17. Dr Béatrice AGUESSY AHYI GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

PROFESSEURS-ASSISTANTS

1. Dr Comlan ANJIDO PSYCHIATRIE
2. Dr Hippolyte AGBOTON CARDIOLOGIE
3. Dr Thérèse Lange A. AGOSSOU PSYCHIATRIE
4. Dr Cyrille AHOSSI MICROBIOLOGIE
5. Dr Louis AKFLOGAN BIOCHIMIE
6. Dr Jean François BERTHOLON PHYSIOLOGIE
7. Dr Martin CHOBLI ANESTHESIE-REANIMATION
8. Dr Jean D A K P E ANATOMIE-CHIRURGIE
9. Dr Barthélémy Raphaël BARBOUX BIOLOGIE HUMAINE
10. Dr Achille MASSOUGBODJI PARASITOLOGIE
12. Dr Germain OJSSA OPHTALMOLOGIE
12. Dr Florencia PADOYOU DERMATOLOGIE
13. Dr René PERRIN GYNECOLOGIE
14. Mme Annette SCHWEICH PHYSIOLOGIE
15. Dr Théophile SODOGANDJI PHARMACOLOGIE
16. Dr Théophile Kossi ZOHOUN SANTE PUBLIQUE

COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

PROFESSEUR

Monsieur Jacques SETONDJI                      BIOCHIMIE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST

MAITRE - DE - CONFERENCES

1. Monsieur Georges ACCROMBESSI              CHIMIE ORGANIQUE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST
2. Monsieur Roger Paul HAZOUME              BIOPHYSIQUE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST
3. Monsieur Jean HOUNGBOSSA                PHYSICO-CHIMIE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST

PROFESSEURS - ASSISTANTS

1. Madame Pierrette de REGO                BIOCHIMIE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST
2. Monsieur Ambaliou SANI                    BIOCHIMIE  
FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES FAST

AUTRES INTERVENANTS

1. Monsieur Hospice AGBOTON                SOINS INFIRMIERS  
INFIRMIER, A H U I, EXPERT O.M.S
2. Docteur Georges HAZOUME                PHARMACOLOGIE  
PHARMACIEN

COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Mission d'Enseignement)

PROFESSEURS

1. Dr Michel DUMAS  
NEUROLOGIE  
INSTITUT D'EPIDEMIOLOGIE NEUROLOGIQUE ET  
NEUROLOGIE TROPICALE  
UNIVERSITE DE LILLOGES
2. Dr Jacques LAFFONT  
NEURO-ANATOMIE  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS ( FRANCE )
3. Dr Jacques LLORY  
BIOPHYSIQUE  
FACULTE DE MEDECINE  
UNIVERSITE DE MONTPELLIER
4. Dr Henri MOURAY  
BIOCHIMIE  
U.E.R. DE MEDECINE DE TOURS ( FRANCE )
5. Dr Cyprien QUENUM  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS  
UNIVERSITE DE PICARDIE
6. Dr Henri TOSSOU  
UROLOGIE  
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
DE DAKAR ( SENEGAL )

PROFESSEURS AGREGES

1. Dr Ayité H. d'AIMELLA  
BACTERIOLOGIE  
FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET  
BIOLOGIQUES DE LOME ( TOGO )
2. Dr J.F. CAILLARD  
MEDECINE DU TRAVAIL  
FACULTE DE MEDECINE DE ROUENS ( FRANCE )
3. Dr Etienne FROGE  
MEDECINE LEGALE  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS ( FRANCE )

ASSISTANT

Madame Dominique

TOUSSAINT-DENYLE

BIOLOGIE HUMAINE

BRUXELLES ( BELGIQUE )

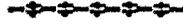
VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

REPUBLIQUE POPULAIRE DU BENIN



UNIVERSITE NATIONALE  
DU BENIN

---

FACULTE DES SCIENCES  
DE LA SANTE

---

"PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE  
LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS  
CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR".

**JE DEDIE CE**

**TRAVAIL**

-----

//-)U

DIEU DE MON AMOUR

"Ceux qui sèment avec larmes aux yeux  
moissonnent avec des chants d'allégres-  
se" Ps 126 - 5 -

Oui, je lui rends tout l'honneur et toute gloi-  
re qui lui sont dus. Car sans ses multiples  
interventions ce travail n'aurait pas vu le  
jour.

Et toi MARIE, MÈRE de DIEU et ma mère je t'a-  
dresse du fond de mon coeur les prémices de mon  
acte de gratitude.

Ce travail t'est également dû...

//-)UX

CHANCEFEUX DU MONDE ENTIER

L'humanité vaincra un jour ce fléau.

//-) )

MON PAYS LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU BENIN

L'homme est un immense capital s'il  
jouit d'une bonne santé.

//-) )

MON PERE BIENVENU VIGNIKIN IN MEMORIAM

Tu n'es plus. En un seul jour le 17  
Juillet 1983 tout fut consumé.

Pourtant tu as béni les débuts de cet-  
te aventure ; reçois en ce jour les  
remerciements de tous les sacrifices  
consentis.

En ta sainte mémoire et dans ton ~~parfait~~  
amour, ta fille encore à genoux prie !

Que ton âme repose en paix en même temps  
que ton ombre me suive et guide mes pas.

//-

MA MÈRE : MARIE TCHASSOU ADJINONTHO

C'est vers toi seule que se dirige  
aujourd'hui mon regard.

Par le sacrifice sans limite, par tes  
conseils, tu es toujours présente à mes  
côtés pour me mettre sur le bon chemin.

- Que de peines - que de patience - que  
de privations pour tes enfants. Tu nous  
as très tôt appris que la vie est une  
lutte très dure.

Cette thèse est le témoignage de mon af-  
fectueuse reconnaissance.

Puisse le TOUT-PUISSANT te garder encore  
très longtemps parmi nous.

//-

MON GRAND PÈRE RAYMOND VICHNIKIN

J'ai voulu emboîter tes pas en faisant  
les études universitaires.

Que ce modeste travail serve de gage pour  
mon affectueuse reconnaissance.

A ta chère Epouse ARLETTE pour tous les  
efforts qu'elle ne cesse de déployer pour  
nous.

//-

FOFO EPIPHANE COSSI VIGNIKIN

Tu incarnes l'homme du courage.  
 Tu as souvent accompli ton devoir de  
 grand frère même en des circonstances  
 difficiles.

Ce travail n'a pu se réaliser sans ton  
 concours.

Puisse-t-il être pour toi et à ta chère  
 épouse SOLAIGNE l'humble expression de  
 ma reconnaissance infinie.

//-

TOUS MES AUTRES FRERES ET SOEURS PARTICU-  
 LIEREMENT A

ANDROISINE - MARC - CHARLES

Pour une famille plus unie et plus soli-  
 daire.

//-

KAKANAKOU JULIENNE EPOUSE HOUSSOU FELIX

Toute ma reconnaissance.

//-

MON ONCLE PIERRE VIGNIKIN

Tu incarnes les mânes des ancêtres.  
 Puisse toute la famille VIGNIKIN pros-  
 pérer sous tes bénédictions.

//-

MA TANTE JEANNE VIGNIKIN

Tu m'as séduitte par ta bonté.  
 Filial attachement.

/-

CLAIRE AHOUANCONOU

Vive reconnaissance à toi et à ton  
époux.

/-

JUSSELLE VIGHIKIN

Petite mère adoptive. C'est avec toi  
que j'ai pris goût aux études.

Admiration et profonde gratitude à toi  
et à ton mari JEAN VIGHIKIN.

/-

MADAME PHILLOMENE EZIEN

Tu es pour moi comme une mère.  
Tu m'as rendu la vie agréable à un mo-  
ment dramatique de mon existence par  
ton soutien moral et tes conseils.

Je n'oublierai jamais tout ce que tu as  
fait et es pour moi.

Puisses-tu trouver en ce travail qui est  
aussi le tien mon profond et indéfecti-  
ble attachement filial.

/-

PAPA E Z I E BENOIT

Tu es mon père spirituel.

En me parlant de DIEU tu m'as confirmé  
le chemin à suivre. Car "quand Dieu ac-  
corde ses bienfaits notre terre donne son  
fruit" Ps 85 - 13 - Ce fruit de mon labeur,  
je le dois avant tout à mon DIEU donateur  
de vie et de santé.

En ce jour, permets-moi de te formuler mes vœux respectueux de BONHEUR - de PAIX - et de LONGEVITE.

/-

JOSIANE EZIÈ EPOUSE HOUMGBE

Un heureux hasard nous a unies sur les bancs de la Faculté de Médecine.

Dès lors nous sommes devenues des amies sœurs.

Puisse cette amitié se consolider davantage.

A ton cher époux FABRIEN, gratitude

/-

ANTOINETTE KRASSELOKOHINTO

Tu n'es pas seulement une camarade du cours primaire et d'amphi, mais plutôt et surtout une amie. Trouve en ce travail la manifestation de mon profond attachement.

/-

ELISABETH ADEOSI

Nous étions parties pour un même objectif depuis les bancs du Cours Secondaire Protestant où nous étions des amies. Mais le sort en a décidé autrement.

Tu as choisi ta voie et moi la mienne. Cette orientation différente n'a changé en rien nos rapports.

Puisses-tu trouver en ce travail qui est également le tien, l'hommage de mon indéfectible attachement.

/-

GOUFODUI BEATRICE

A toi je souhaite du courage.

/-

MES AMIES MARCELLINE BIBI ET MARTINE ADELOUI

Veillez trouver en ce travail le gage  
d'une amitié fidèle et sincère.

/-

KLESSOU LEON

A toi du courage

/-

TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION EN PARTICULIER

- Raphaël ADDA - Marcel SAGBOHAN
- Boukari OUEDRAOGO - Améde de SOUZA
- Jodi HADA - Yessoufou TCHABI
- Safiatou SYLLA

et plus spécialement à

- Emile MENSHAH - Prosper GANDAHO
- Sidonie HOUNNOU - Raïmatou SOUMANOU
- Dorothe KINDE - Rosmonde AKINDES.

en souvenir des années riches en péripéties que  
nous avons passées ensemble.

/-

MICHEL DETIEN HONVO

Profonde gratitude pour tous les biens  
dont tu m'as comblés.

/-

MON SECRETAIRE EMILE HONVOH ET A SON CHEF

DE SERVICE ROMUALD EYEBIYI.

Sincères remerciements.

[-)UX

DOCTEURS

- Michel LAWSON - René HODONOU
- ADDRA - AVINANDJE

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de profond respect.

[-)U

DOCTEUR DJOSSOU ALBERT

Votre sympathie, votre accueil chaleureux nous resteront inoubliables.

Vive reconnaissance.

[-)UX

PROFESSEURS - ASSISTANTS

- Béatrice AGUESSY - Thérèse ACOSSOU
- Florencia PADONOU - Théophile ZOHOUN

Gratitude et déférence

[-)

DOCTEUR HOUKPE CELESTIN

Même de l'EUROPE, vous avez participé à l'élaboration de ce travail.

Reconnaissance et gratitude

[-)

TOUS MES MAITRES DU COURS PRIMAIRE

En particulier à Marc HODONOU in memoriam

[-)

TOUT LE PERSONNEL DE LA FACULTE DES SCIENCES  
DE LA SANTEE

Et en particulier à celui de la bibliothèque.

Pas une seule phrase de cette thèse n'ait été révisée en dehors de cette bibliothèque. Son atmosphère de calme nous a toujours plu et le personnel qui s'y trouve gai et accueillant. Toute notre gratitude à ce groupe et plus spécialement à :

- leur Chef AWO Isaïe
- SOGLOHOUN Faustin - GAHOU Jean
- ARSENE - FANTA - ADELE

/A

TOUT LE PERSONNEL DU C.N.H.U.

Surtout à celui du service d'O.R.L. avec Mme MEDO et ADEOCHOUN Jacques

/A)UX

REHABILITANTES DU C.N.H.U.

Plus particulièrement celles de

- la chirurgie "B"
- la chirurgie "A"
- la crèche.

/A

TOUS LES AUTRES

Que ceux que nous aurions oublié de citer nous pardonnent. Car pour tisser l'atmosphère de cordialité dont nous avons été entourée au cours de l'élaboration de ce travail, personne n'a été de reste.

//U

PROFESSEUR BRUNO MONTEIRO PROFESSEUR  
DE PATHOLOGIE MEDICALE

Vos connaissances et votre humilité scientifique vous ont fait reconnaître comme un grand maître. Depuis notre deuxième année vous nous aviez donné une directive médicale raisonnée et méthodique ; votre rigueur et votre logique font de vous un grand thérapeute .....

Nous sommes fiers d'avoir été une de vos élèves. Humblement nous vous prions d'accepter notre reconnaissance infinie.

//U

PROFESSEUR ALEXIS HOUNTONDI PROFESSEUR DE  
PATHOLOGIE MEDICALE

Votre éloquence, votre habileté, vos cours de pathologie médicale bien conduits et votre sens aigu de l'humain nous ont permis de vous découvrir. Avec notre admiration nos respectueux remerciements.

//U

PROFESSEUR ODOULANI HONORE PROFESSEUR DE  
PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Vous avez toujours été disponible et bienveillant pour nous faire profiter de votre immense expérience et de votre savoir toutes les fois que nous avons recours à vos conseils.

Gratitude et Déférence.

//-)U

PROFESSEUR AGREGE CESAR AKPO  
PROFESSEUR D'UROLOGIE

La concision de vos enseignements tant théoriques que pratiques nous a toujours persuadé de votre totale maîtrise de la pédagogie.

Nous avons rarement rencontré un maître d'une probité intellectuelle aussi élevée que la vôtre.

En ce jour qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude.

//-)U

PROFESSEUR AGREGE NZAIRE PADONOU PROFESSEUR  
DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Votre sens aigu du devoir et du travail bien accomplis font de vous une référence notable.

Veillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de gratitude.

//-)U

PROFESSEUR AGREGE RENE AHYI PROFESSEUR DE  
PSYCHIATRIE

Il n'est de contact avec vous qui ne soit enrichissant.

Vos suggestions sont pour nous un précieux enseignement.

Reconnaissance et Profond Respect.

K

//-)U

PROFESSEUR EUSEBE ALIHONOU PROFESSEUR  
DE GYNECO-OBSTETRIQUE

Nous retiendrons en particulier l'efficacité de vos méthodes d'enseignement de la gynécologie et de l'obstétrique, votre ardeur et votre joie au travail. Votre exemple sera suivi.

Reconnaissance et Respectueuse souvenirs.

//-)U

PROFESSEUR VINCENT DAN PROFESSEUR DE PEDIATRIE

Nous n'avons cessé d'admirer la richesse et l'étendue des connaissances dont vous avez bien voulu nous faire bénéficier.

Hommage respectueux

//-)U

TOUS NOS MAITRES, LES PROFESSEURS

- ISIDORE ZOHOUN - YVES AGBOTON
- FELIX HAZOUME - CHRISTOPHE SADELER

En dépit des conditions de travail souvent pénibles, vous avez su par votre disponibilité de tous les instants nous transmettre le message de la science et nous conduire au succès.

Avec un coeur rempli de reconnaissance, nous vous disons respectueusement merci.

L

(F-)U

PROFESSEUR VALERE H. T. KINIFFO PROFESSEUR DE  
PATHOLOGIE CHIRURGICALE - DOYEN DE LA F.S.S.

La clarté, la précision, la rigueur, la minutie de vos enseignements et votre humanisme sont des atouts liés à votre personne et font de vous un grand maître.

Veillez accepter malgré votre grande modestie, nos déférents sentiments de gratitude.

(F-)U

PROFESSEUR EDOUARD GOUDOTE PROFESSEUR D'ANATOMIE

Nous rendons hommage à la clarté de votre enseignement d'anatomie, la virtuosité de l'opérateur incontesté et surtout à la confiance que vous nous avez manifestée, en nous laissant votre bureau pour le dépouillement de vos cahiers de protocole opératoire. Nous avons recueilli avec passion les fruits de votre immense expérience.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

17-

NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE : LE PROFESSEUR  
LEON A. MEDJI PROFESSEUR D'O.R.L. - VICE-DOYEN  
DE LA F.S.S.

L'émotion nous assiège et les mots nous manquent pour vous exprimer la profondeur de nos sentiments.

Votre rigueur dans la simplicité, votre inlassable dévouement à l'égard de l'humanité souffrante, vos qualités d'opérateur incontesté et votre accueil toujours bienveillant mêlent à notre admiration un profond attachement.

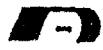
Vous avez accepté de nous confier ce travail dont vous avez suivi la réalisation avec un grand intérêt et une attention soutenue. Nous pensons y avoir exprimé les idées qui sont les vôtres.

Vous nous avez aussi avec une affectueuse sollicitude initiée aux joies et aux servitudes de la vie de médecin.

Que ce travail soit le prélude de liens plus profonds entre le maître et l'élève qui n'oubliera jamais ce qu'il vous doit.

Nous exprimons très respectueusement à vous, à votre chère épouse et à tous vos enfants notre reconnaissance et notre fidèle attachement.

N



N O S      J U G E S

/A)

NOS JUGES

Avoir accepté d'être nos juges confirme aussi le grand intérêt que vous portez au douloureux problème de cette affection encore meurtrière qu'est : "le cancer des maxillaires".

Nous sommes certaine que vos critiques ne feront qu'améliorer ce travail.

Veillez accepter nos hommages respectueux.

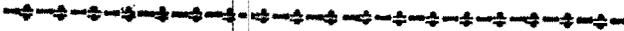
/A)

NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre vive gratitude et notre profond respect.

**JOURNAL FILE**



## O M M A I R E

PAGES

<u>INTRODUCTION</u> .....	6
<u>CHAPITRE PREMIER</u> : RAPPELS.....	9
1. 1. EMBRYOLOGIE.....	10
. Les bourgeons faciaux.....	10
. Ebauches et développement des sinus de la face.....	11
1. 2. ANATOMIE.....	12
. Le maxillaire supérieur.....	12
. Les sinus de la face.....	14
. Le maxillaire inférieur.....	17
. La vascularisation.....	20
. Les lymphatiques.....	25
. L'innervation.....	26
1. 3. HISTOLOGIE.....	28
. Structure du tissu osseux.....	28
. Particularités des maxillaires.....	28
. Tissu gingival.....	29
. Revêtement des sinus.....	30
<u>DEUXIEME CHAPITRE</u> : CADRE ET METHODES D'ETUDE.....	32
2. 1. CADRE.....	33
2. 2. MATERIEL ET METHODES D'ETUDE.....	34
2. 3. RESUMES DES OBSERVATIONS.....	36

<u>TROISIEME CHAPITRE</u> :	<u>ETUDE CLINIQUE</u> .....	71
3. 1.	EPIDEMIOLOGIE.....	72
	. La fréquence.....	72
	. L'âge.....	73
	. Le sexe.....	74
	. L'ethnie.....	76
3. 2.	LA CLINIQUE.....	80
	. Les cancers du maxillaire supérieur.....	80
	* Période de début.....	80
	* Période d'état.....	84
	* Formes anatomo - cliniques des cancers du maxillaire supérieur.....	85
	. Les cancers du maxillaire inférieur.....	89
	* Période <sup>de</sup> début.....	89
	* Période d'état.....	89
	* Formes topographiques des cancers du maxillaire inférieur.....	90
3. 3.	FORMES EVOLUTIVES DES CANCERS MAXILLAIRES.	91
	. Métastases ganglionnaires.....	91
	. Les autres formes de métastases.....	93
	. Les formes multiples.....	93
	. Les formes associées.....	93
3. 4.	EVOLUTION SPONTANEE.....	94
	. Extension locale.....	94
	. Extension loco-régionale.....	94
	. Extension générale.....	94
<u>QUATRIEME CHAPITRE</u> :	<u>PARACLINIQUE</u> .....	95
4.1.	EXAMEN RADIOLOGIQUE.....	96
	. Bilan radiologique.....	96
	* Au maxillaire supérieur.....	96
	* Au maxillaire inférieur.....	97
	. Images radiologiques.....	97
	* Au maxillaire supérieur.....	97
	* Au maxillaire inférieur.....	98

4. 2. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.....	99
. La biopsie.....	100
. Les aspects histologiques.....	100
* Les tumeurs épithéliales.....	101
* Les tumeurs conjonctives.....	103
* Les tumeurs nerveuses.....	105
* Les tumeurs dysembryoplasiques.....	106
4. 3. LES AUTRES EXAMENS.....	108
. La radiographie pulmonaire.....	108
. L'E.C.G.....	108
. Les examens de sang.....	108
* L'héмограмme.....	108
* La vitesse de sédimentation.....	109
* Le bilan préopératoire.....	109
<u>CINQUIEME CHAPITRE</u> : <u>DIAGNOSTICS ET</u> <u>CLASSIFICATION</u> .....	110
5. 1. DIAGNOSTIC POSITIF.....	111
5. 2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	112
5. 3. CLASSIFICATION T.N.M.....	117
. Le volume tumoral.....	117
. Les adénopathies.....	118
. Les métastases.....	118
<u>SIXIEME CHAPITRE</u> : <u>TRAITEMENT</u> .....	121
6. 1. BUTS DU TRAITEMENT.....	122
6. 2. METHODES ET MOYENS THERAPEUTIQUES.....	122
. Chirurgie.....	122
. Radiothérapie.....	125
. Moyens médicaux.....	127
* Chimiothérapie.....	127
* Moyens adjuvants.....	130
6. 3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES.....	131
. Au maxillaire supérieur.....	131
. Au maxillaire inférieur.....	132
. Suivant le type histologique.....	132

6. 4. CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT.....	132
. Traitement médical.....	133
. La chirurgie.....	134
* Au maxillaire supérieur.....	134
* Au maxillaire inférieur.....	134
. La radiothérapie.....	135
6. 5. RESULTATS DU TRAITEMENT ET COMMENTAIRE.....	135
. Cyclophosphamide seul.....	137
. Cyclophosphamide + Chirurgie.....	137
. Cyclophosphamide + Chirurgie + Radiothérapie.....	138
. Chirurgie exclusive.....	138
. Suivant le type histologique.....	139
6. 6. EVOLUTION SOUS TRAITEMENT.....	140
CONCLUSIONS GENERALES.....	141
RECOMMANDATIONS.....	143
ICONOGRAPHIE.....	146
BIBLIOGRAPHIE.....	155



# *INTRODUCTION*



## II N P R O D U C T I O N



Les tumeurs malignes des maxillaires et des sinus de la face constituent un chapitre important de la pathologie carcinologique de la sphère O.R.L. Elles sont loin d'être rares et conservent leur redoutable gravité malgré les progrès réalisés sur le plan thérapeutique. Cette gravité est encore plus alarmante en AFRIQUE et singulièrement chez nous au BENIN où les consultations hospitalières sont trop tardives et l'arsenal thérapeutique encore très modeste.

Une série de 70 tumeurs malignes des maxillaires et des sinus de la face ont été observées au Centre National Hospitalier et Universitaire de COTONOU pendant une décennie de pratique médicale. C'est dire que ces tumeurs existent et disons aussi que la mise à jour de l'histoire de la cancérologie en République Populaire du Bénin est vieille de 8 ans. Elle est le fruit des thèses de :

- AKINDES L. (2) qui en 1977 sur 792 tumeurs génitales relève 49 cancers génitaux soit 6,18 %.

- PRODJINONTHO F. X. (109) qui en 1977 sur 54 ulcères phagédéniques de jambe colligés en 4 ans a noté 11 ulcères phagédéniques cancérisés soit 19,64 %.

- DJIVOH G. (37) sur les cancers du sein en 1978.

- LOROSSOU A. (88) en 1978 sur 124 tumeurs de l'ovaire a relevé 20 cancers de l'ovaire soit 16,13 %.

- DANHOUTIE G. (31) sur les sarcomes en 1980 à propos de 106 cas.

- HOUNGASSO P. P. (68) en 1981 sur 5874 cas de pathologie tumorale générale retrouve 546 tumeurs malignes dont 106 cas de la sphère O.R.L. soit 19,41 % dans la série occupant ainsi la deuxième place après les cancers génitaux 117 cas d'après le même auteur.

- YAROU M. (141) en 1983 retrouve 22 tumeurs malignes du larynx.

Notre travail portant sur ces 70 cas vise un triple but :

- affirmer d'abord l'existence de ces tumeurs et contribuer à leur meilleure connaissance clinique.

- recenser les moyens dont nous disposons et analyser nos résultats suivant les méthodes thérapeutiques utilisées.

- proposer des mesures pour renforcer les moyens thérapeutiques afin d'obtenir de meilleurs résultats, et surtout veiller à la prévention de ces affections graves par l'information et l'éducation pour la santé.

Mais avant d'aborder ces points essentiels il serait intéressant de rappeler quelques données embryologiques, anatomiques et histologiques des maxillaires et des sinus de la face. Nous nous proposons donc de suivre le plan d'étude suivant :

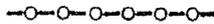
- 1 - Rappels
- 2 - Cadre et méthodes d'étude
- 3 - Etude clinique et évolution spontanée
- 4 - Examens paracliniques
- 5 - Diagnostics et classification
- 6 - Traitement et résultats.

- Conclusions générales
- Recommandations.

# CHAPITRE PREMIER



## RAPPELS



1. 1. EMBRYOLOGIE
1. 2. ANATOMIE
1. 3. HISTOLOGIE

# R A P P E L S

--o--o--o--o--o--o--

Ces rappels s'imposent car la situation et la constitution des maxillaires et des sinus de la face favorisent le développement des tumeurs de ces régions, expliquent leurs possibilités d'extension et surtout leur gravité.

## 1. 1. EMBRYOLOGIE

La face s'édifie à partir de "bourgeons" massifs mésoblastiques soulevant l'épiblaste de l'extrémité craniale de l'embryon et limitant entre eux une dépression profonde : le stomodaeum ou bouche primitive.

### 1. 1. 1. LES BOURGEONS FACIAUX

Ils sont au nombre de cinq séparés initialement par des sillons qui se combleront au cours de la quatrième semaine de la vie intra-utérine.

#### LE BOURGEON FRONTAL

Il est impair et médian. Déterminé par la saillie du télencéphale il forme le plafond du stomodaeum.

#### LES DEUX BOURGEONS MAXILLAIRES INFÉRIEURS

Ils apparaissent les premiers et émanent du premier arc branchial ou arc mandibulaire centré par le cartilage de MECKEL. Ces deux bourgeons maxillaires inférieurs confluent rapidement sur la ligne médiane pour former le plancher du stomodaeum. Vers la fin du troisième mois apparaissent des éléments cartilagineux au niveau du condyle - du coroné - de l'angle et de la symphyse.

#### LES DEUX BOURGEONS MAXILLAIRES SUPÉRIEURS

Ils sont des émanations des précédents et forment les

berges latérales du stomodaeum. Le premier centre d'ossification est un centre post-maxillaire. Il apparaît au cours du deuxième mois dans le tissu membraneux qui revêt la face externe de la capsule nasale. Le deuxième centre est prémaxillaire il se situe au sein du tubercule incisif. Très tôt les centres s'unissent. A la naissance le maxillaire supérieur se caractérise par son faible développement en hauteur. C'est une masse osseuse bourrée de germes dentaires.

Le palais primaire est entièrement mis en place au 45<sup>e</sup> jour de vie intra-utérine.

La soudure des processus palatins et du septum nasal commence autour du 60<sup>e</sup> jour.

Ainsi aux environs de la 9<sup>e</sup> 10<sup>e</sup> semaine, "la face du fœtus est pratiquement constituée définitivement." (TUCHMANN) (137)

#### 1. 1. 2. EBAUCHES et DEVELOPPEMENT des SINUS de la FACE

A la 8<sup>e</sup> semaine, l'épithélium qui tapisse la paroi externe de la fosse nasale primitive délimite des bourrelets ou futurs cornets. Les sillons qui séparent les bourrelets ethmoïdaux se creusent et donnent naissance à un diverticule terminé en cul-de-sac : l'infundibulum embryonnaire qui semble être l'origine de tous les sinus antérieurs de la face.

#### LE SINUS ETHMOÏDAL

Il est le premier à apparaître au 3<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine. A la naissance ce sont des cellules sphériques. A 4 ans elles commencent à envahir le segment ethmoïdal du frontal. Vers 12 - 13 ans leur développement est terminé.

#### LE SINUS MAXILLAIRE

Il apparaît par évagination du méat moyen au niveau de l'infundibulum embryonnaire au 4<sup>e</sup> - 5<sup>e</sup> mois. C'est la seule cavité

individualisée à la naissance. Dès deux ou trois ans la cavité prend une forme pyramidale et devient visible à la radiographie. Sa croissance continue jusqu'à 15 ans sauf pour l'extrémité postéro-inférieure qui ne prend sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse.

#### LE SINUS FRONTAL

Chaque sinus frontal provient d'une cellule ethmoïdale antérieure développée entre les deux tables du frontal. Le plus souvent cette cellule originelle est l'infundibulum, situé à l'extrémité supérieure de la gouttière uncibulaire. L'individualisation du sinus frontal ne s'effectue que vers deux ans. Il faut attendre 6 à 8 ans pour qu'il soit radiologiquement visible. Son développement n'est terminé que vers 15 ans.

#### LE SINUS SPHENOIDAL

Son origine et sa date d'apparition ont été longtemps discutées.

Selon VAN GILSEL, chaque sinus sphénoïdal provient d'une évagination de la cavité olfactive tapissée de son épithélium. Du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine la capsule nasale s'ossifie pour constituer l'osselet de BERTIN dans lequel se creuse l'ébauche du sinus sphénoïdal. A la naissance le sinus est une très petite cavité uniquement dans cet osselet de BERTIN. A 3 - 4 ans ce sinus envahit le sphénoïde. Vers 15 ans se termine son développement.

### 1. 2. ANATOMIE DESCRIPTIVE

Elle ne concerne que les éléments qui nous intéressent.

#### 1. 2. 1. LE MAXILLAIRE SUPERIEUR

Le maxillaire supérieur ou maxillaire proprement dit est l'os le plus volumineux de la face. Os pair et non symétrique, il s'unit à celui du côté opposé et aux onze 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 (les fosses nasales en dehors, les cavités orbitaires en bas et la cavité buccale en haut) d'où une symptomatologie révélatrice des cancers du massif facial extrêmement riche pouvant faire égarer le diagnostic.

#### SA CONFIGURATION EXTERNE

Elle est très irrégulière et on peut grossièrement considérer l'os comme formé d'un corps duquel se détachent trois apophyses qui sont :

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

#### Le Corps

Il 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 lui reconnaît 4 faces et 4 bords. Seules les faces postérieure et supérieure nous intéressent en raison des rapports.

##### . La Face Postérieure ou Infratemporale

Elle 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 intraosseux. Ce sont les sillons et les orifices des canaux dentaires postérieurs dans lesquels s'engagent les vaisseaux et les nerfs du même nom.

##### . La Face Supérieure ou Orbitaire

Elle 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.

Le bord inférieur ou bord alvéolaire est le seul qui nous intéresse. Il est épais et 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'HUGHMORE qui lui confère sa relative légèreté sans altérer sa solidité. Nous y reviendrons.

### 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 ci-après rendent compte de leur répartition sur le maxillaire de même que de la configuration externe de celui-ci.

#### 1. 2. 2. LES SINUS DE LA FACE

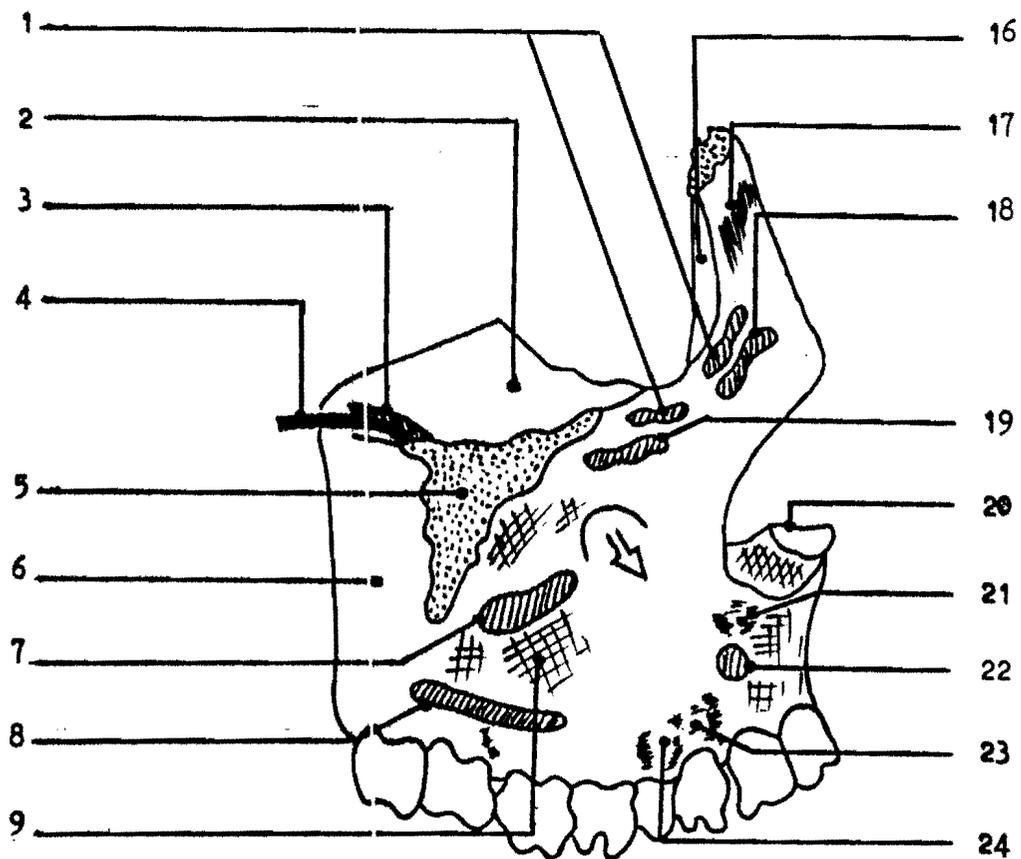
Ce sont des cavités pneumatiques annexées aux fosses nasales. On distingue :

##### 1. 2. 2. 1. Les Sinus Maxillaires

Au nombre de deux, ces sinus sont dans la grande majorité des cas le point de départ du processus néoplasique.

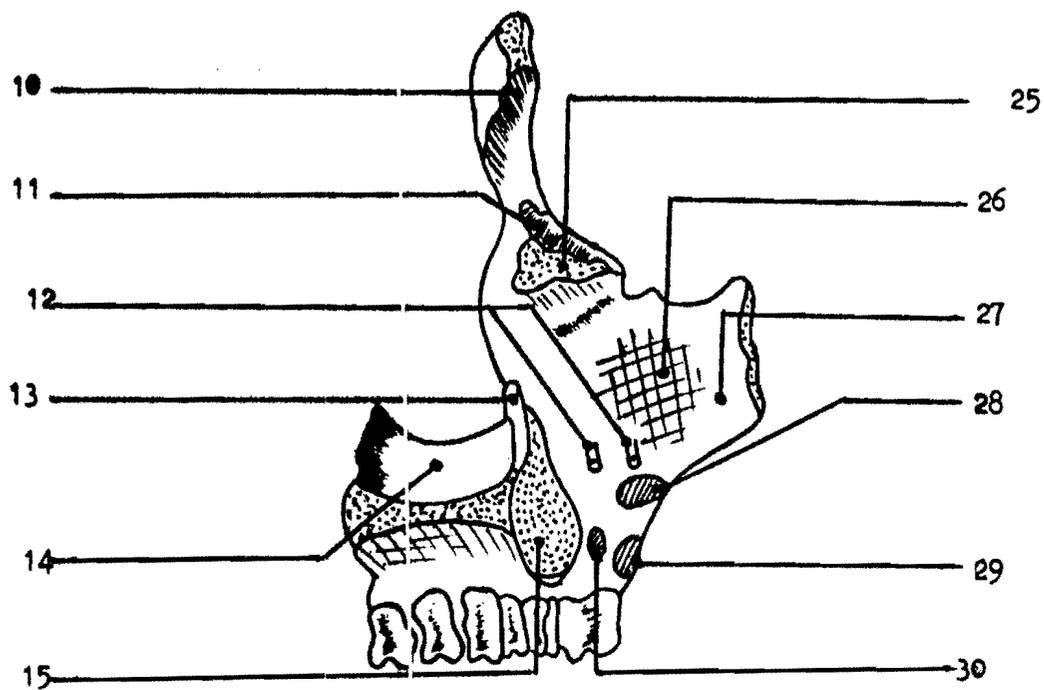
Chaque sinus maxillaire a la forme d'une pyramide triangulaire avec :

- une face supérieure orbitaire



SCHEMA - 1 : MAXILLAIRE SUPERIEUR : Vue externe

REFERENCE (18)



SCHEMA - 2 : MAXILLAIRE SUPERIEUR : Vue postérieure

REFERENCE (18)

// EGENDE      // CEMAS      1 & 2

---

- 1 - ORBICULAIRE
- 2 - FACE ORBITAIRE
- 3 - GOUTTIERE SOUS-ORBITAIRE
- 4 - NERF MAXILLAIRE SUPERIEUR
- 5 - SOMMET
- 6 - FACE POSTERO-EXTERNE
- 7 - CANIN
- 8 - BUCCINATEUR
- 9 - FOSSE CANINE
- 10 - APOPHYSE MONTANTE
- 11 - FACE ORBITAIRE
- 12 - TROUS DENTAIRE POSTERIEURS
- 13 - GOUTTIERE PALATINE POSTERIEURE
- 14 - APOPHYSE PALATINE
- 15 - EMPREINTE DU PALATIN
- 16 - CRETE LACRYMALE ANTERIEURE
- 17 - APOPHYSE MONTANTE
- 18 - ELEVATEUR DE LA LEVRE SUPERIEURE ET DE L'AILE DU NEZ
- 19 - ELEVATEUR DE LA LEVRE SUPERIEURE
- 20 - EPINE NASALE ANTERIEURE
- 21 - FOSSETTE MYRTIFORME
- 22 - MUSCLE MYRTIFORME
- 23 - BOSSE CANINE
- 24 - FACE ANTERO-EXTERNE
- 25 - TRIGONE PALATIN
- 26 - TUBEROSITE
- 27 - FACE POSTERO-EXTERNE
- 28 - PTERYGOIDIEN INTERNE
- 29 - BUCCINATEUR
- 30 - PTERYGOIDIEN EXTERNE

- une face antérieure jugale
- une face postérieure ptérygo-maxillaire
- un sommet externe au niveau de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur

- une base ou paroi interne correspondant à la moitié inférieure de la fosse nasale. Voir schéma n° 3.

#### 1. 2. 2. 2. Le Labyrinthe Ethmoïdal

Il est encore appelé sinus ethmoïdal. Ses cellules au nombre de huit ou dix sont creusées dans l'épaisseur de la masse latérale de l'ethmoïde empiétant sur les os voisins et s'ouvrent dans les fosses nasales au niveau des méats moyen et supérieur. Le sinus ethmoïdal constitue par sa situation centrale, la pièce maîtresse de toutes les cavités annexes des fosses nasales.

ROUVIERE H. (117).

#### 1. 2. 3. LE MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Encore appelé mandibule, il est un os impair et symétrique et constitue à lui seul le squelette de la mâchoire inférieure. Il comprend trois parties :

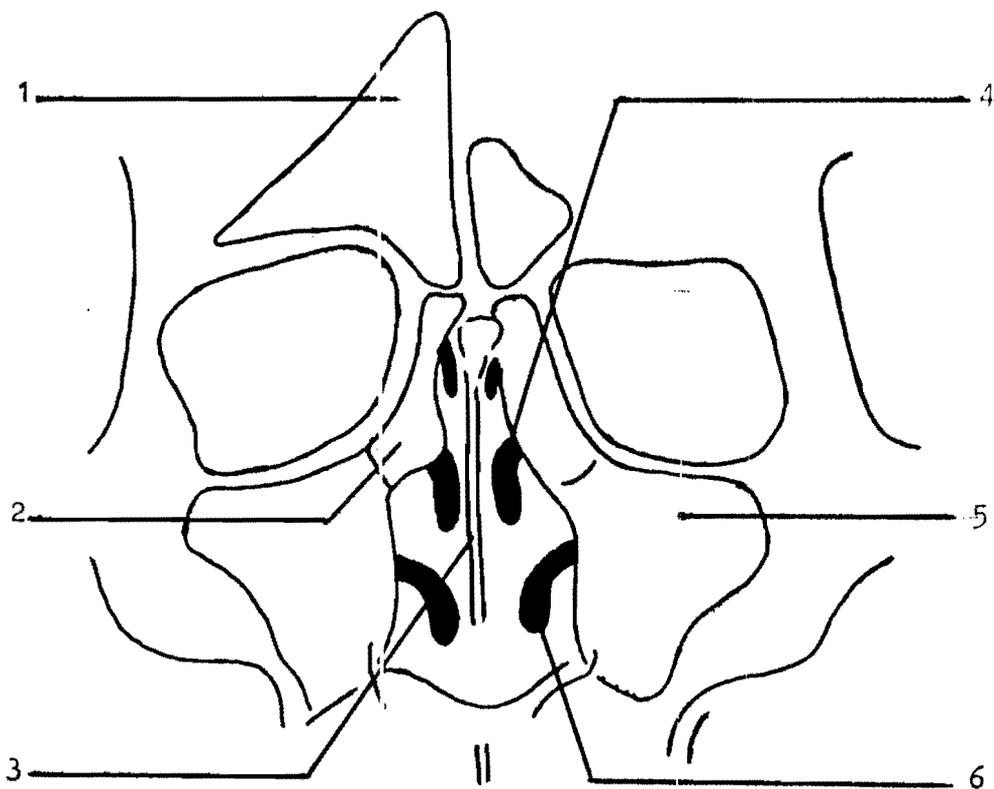
- deux parties latérales : les branches montantes
- une partie moyenne : le corps

##### Les Branches Montantes

Elles sont rectangulaires, allongées de haut en bas et présentant deux faces : l'une externe, l'autre interne - et quatre bords (antérieur - postérieur - inférieur et supérieur). Chaque branche montante se termine en haut par deux apophyses : le coroné et le condyle.

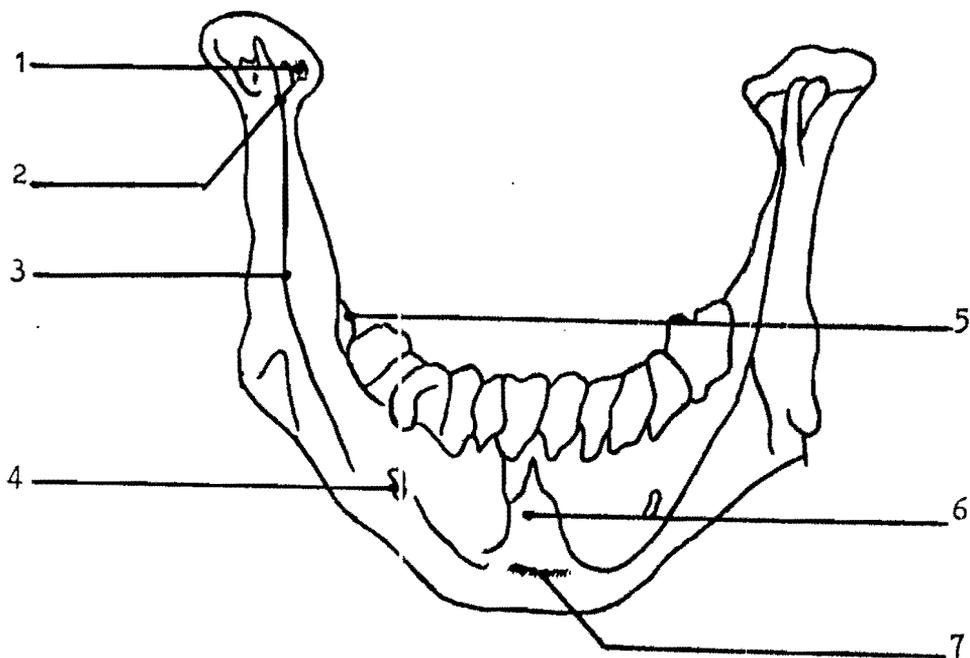
##### Le Corps

Il est incurvé en forme de fer à cheval et offre à décrire deux faces et deux bords.



SCHEMA - 3 : DISPOSITION ANATOMIQUE DES SINUS

REFERENCE (15)



SCHEMA - 4 : MANDIBULE : Vue antérieure

REFERENCE (4)

LEGENDE CHEMA 3

- 1 - SINUS FRONTAL
- 2 - ETHMOÏDE
- 3 - CLOISON
- 4 - CORNET MOYEN
- 5 - SINUS MAXILLAIRE
- 6 - CORNET INFÉRIEUR

LEGENDE CHEMA 4

- 1 - CONDYLE
- 2 - APOPHYSE CORONOÏDE
- 3 - BRANCHE MONTANTE
- 4 - TROU MENTONNIER
- 5 - CRÈTE BUCCINATICE
- 6 - SYMPHYSE MENTONNIÈRE
- 7 - EMINENCE MENTONNIÈRE

- la face antérieure convexe présente sur la ligne médiane une crête : c'est la symphyse mentonnière élargie en bas en une éminence mentonnière.

- la face postérieure concave
- le bord inférieur libre, épais moussu et lisse
- le bord supérieur ou alvéolaire car creusé de chaque côté de huit alvéoles qui logent les racines des dents, bord revêtu d'une muqueuse très adhérente épaisse, résistante de couleur rosée appelée gencive. La gencive 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.

La mandibule donne insertion à trente deux muscles soit seize sur chaque hémimandibule. On distingue parmi eux :

- les masticateurs: au nombre de quatre ce sont : le muscle temporal - le muscle masséter et les muscles ptérygoïdiens interne et externe.
- les muscles peauciers plus nombreux.

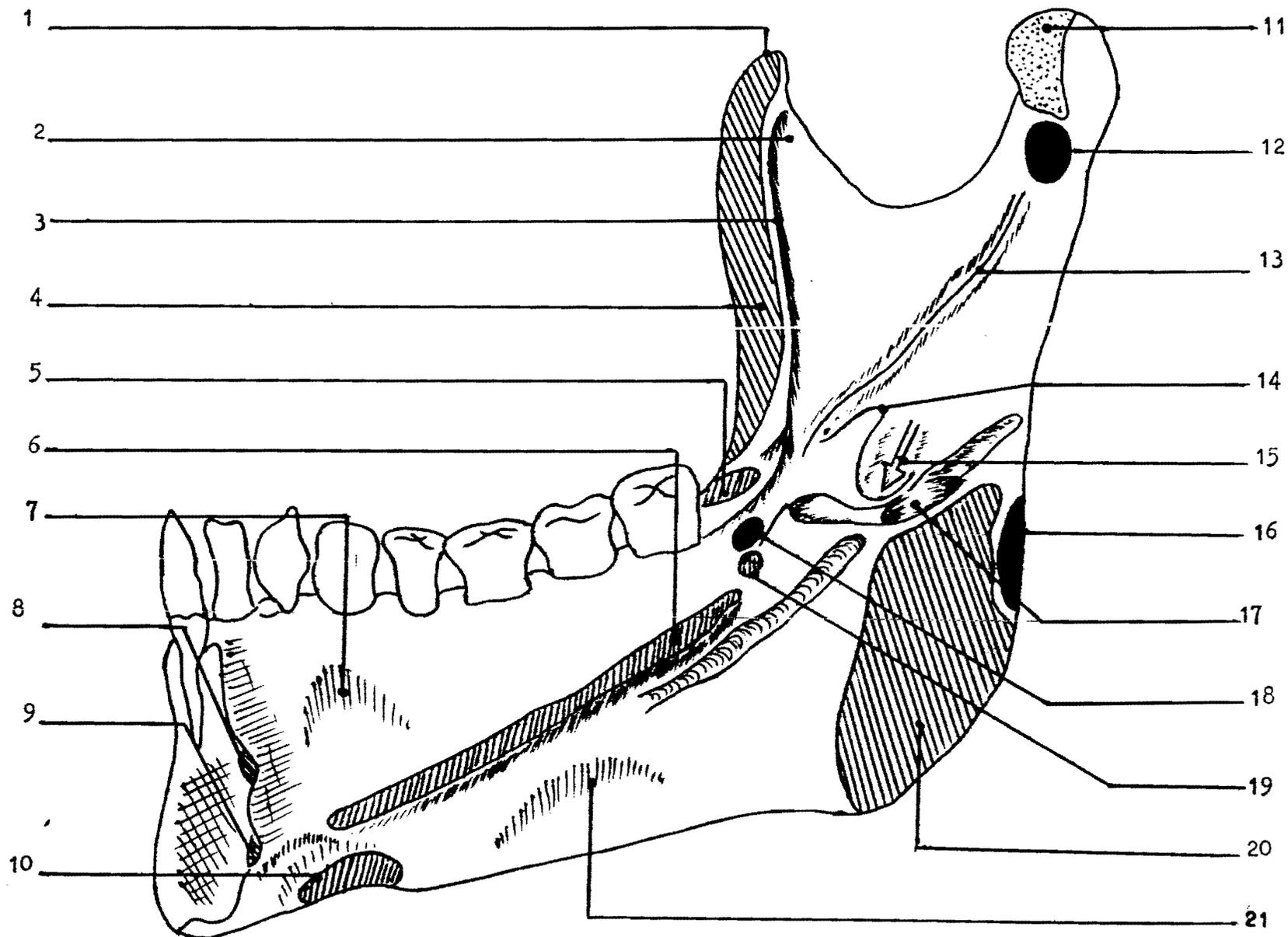
Tous ces muscles nous intéressent car ils vont être envahis par le processus néoplasique en donnant des trismus plus ou moins serrés.

Les schémas n° 4 et 5 rendent compte de la configuration externe de la mandibule et de ses insertions musculaires.

#### 1. 2. 4. VASCULARISATION

La carotide externe, branche de bifurcation antéro-interne de la carotide primitive est l'artère assurant la vascularisation de la face - du cou et de la dure-mère. Elle donne sept branches collatérales principales et deux branches terminales.

- Les Branches Collatérales Sont :
  - l'artère thyroïdienne supérieure
  - l'artère linguale



SCHEMA - 5 : MAXILLAIRE INFERIEUR : Vue interne      REFERENCE (18)

/// E JEN DE      /// CHEMA 5

- 1 - APOPHYSE CORONOÏDE
- 2 - CORONE
- 3 - LIGNE TEMPORALE
- 4 - TEMPORAL
- 5 - BUCCINATEUR
- 6 - MYLO-HYOÏDIEN
- 7 - FOSSETTE SUBLINGALE
- 8 - GENIO-GLOSSE
- 9 - GENIO-HYOÏDIEN
- 10 - DIGASTIQUE
- 11 - CONDYLE
- 12 - LIGAMENT LATÉRAL INTERNE
- 13 - CRÊTE DU COL
- 14 - ÉPINE DE SPIL
- 15 - CANAL DENTAIRE INFÉRIEUR
- 16 - LIGAMENT STYLO-MAXILLAIRE
- 17 - CRÊTE PTÉRYGOÏDIENNE
- 18 - LIGAMENT PTÉRYGOÏDO-MAXILLAIRE
- 19 - CONSTRICTEUR SUPÉRIEUR
- 20 - PTÉRYGOÏDIEN INTERNE
- 21 - FOSSETTE SOUS-MAXILLAIRE.-

- l'artère pharyngienne ascendante
  - l'artère faciale ou maxillaire externe
  - l'artère occipitale
  - l'artère auriculaire postérieure
  - les artères parotidiennes (au nombre de deux).
- . Les Branches terminales
    - l'artère temporale superficielle
    - l'artère maxillaire interne.

Ce sont le plus souvent les artères faciale, linguale et les branches terminales de la carotide externe qui irriguent les maxillaires et les sinus de la face. Mais parfois cette vascularisation est complétée par quelques branches de la thyroïdienne supérieure.

#### . L'Artère Maxillaire Interne

Par ses multiples branches, elle participe à la vascularisation :

- du maxillaire supérieur par l'intermédiaire des artères alvéolaire et sous-orbitaire.
- des sinus de la face par les artères du méat moyen.
- du maxillaire inférieur par l'artère dentaire inférieure.

#### . L'Artère Faciale ou Maxillaire Externe

Elle irrigue :

- le palais par l'intermédiaire de la palatine inférieure.
- le maxillaire supérieur par la sous-mentale et la ptérygoïdienne.
- ses rameaux sous-maxillaires vont directement à la glande sous-maxillaire.
- la massétérine - les coronaires supérieure et inférieure vont à la mandibule.
- l'artère de l'aile du nez couvre de ses rameaux l'aile du nez.

L'artère faciale se termine par l'artère angulaire qui s'anastomose avec l'artère nasale (branche de l'ophtalmique) et l'artère sous-orbitaire branche de la maxillaire interne.

ROUVILLER H. (117).

#### . L'Artère Linguale

Par l'intermédiaire de ses branches terminales que sont la sub-linguale et la ranine, elle irrigue la mandibule.

### 1. 2. 4. 2. LE RETOUR VEINEUX

Il est assuré par les veines jugulaires que sont :

- la veine jugulaire interne
- la veine jugulaire externe
- la veine jugulaire antérieure.

#### . La Veine Jugulaire Interne

Elle collecte le sang veineux provenant de ses branches collatérales qui sont :

- la veine faciale
- les veines linguales
- la veine thyroïdienne supérieure
- les veines pharyngées
- la veine thyroïdienne moyenne.

#### . La Veine Jugulaire Externe

Elle reçoit le sang veineux provenant de toutes ses branches d'origine et collatérales. Ce sont :

- la veine temporale superficielle
- la veine maxillaire interne et le plexus ptérygoïdien
- la veine auriculaire postérieure
- les veines occipitales.

#### . La Veine Jugulaire Antérieure

Elle reçoit les branches venant des parties molles et de la glande sous-maxillaire.

### 1. 2. 4. 3. LES LYMPHATIQUES

L'étude des lymphatiques a une importance considérable puisque le cou est sans contexte l'ensemble anatomique le plus riche en lymphatiques et très souvent ces lymphatiques sont envahies par des tumeurs malignes à point de départ bucco-facial.

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

#### . Groupe Sous-Maxillaire

Il se distingue en ganglions pré glandulaires, prévasculaires, rétro glandulaires et rétrovasculaires qui drainent les lymphatiques de la partie interne des paupières, du nez, de la joue, des lèvres, des gencives et du plancher buccal vers la partie inférieure de la chaîne jugulaire interne.

#### . Groupe Sous-Mental

Il comprend les ganglions antérieurs, moyens et postérieurs qui se drainent dans les ganglions sous-maxillaires et les ganglions les plus inférieurs de la chaîne jugulaire interne.

#### . Groupe Cervical Antérieur

Avec 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-aryngés pré et latéro-trachéaux) qui se jettent dans les ganglions médiastinaux (élément important pour le diagnostic d'extension).

#### . Groupe Latéro-Cervical

Ce groupe se répartit en trois chaînes qui forment les trois côtés d'un triangle et suivent le trajet de la veine jugulaire interne, du nerf spinal et de l'artère cervicale transverse.

### - La Chaîne Jugulaire Interne

Encore appelée chaîne jugulo-carotidienne, elle est la plus importante et 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 ou ganglion sous-digastrique de KUTNER.

\* le ganglion moyen ou ganglion sus-omo-hyoïdien de POIRIER.

\* le ganglion inférieur inconstant.

Le groupe antérieur se draine dans le groupe externe.

### - La Chaîne Spinale

Elle accompagne le nerf depuis la jugulaire interne jusqu'au trapèze sous lequel elle s'unit à la chaîne cervicale-transverse. Elle reçoit en particulier un courant lymphatique provenant du ganglion de KUTNER d'où la nécessité d'effectuer un évidement étendu à la chaîne spinale et à la région sus-claviculaire lorsque ce ganglion est atteint.

### - La Chaîne Cervicale Transverse

Elle s'étend le long de l'artère cervicale transverse et aboutit au confluent veineux jugulo-sous-clavier ou confluent de PIROGOFF. On distingue le ganglion le plus interne ou ganglion sus-claviculaire.

Rappelons que selon LEROUX-ROBERT (86), l'envahissement néoplasique ganglionnaire réduit de moitié les chances de guérison.

### 1. 2. 6. L'INNERVATION

Elle est assurée par le nerf trijumeau ou 5e paire crânienne. C'est un nerf mixte qui se compose de trois branches principales qui sont :

- l'ophtalmique
- le maxillaire supérieur
- et le maxillaire inférieur.

Seuls les nerfs maxillaires supérieur et inférieur innervent les maxillaires et les sinus de la face.

#### . Le Nerf Maxillaire Supérieur

Il aborde l'os par la gouttière sous-orbitaire, chemine dans le canal sous-orbitaire 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 innervent la voûte palatine.

- les nerfs dentaires postérieurs au nombre de trois réalisent au-dessus des molaires et prémolaires le plexus dentaire d'où partent des filets nerveux pour les molaires supérieures, la muqueuse et l'os.

- le nerf dentaire moyen est inconstant. ROUVIERE (117).

- le rameau dentaire antérieur se distribue aux racines des incisives, des canines et s'anastomose avec le plexus dentaire.

Les troubles sensitifs type hyperesthésie (odontalgies, myalgies) signalent une atteinte de ce nerf par un processus tumoral ou infectieux.

#### . Le Nerf Maxillaire Inférieur

C'est la troisième branche du trijumeau. Il participe à l'innervation de la mandibule par ses branches terminales. En effet le nerf dentaire inférieur parcourt le canal dentaire dans lequel il fournit des filets osseux, gingivaux et dentaires pour les racines des molaires et prémolaires. Il se termine au niveau du trou mentonnier par les nerfs incisif et mentonnier.

- le nerf incisif chemine dans le canal du même nom en direction de la carine et des incisives.

- le nerf mentonnier sort par le trou mentonnier et se distribue à la muqueuse labiale et à la peau du menton.

L'anesthésie labio-mentonnière (signe de VINCENT d'ALGER) va rendre très tôt compte de l'atteinte de ce nerf par le processus néoplasique.

### 1. 3. HISTOLOGIE

Le tissu osseux se forme soit à partir :

- d'une ébauche conjonctive : c'est l'os de membrane.
- d'une ébauche cartilagineuse : c'est l'ossification enchondrale.

#### 1. 3. 1. STRUCTURE DU TISSU OSSEUX

Le tissu osseux est un tissu conjonctif, calcifié dont la structure est lamellaire. Les lamelles osseuses ont une épaisseur d'environ sept microns.

En examinant à la loupe ou à l'oeil nu la section d'une pièce osseuse, on y découvre deux variétés de tissus :

- dans la première variété, les lamelles sont agencées de manière à constituer un bloc solidaire qu'on appelle le tissu osseux compact.
- dans la seconde, la disposition des lamelles rappelle la structure d'une éponge. On lui donne le nom de tissu osseux spongieux.

#### 1. 3. 2. PARTICULARITE HISTOLOGIQUE DES MAXILLAIRES

##### . Le Maxillaire Supérieur

C'est un os de membrane et il se forme directement à partir du tissu conjonctif. Sa structure est variable suivant l'âge.

- chez le nouveau-né il contient des dents de lait et des ébauches embryonnaires des dents de remplacement.

- chez l'adulte, on peut distinguer deux régions :

\* l'une antérieure où les mailles osseuses sont peu 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 surtout chez l'adolescent.

#### . Le Maxillaire Inférieur

Il est formé d'une masse de tissu spongieux à mailles plus ou moins longues entourée par une gaine de tissu compact. Dans les mailles du tissu spongieux et les canaux de HARVEY de l'os compact il existe des nerfs et des lymphatiques.

### 1. 3. 3. LE TISSU GINGIVAL

La gencive est la partie de la muqueuse qui recouvre les procès alvéolaires et sertit les collets des dents. C'est un épithélium qui comprend quatre couches :

- une couche basale de cellules cuboïdes.
- une couche épineuse formée de cellules polygonales.
- une granuleuse dont l'existence est liée au degré de kératinisation.
- une couche cornée ou stratum cornéum.

#### . Le Chorion Gingival

C'est un tissu conjonctif constitué par une substance fondamentale interstitielle dans laquelle baignent divers types de cellules, peu de fibres élastiques. Il y a une forte densité collagénique formée de fibres collagènes dites gingivales. Ces fibres défendent le tissu osseux des maxillaires contre les agressions extérieures. Mais la gencive est un tissu souvent infecté et les tumeurs s'infectent à partir de la muqueuse.

### 1. 3. 4. LE REVETEMENT DES SINUS

La muqueuse des cavités annexes des fosses nasales est du même type que la muqueuse respiratoire qui tapisse les fosses nasales avec laquelle elle est en continuité. Elle s'en distingue par sa minceur sa fragilité ainsi que sa vascularisation beaucoup moins développée.

L'épithélium est de type prismatique, cilié, pseudostratifié parsemé de cellules caliciformes plus rares au niveau des sinus que de la muqueuse des fosses nasales. Il repose sur une membrane très fine.

Le chorion d'épaisseur variable est toujours plus mince que dans la muqueuse des fosses nasales. Il contient les nerfs les vaisseaux et les lymphatiques ainsi que les glandes séro-muqueuses. En profondeur le tissu conjonctif se condense en véritable périoste en continuité avec le chorion.

Au niveau des cellules ethmoïdales, en raison de la minceur du chorion la muqueuse y est très fine, les glandes séro-muqueuses assez rares groupées au voisinage de l'ostium.

Par contre au niveau du sinus maxillaire la muqueuse est la plus épaisse et la plus riche en glandes séro-muqueuses notamment sur sa paroi nasale.

Au terme de ce rappel embryologique, anatomique et histologique il nous semble utile de tirer les conclusions suivantes :

Alors que le maxillaire supérieur est une véritable boîte osseuse formée d'os compact tapissée en son intérieur par une muqueuse cylindrique ciliée très souvent métaplasie en une muqueuse malpighienne par l'inflammation chronique et contracte à l'extérieur une relation intime avec la muqueuse buccale, gingivale et aussi la muqueuse nasale, le maxillaire inférieur par contre a la structure d'os spongieux entouré d'os compact tapissé en son extérieur par la fibromuqueuse gingivale qui est en étroite relation

avec la muqueuse des joues, des lèvres et celle du plancher. Ces différentes muqueuses points de départ des néoplasmes sont faites d'un épithélium pavimenteux stratifié à évolution non cornée.

De ces relations anatomiques résultent trois conséquences :

1 - La grande fréquence des tumeurs épithéliales développées à leur niveau et la relative rareté des tumeurs conjonctives.

2 - L'importance de l'extension et de la gravité des cancers de ces régions s'expliquent par la grande richesse lymphatique du cou.

3 - La constante surinfection de ces tumeurs est liée à l'état septique permanent des fosses nasales et du milieu buccal.

# DEUXIEME CHAPITRE

---

## CADRE ET METHODES D'ETUDE

- 
2. 1. CADRE
  2. 2. MATERIEL ET METHODES D'ETUDE
  2. 3. RESUMES DES OBSERVATIONS

## CADRE ET METHODES D'ETUDE



## 2. 1. CADRE

Le Centre National Hospitalier et Universitaire (C. N. H. U.) de COTONOU qui est le centre de référence de toute la République Populaire du Bénin a servi de cadre à la réalisation de ce travail.

Créé en 1962 et alors dénommé "Hôpital 350 lits", il sera érigé dix ans plus tard en Centre National Hospitalier et en 1976 en Centre National Hospitalier et Universitaire.

Ainsi en dehors des soins qui y sont donnés, il sert de centre d'enseignement, de recherches et de formation pratique au personnel médical de tous ordres.

Il compte actuellement huit cliniques universitaires qui sont :

- La clinique de Médecine Interne
- La clinique de Pédiatrie et de génétique médicale
- La clinique de Gynécologie et d'Obstétrique
- Les cliniques de Chirurgie générale A et B
- La clinique de Psychiatrie
- La clinique d'Ophthalmologie
- La clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie

et enfin un service d'Odontostomatologie.

Les cliniques d'O.R.L. et d'Ophthalmologie n'ont pas encore un pavillon d'hospitalisation et empruntent des lits aux deux cliniques chirurgicales.

A partir de 1978 la clinique d'O.R.L. et de chirurgie cervico-faciale connaît un regain d'activité avec l'arrivée du Professeur Agrégé MEDJI Léon. C'est dans cette clinique que se réalise l'essentiel de notre travail.

## 2. 2. MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective. Le matériel utilisé : ce sont les dossiers des malades porteurs de cancer des maxillaires et des sinus de la face. Ces dossiers sont colligés à la clinique d'O.R.L., dans les cliniques de Chirurgie générale A et B, de Pédiatrie, de Médecine Interne et dans le service d'Odontostomatologie. Notre étude porte sur 70 cas. La période couverte s'étend du 1er Janvier 1974 au 31 Décembre 1983 soit une décennie.

Nous avons réuni durant cette période 105 dossiers traitant de lésions suspectes des maxillaires et des sinus de la face. 85 malades ont bénéficié de biopsie. La preuve histologique du cancer a été faite chez 70 malades soit 66,66 % des lésions suspectées.

Ainsi de 1974 à 1980 à la clinique Chirurgicale "A" du Professeur EDOUARD GOUDOTE nous avons dénombré 25 dossiers où le cancer des maxillaires et des sinus de la face a été suspecté. 18 dossiers ont été retenus.

A la clinique chirurgicale "B" du Professeur HENRY-VALERE KINIFFO nous avons relevé 5 dossiers dont 2 de retenus.

A la clinique de Pédiatrie et de Génétique médicale du Professeur VINCENT DAN, les malades porteurs de lésions suspectes des maxillaires ont été transférés en Chirurgie "A" pour bénéficier d'une biopsie et d'un traitement approprié.

Dans la clinique de Médecine du Professeur Agrégé ALEXIS HOUNTONDJI nous avons retrouvé un cas suspect qui a été transféré dans le service d'O.R.L.

En six ans dans la clinique d'O.R.L. et de Chirurgie cervico-faciale 55 lésions suspectes des maxillaires ont été colligées. 50 sont retenues.

REMARQUES :

Dans le service d'O.R.L. les 55 lésions suspectes ont toutes bénéficié de biopsie.

Nous ne disposons pas encore d'anatomo-pathologiste sur place. Les pièces prélevées sont expédiées au SENEGAL (DAKAR) au NIGER (NIAMEY) en FRANCE (MARSEILLE, BORDEAUX) en BELGIQUE (BRUXELLES).

Le tableau n° 1 ci-dessous résume la répartition des malades par service.

TABEAU N° 1. - REPARTITION DES MALADES PAR SERVICE

SERVICES	LESIONS SUSPECTES	LESIONS CONFIRMÉES
CHIRURGIE "A"	25	18
CHIRURGIE "B"	5	2
STOMATOLOGIE	4	0
O. R. L.	55	50
TOTAL	89	70

Le tableau n° 2 ci-après indique la répartition des malades par service et par année.

TABEAU N° 2. - REPARTITION DES MALADES PAR SERVICE ET PAR ANNEE

ANNÉES SERVICES	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
CH "A"	1	5	4	3	4	0	1			
CH "B"		1			1					
O.R.L.					4	4	12	9	10	11

### 2. 3. RESUMES DES OBSERVATIONS

Seuls ont été retenus les dossiers où le cancer des maxillaires et des sinus de la face est histologiquement confirmé. Sur les 70 carcéreux des maxillaires :

- 64 malades ont été hospitalisés
- 6 malades ont été vus en consultation externe car ayant refusé l'hospitalisation.

Nos résumés d'observations classés sous forme de tableau tiennent compte :

- de l'état civil du patient :
  - . nom
  - . prénoms
  - . sexe
  - . âge
  - . ethnie
  - . profession
- des antécédents et du terrain :
  - . de sinusite ou d'infection des fosses nasales
  - . des extractions des dents
  - . d'éthylo-tabagisme
- des renseignements cliniques :
  - . le motif de consultation
  - . le début de la maladie
  - . l'état général
  - . les signes physiques
- des données paracliniques :
  - . examen histologique
  - . examen radiologique
  - . biologie
- du traitement et de l'évolution de la maladie.

Les 70 observations se présentent comme suit :

- N° 1 à 31 : les carcinomes épidermoïdes des maxillaires supérieurs.

- N° 32 à 42 : les carcinomes épidermoïdes du maxillaire inférieur.

- N° 43 à 45 : les cylindromes du palais.

- N° 46 à 57 : les tumeurs de BURKITT.

- N° 58 à 67 : les autres sarcomes.

- N° 68 à 69 : les esthésioneuroblastomes.

- N° 70 : un cas rare d'améloblastome à malignité locale.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
1	HOU.....Bernadin Homme 69 ans Fon Dossier n° 74 - 576 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 31-5-74 au 24-8-74 pour tumeur de la voûte palatine gauche et ulcération de la gencive du maxillaire supérieur gauche évoluant depuis deux ans.  <u>Examen</u> : mauvais état général. Tumeur de 4 cm de diamètre creusé en son centre en cratère, relief des bords.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub>	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde du palais gauche étendu à tout le maxillaire supérieur gauche.  GS-RH : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : Endoxan 200 mg par jour pendant deux mois.  - Réhydratation - Vitamines  <u>Chirurgie</u> : Large exérèse le 9-7-74	Malade décédé le 24-8-74 dans un état de cachexie extrême.
2	ETO.....Paul Homme 53 ans Fon Dossier n° 75 - 1249 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 17-11-75 au 15-12-75 jour de son évaison pour ulcération du palais gauche évoluant depuis un an environ.  <u>Examen</u> : mauvais état général. Tumeur ulcéro-bourgeonnante de l'hémipalais gauche saignant ++.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub>	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde.  GS-RH : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Sang : 500 cc - Endoxan : 200 mg par jour pendant un mois.	Extension de la tumeur au maxillaire supérieur gauche et à l'hémi-mandibule gauche. Evaison le 19-12-75 et décès à domicile en fin 76.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
3	GBO.....Ahossi Femme 65 ans Fon Dossier n° 75- 1256 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 20-11-75 au 15-12-75 pour tumeur lipomateuse de l'hémi-face droite évoluant depuis deux ans.  <u>Examen</u> : mauvais état général. Tumeur ulcéro-bourgeonnante de tout le maxillaire supérieur droit peu douloureuse.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde du maxillaire supérieur droit.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Bipéni : un million X 2 par jour. - Endoxan : 200 mg par jour pendant 22 jours.	Etat stationnaire. Malade sortie le 15-12-75 sur la demande de ses enfants. Ne sera plus revue mais décédée à domicile en 76.
	GNA.....Bernard Homme 3 ans et demi.	Hospitalisé en CH "A" du 29-3-76 au 23-4-76 pour exophtalmie unilatérale et tuméfaction de l'hémi-face droite évoluant depuis 2 mois environ.	<u>Biopsie</u> : carcinome anaplasique.  <u>N.F.S.</u> : GB = 15 400 avec 73 % de P.N. et 18 % de lymphocytes.	<u>Médical</u> : - Pénic G : un million X 2 par jour. - Gentalline : 300 mg par jour - Endoxan : 50 mg par jour pendant 20 jours.	Regression de la tumeur. Malade sorti le 23-4-76 et perdu de vue.
4	Adja Dossier N° 76- 378 <sup>A</sup>	<u>Examen</u> : Etat général passable. Tuméfaction bourgeonnante peu douloureuse de toute la branche montante du maxillaire supérieur droit avec phénomène inflammatoire.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>V.S.</u> = 107 mm à la 1ère heure et 133 mm à la 2ème heure.		

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
5	OIT....Marguerite Femme 60ans Fon Dossier n° 77 - 1541 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 15-2-77 au 3-1-78 pour nodu- le hémorragique du palais évoluant depuis un an.  <u>Examen</u> : Etat général pas- sable.  Nodule palatin du volume d'un gros grain de mil mé- dian et central saignant au contact.  T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcino- me basocellulaire.  N.F.S. : GB : 7 000 et GR = 3 900 000.  GS-RH = A <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Endoxan : 200 mg par jour pendant 4 mois. - Bipéni : un mil- lion X 2 par jour.  <u>Chirurgie</u> : exérèse au bistouri élec- trique avec élec- trocoagulation le 26 - 12 - 77.	Malade sortie le 3 - 1 - 78 et ne sera plus revue.
6	HOU.....Tchair Homme 70 ans Dossier n° 78 - 193 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 17-2-78 au 19-5-78 pour tu- meur de l'hémi-face droite évoluant depuis un an envi- ron.  <u>Examen</u> : Etat général pas- sable. Tumeur ulcéro-bour- geonnante du maxillaire su- périeur droit.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcino- me adénoïde du ma- xillaire supérieur droit étendu au palais.	<u>Médical</u> : Endoxan : 200 mg par jour pendant 3 mois.	L'état général s'altère. Sur le plan-local, tumeur non mo- difiée par l'endoxan. Ma- lade sorti le 19-5-78 et dé- cédé en fin 78.
7	TOD.....Laly Femme 60 ans	Malade reçue en CH "A" pour tumeur ulcérée de l'hémi- face gauche évoluant depuis 6 mois.  <u>Examen</u> : Etat général assez bon. Tumeur ulcérée du maxil- laire supérieur gauche.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcino- me épidermoïde basocellulaire.	- Totapen : 1 gr par jour pendant 10 jours - Tandéril 2 comp X 2 par jour.	Malade non hos- pitalisée et non revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
8	LOK....Médard Homme 28 ans Pédah Dossier n° 75 - 720 <sup>B</sup>	Hospitalisé en CH "B" du 19-6-75 au 4-8-78 pour tumeur ulcérée du maxillaire supérieur gauche chez un albinos évoluant depuis 3 ans.  <u>Examen</u> : Etat général bon tumeur ulcéro-bourgeonnante du maxillaire supérieur gauche avec gros bourgeons endobuccaux. Par ailleurs adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche fixée.  T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde orthokératosique.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : Endoxan : 200 mg par jour pendant 4 mois.  <u>Radiothérapie</u> : Deux champs obliques de 100 rd par champ tous les deux jours pendant 60 jours.	Etat stationnaire malade, sorti le 4-8-78 et perdu de vue.
9	AZA.....Ayato Femme 65 ans Fon O.R.L.	Hospitalisée en O.R.L. du 1er-11-78 au 4-12-78 pour tuméfaction maxillaire supérieure droite évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Mauvais état général. Tumeur du maxillaire supérieur droit de la taille d'un oeuf de pigeon, dure, douloureuse avec de bourgeons endobuccal et endonasal droits. Adénopathie sous-angulo-maxillaire droite fixée.  T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié et mature.  <u>V.S.</u> = 123 mm à la 1ère heure et 128 mm à la 2ème heure.  <u>N.F.S.</u> = 10 000 GB avec 76 % de P.N.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine.  <u>Chirurgie</u> : Large exérèse emportant la masse endobuccale et endonasale avec une partie du maxillaire supérieur droit qui est détruit. (Le 9-11-78)	Recidive un mois après l'intervention avec extension à tout le reste du maxillaire supérieur droit et à l'hémi-palais droit. Peau infiltrée ++. Décès le 8-4-79 dans un état de cachexie

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
10	KOU.... Fihoundé Homme 59 ans Fon O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 21-10-78 au 25-11-78 pour céphalée et obstruction nasale gauche évoluant depuis 2 ans. <u>Examen</u> : Etat général passable. <u>Rhinoscopie antérieure</u> : volumineux bourgeon endonasal gauche baignant dans du pus et saignant +++. Adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche dure fixée. T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié du sinus maxillaire gauche. <u>Rx sinus</u> : sinusite + polypose de la fosse nasale gauche. <u>N.F.S.</u> : 10 600 GB avec 76 % de P.N. <u>GS-RH</u> : C <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Aérosol - Endoxan <u>Chirurgie</u> : - Cadwel-Luc le 2 - 11 - 78.	Récidive 37 jours après l'intervention. Extension de la tumeur au maxillaire supérieur gauche et au palais. Chémosys, polyadénopathies sous-angulo-maxillaires gauches. Malade décédé en 79.
11	MIK....Delphine Femme 50 ans Nagot O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 19-2-79 au 15-3-79 pour tuméfaction maxillaire supérieure droite évoluant depuis 10 ans. <u>Examen</u> : Etat général bon. <u>Tumeur</u> de la taille d'une mandarine irrégulière dure, fixée sur le maxillaire supérieur droit. Bourgeon endonasal droit sale baignant dans du pus. T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié spinocellulaire à point de départ sinusal. <u>V.S.</u> : 52 mm à la 1ère heure et 85 mm à la 2ème heure. <u>N.F.S.</u> : 5 400 GB avec 55 % de P.N. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>-</sup> Du (-) <u>Rx pulmonaire</u> : lésion de bronchite accentuée à droite.	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine. - Réhydratation. - Vitamines. <u>Chirurgie</u> : Large résection tumorale et du plateau alvéolaire le 21-2-79, suivie de deux exérèses itératives à un et 13 mois de suites opératoires.	Marquée par des récurrences à un et 13 mois. Après deux ans d'évolution lésion très étendue au palais et à tout le maxillaire supérieur droit avec zone de perméation et oedème palpébral. Décès en 1980.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
12	GNA....Juliette Femme 20 ans Aïzo O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 19-11-79 au 5-1-80 pour céphalée ++, obstruction nasale droite avec épistaxis évoluant depuis un an.  <u>Examen</u> : Etat général bon. <u>Rhinoscopie antérieure</u> : la fosse nasale droite est obstruée par une masse fibreuse saignant au contact +++.  T <sub>2</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : Adénocarcinome de la fosse nasale droite. <u>N.F.S.</u> : 6 200 GB et 4 200 000 GR. <u>V.S.</u> : 70 mm à la 1ère heure et 90 mm à la 2ème heure. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Exérèse de la masse tumorale et curetage soigneux de la fosse nasale droite.  N'a pas reçu d'endoxan.	Etat général conservé mais récurrence locale après 3 mois avec existence d'un bourgeon contre la cloison au niveau du vestibule. Malade sortie le 5-1-80 et non revue.
13	HOU...Noutéhoué Femme 60 ans Goun O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 29-10-79 au 29-12-79 pour tuméfaction de l'hémi-face gauche évoluant depuis 2 ans.  <u>Examen</u> : mauvais état général, malade dénutri et déshydraté.  Volumineuse tumeur s'étendant depuis l'arcade sourcilière gauche jusqu'à la région temporale la joue avec peau distendue et circulation collatérale ++.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome indifférencié. <u>Rx sinus</u> : tumeur de la région temporo-malaire et orbite gauche très évoluée. L'ostéolyse intéresse le malaire le bord supérieur de l'orbite, l'apophyse orbitaire, la grande aile du sphénoïde, l'arcade zygomatique et la région frontale. <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup> <u>N.F.S.</u> : 4 200 GB.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg 2 fois par semaine pendant 45 jours.	Altération +++ de l'état général : véritable cachexie.  Malade sortie le 29-12-79 ne sera plus revue et décédée à domicile en juin 1980.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
14	GBA.....Sylvia Femme 12 ans Mina O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 6-9-80 au 1-11-80 pour tumeur maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 2 ans.  <u>Examen</u> : Etat général médiocre. Tuméfaction maxillaire supérieure gauche douloureuse bombant dans la cavité buccale avec extension à l'hémi-palais gauche.  <u>Nez</u> : bourgeon sale baignant dans du pus.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde moyennement différencié du sinus maxillaire gauche.  <u>Rx sinus</u> : opacification du sinus maxillaire gauche, des cellules ethmoïdales et sphénoïdales. Masse tumorale à travers le sinus maxillaire gauche.  <u>V.S.</u> : 120 mm à la 1ère heure et 128 mm à la 2ème heure.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang 500 cc - Soludécadron - Endoxan : 200mg x 2 par semaine pendant 30 jours.	Etat stationnaire. Malade sortie le 1-11-80 et décédée à domicile en 1981.
15	AHO...Véronique Femme 64 ans Dassa O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 15-4-80 au 19-5-80 pour tumeur de la racine du nez avec épistaxis évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Etat général bon. Tumeur s'étendant de la racine du nez à la région frontale et cravatant l'arcade sourciliaire droite.  T <sub>3</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde de l'ethmoïde droit étendu au frontal.  <u>Rx sinus</u> : développement très important des sinus frontaux avec asymétrie nette à gauche.  <u>V.S.</u> : 63 mm à la 1ère heure et 97 mm à la 2ème heure.  <u>N.F.S.</u> : 7 400 GB et 3 940 000 GR.	<u>Médical</u> : Endoxan 400 mg x 2 par semaine pendant 28 jours.  <u>Chirurgie</u> : Large exérèse tumorale le 2-5-80 avec ethmoïdectomie : (la tumeur occupe les zones ethmoïdales et a détruit les parois antérieures des sinus frontaux.)	Altération de l'état général. Récidive locale après 3 mois 20 jours avec envahissement de la fosse nasale droite.  Malade décédée à domicile le 13-12-80.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
16	SOU...Chakiratou Femme 25 ans Yoruba O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 7-12-81 au 24-12-81 pour tuméfaction de l'hémi-palais gauche évoluant depuis 7 ans. <u>Examen</u> : Etat général bon. <u>Cavité buccale</u> : Tuméfaction de l'hémi-palais gauche de la taille d'un oeuf de poule douloureuse avec muqueuse tuméfiée et tuméfaction de la gencive du maxillaire supérieur gauche. T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : Adénocarcinome de l'hémi-palais gauche. <u>V.S.</u> : 98 mm à la 1ère heure et 140 mm à la 2ème heure. <u>N.F.S.</u> : 10 300 GB avec 76 % de P.N. <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Large exérèse de la tumeur emportant une partie de la muqueuse palatine. <u>Médical</u> : - Bipeni - N'a pas reçu de l'endoxan.	Cicatrisation de la plaie opératoire. Malade sortie le 24-12-81 et non revue.
17	IAL...Amihohoué Homme 55 ans Fon O. R. L.	Reçu à titre externe en O.R.L. pour bourgeon endonasal gauche évoluant depuis un an. T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : épithélioma malpighien différencié mature et très infiltrant.	Aérosol Glifanan	Malade refuse l'hospitalisation et non revu.
18	HOU...Adjankoupa Femme 62 ans Fon O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 3-8-81 au 20-9-81 pour ulcération du palais étendue aux deux maxillaires supérieurs évoluant depuis 4 mois. <u>Examen</u> : Etat général très altéré, anémie clinique. Tumeur bourgeonnante du palais étendue aux deux maxillaires avec chute de toutes les dents. Polyadénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales et sous-mentales dures fixées T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde moyennement différencié et invasif des maxillaires. <u>V.S.</u> : 120 mm à la 1ère heure et 133 mm à la 2ème heure. <u>N.F.S.</u> : 11 800 GB avec 82 % de P.N. et 3 180 000 GR avec 9,6 g/l Hb. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours. - T.A.O. 500 - Glifanan	Augmentation de la tumeur extension aux sinus maxillaires avec bourgeons endonasaux ++. Malade évadée le 20-9-81 et décédée à domicile en juin 1981.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
19	HOU....Vincent Homme 72 ans Fon O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 31-3-81 au 25-4-81 pour obstruction nasale gauche et déformation faciale siégeant sur le sinus maxillaire gauche apparue depuis un an.  <u>Examen</u> : Etat général très altéré.  <u>Nez</u> : Tuméfaction en chou fleur saignant au contact du sinus maxillaire gauche.  Comblement du sillon gingivo-jugal avec atteinte du maxillaire supérieur gauche.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde bien différencié et infiltré du sinus maxillaire gauche.  <u>Rx sinus</u> : ostéolyse de tout le maxillaire supérieur gauche et opacité des sinus antérieurs de la face.  <u>N.F.S.</u> : 10 000 GB avec 70 % de P.N.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 19 jours. - Solumédrol : une ampoule en I.M. par jour pendant 7 jours.  <u>Chirurgie</u> : Résection du maxillaire supérieur gauche emportant le sinus maxillaire gauche.	Paralysie faciale périphérique gauche.  Récidive 3 mois après avec bilatéralisation de la tumeur.  Cachexie +++ et malade décédé à domicile en 1981
20	SOG...Kpossimè Femme 53 ans Fon O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 16-8-82 au 16-10-82 pour tumeur maxillaire supérieure droite évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Etat général acceptable.  Tumeur du maxillaire supérieur droit ayant gagné l'hémi-palais droit avec adénopathies sous-angulo-maxillaires ligneuses.  T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome anaplasique du maxillaire supérieur droit associé à un cylindrome du palais  <u>Rx sinus</u> : ostéolyse de tout le maxillaire supérieur droit.  <u>V.S.</u> : 89 mm à la 1ère heure et 110 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours - Solumédrol : une ampoule par jour pendant 7 jours.	Altération de l'état général.  Tumeur non sensible à l'endoxan.  Malade sortie sur sa demande et sans nouvelle depuis.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
21	AHI...Ganhouantin Femme 53 ans Fon O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 23-5-81 au 11-7-81 pour tumeur maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Très mauvais état général frisant la cachexie.  Volumineuse tumeur du maxillaire supérieur gauche de 8 cm de diamètre comblant le sillon naso-génien gauche. Peau irritée ++, fistule au niveau du canthus externe de l'oeil gauche. Bombement du palais qui porte un vaste cratère.  Polyadénopathies sous-angulo-maxillaires dures et fixées.  T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde d'origine gingivale.  <u>Rx sinus</u> : volumineuse tumeur du maxillaire supérieur gauche avec lyse partielle.  <u>V.S.</u> : 82 mm à la 1ère heure et 128 mm à la 2ème heure  <u>N.F.S.</u> : 6 400 GB avec 64 % de P.N. et 3 320 000 GR avec 6,6 g/l Hb.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 47 jours* - Solumédrol : une ampoule par jour pendant 7 jours.	Cachexie +++.  Ulcération nécrotique et complète de tout l'hémi-palais gauche. Chute spontanée de toutes les dents des maxillaires supérieurs.  Malade évadée le 11-7-81 et décédée à domicile en fin 81.
22	GAH.....Thérèse Femme 58 ans O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 4-10-82 au 22-11-82 pour céphalée ++, obstruction nasale droite, épistaxis ++, et exophtalmie droite évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Malade cachetique.  <u>Nez</u> : Bourgeon endonasal droit saignant au contact. Exophtalmie droite et adénopathie sous-angulo-maxillaire droite ligneuse.  T <sub>4</sub> N <sub>2</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde indifférencié.  <u>Rx sinus</u> : flou des deux sinus maxillaires.  <u>N.F.S.</u> : 6 000 GB  <u>V.S.</u> : 86 mm à la 1ère heure et 103 mm à la 2ème heure  <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 30 jours. - Soludécadron : une ampoule par jour pendant 7 jours.	Cachexie.  La tumeur gagne les maxillaires supérieurs droit puis gauche en 3 mois d'intervalle.  Malade décédée en fin 82.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
23	AVO.....Oké Homme 35 ans Goun O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 15-3-82 au 27-3-82 pour tumeur maxillaire supérieure droite évoluant depuis 3 ans. <u>Examen</u> : Mauvais état général Large solution de continuité au niveau de l'hémi-palais droit avec ulcération nécrotique en chou fleur du maxillaire supérieur droit étendue à la commissure inter maxillaire droite.  Adénopathies sous-angulo-maxillaires et sous mentales droites ligneuses et fixées.  T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde et infiltrant du maxillaire supérieur droit.  <u>N.F.S.</u> : 7 000 GB avec 54 % de P.N. et 3 300 000 GR avec 6,4 g/l Hb.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc x 2. - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant une semaine. - Solumédrol : une ampoule par jour pendant 7 jours.	Etat stationnaire  Malade décédé le 27-3-82 c'est à dire une semaine après son hospitalisation.
24	SOG....Bassotin Femme 70 ans Fon O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 15-11-82 au 24-12-82 pour tumeur maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 5 mois. <u>Examen</u> : Etat général acceptable.  Tumeur de tout le maxillaire supérieur gauche étendue au palais.  <u>Nez</u> : Gros bourgeon saillant.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié.  <u>Rx sinus</u> : Masse tumorale du sinus maxillaire gauche.  <u>N.F.S.</u> : 3 800 GB et 3 900 000 GR avec 9,8 g/l Hb.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 3 semaines - Solumédrol : une ampoule par jour pendant 7 jours. - Dupéran.  <u>Chirurgie</u> : Résection du maxillaire supérieur gauche emportant le sinus maxillaire gauche.	Vaste solution de continuité nasale et oropharyngée. Récidive locale après 69 jours des suites opératoires.  L'état général s'altère puis elle décède en 83.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
25	SOS.....Jacques Homme 54 ans Mahi O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 2-5-83 au 15-5-83 pour obstruction nasale droite avec épistaxis ++ évoluant depuis 2 ans  <u>Examen</u> : Etat général passable.  Tumeur de la région nasogénienne droite sous forme de voussure, dure faisant corps avec le maxillaire supérieur droit.  <u>Nez</u> : Fosse nasale droite obstruée par un gros bourgeon baignant dans du pus et saignant au contact.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome anaplasique à point de départ sinusal.  <u>Rx sinus</u> : opacité des sinus maxillaire et ethmoïdal droits. Lyse du plancher de l'orbite et des parois interne et inférieure du sinus maxillaire droit.  <u>N.F.S.</u> : 7 000 GB <u>GS-RH</u> : B <sup>+</sup>  <u>Rx pulmonaire</u> : bronchite très accentuée à droite.	<u>Médical</u> : - Aérosol - Réhydratation - Amycycline - Nifluril - N'a pas reçu de l'endoxan.	Epistaxis ++ Exophtalmie unilatérale droite. Bombement du maxillaire supérieur droit.  L'altération de l'état général s'accroît. Malade évadé et non revu jusqu'à ce jour.
26	KOH.....Fèfè Homme 60 ans Goun Ethylo-tabagique ++. O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 19-4-83 au 25-6-83 pour tumeur du palais et de la commissure intermaxillaire gauche évoluant depuis un an.  <u>Examen</u> : Etat général très altéré.  Tumeur ulcéro-bourgeonnante de la commissure intermaxillaire gauche, du palais et du voile.  Adénopathies sous-angulo-maxillaires gauches fixées.  T <sub>3</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde bien différencié.  <u>V.S.</u> : 75 mm à la 1ère heure et 120 mm à la 2ème heure.  <u>N.F.S.</u> : 9 410 GB et 3 380 000 GR.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Terramycine - Endoxan - Solumédrol.	Altération de l'état général. Cachexie ++.  Extension de la tumeur à l'oropharynx.  Malade sorti et non revu.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
27	GOU.....Bodjo Femme 50 ans Fon Chique du tabac O. R. L.	Hospitalisée en O.R.L. du 5-4-83 au 16-7-83 pour tumeur maxillaire supérieure gauche et céphalée ++ évoluant depuis un an.  <u>Examen</u> : Etat général très altéré, amaigrissement ++.  Tuméfaction polylobée dure douloureuse de l'arcade zygomatique gauche.  <u>Nez</u> : Fosse nasale obstruée par un gros bourgeon.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde invasif à point de départ sinusal.  <u>V.S.</u> : 21 mm à la 1ère heure et 45 mm à la 2ème heure.  <u>N.F.S.</u> : 4 200 GB.	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine.  <u>Chirurgie</u> : - Résection du sinus maxillaire gauche et curetage du plancher de l'orbite le 26-4-83.	Epistaxis ++. Dépression importante au niveau de l'hémiface gauche. Infiltration oedémateuse sous palpébrale avec lagophthalmie.  Malade décédée en décembre 1983.
28	LAO.....Yacoubou Homme 20 ans Nagot O. R. L.	Hospitalisé en O.R.L. du 21-3-83 au 27-4-83 pour obstruction nasale et exophtalmie bilatérales évoluant depuis 3 mois..  <u>Examen</u> : Très mauvais état général, malade pâle.  <u>Nez</u> : Gros bourgeons obstruant les deux fosses nasales. Exophtalmie bilatérale.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde moyennement différencié et invasif.  <u>N.F.S.</u> : 12 000 GB avec 48 % de P.N. et 3 800 000 GR avec 8 g/l Hb.  <u>V.S.</u> : 125 mm à la 1ère heure et 136 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Solumédrol : une boîte. - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 62 jours.	L'état général s'altère. Cachexie +++.  Extension de la tumeur aux deux maxillaires supérieurs et au palais.  Malade décédé en fin 1983.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
29	HOU.....Houessou Homme 60 ans Aizo Ethylo-tabagique ++	Hospitalisé en O.R.L. du 28-2-83 au 2-4-83 pour ulcération du palais évoluant depuis 6 mois environ. <u>Examen</u> : Etat général bon. <u>Cavité buccale</u> : Volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante de tout le palais à bords géographiques avec extension au voile et à la luette.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde peu différencié du palais. <u>N.F.S.</u> : 7 800 GB avec 46 % de P.N. et 45 % de lymphocytes. <u>V.S.</u> : 42 mm à la 1ère heure et 60 mm à la 2ème heure.	<u>Médical</u> : - Abboticine 500 - Nifluril - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours.	Pas d'amélioration clinique notable. Ulcération palatine toujours en place. Malade sorti sur sa demande et non revu.
30	KPO.....Gbénou Homme 60 ans Toffin	Hospitalisé en O.R.L. du 28-6-83 au 10-8-83 pour obstruction nasale droite avec tuméfaction oculaire homolatérale évoluant depuis un an. <u>Examen</u> : Etat général peu conservé.  <u>Nez</u> : Fosse nasale droite obstruée par un volumineux bourgeon saignant et baignant dans du pus. Par ailleurs tumeur du palais droit avec exophtalmie homolatérale.  Pas d'adénopathie associée.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde peu différencié cornifiant de la muqueuse sinusienne. <u>Rx sinus</u> : opacité des sinus ethmoïdal et maxillaire droits avec destruction des parois interne et supérieure de ce dernier. Envahissement des choanes. <u>V.S.</u> : 80 mm à la 1ère heure et 109 mm à la 2ème heure. <u>N.F.S.</u> : 10 400 GB avec 72 % de P.N. et 4 040 000 GR. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Bipéni - Aérosol - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant un mois. - Dupéran.	Céphalée ++. Epistaxis ++. Etat général décevant avec cachexie. Malade sorti sur sa demande et non revu.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
31	LAU....Amoudath Femme 66 ans Yoruba Antécédent de sinusite maxillaire gauche chronique.	Hospitalisée en O.R.L. du 21-6-83 au 23-7-83 pour tumeur maxillaire supérieure gauche apparue depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Etat général acceptable.  Tumeur bourgeonnante du maxillaire supérieur gauche avec bombement de l'hémi-palais gauche et muqueuse palatine ulcérée.  <u>Nez</u> : Gros bourgeon endonasal gauche baignant dans du pus et saignant au contact.  Pas d'adénopathie.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde bien différencié et massivement invasif.  <u>Rx sinus</u> : ostéolyse du maxillaire supérieur gauche avec opacité hétérogène du sinus maxillaire homolatéral.  <u>N.F.S.</u> : 9 800 GB avec 57 % de P.N.  <u>V.S.</u> : 81 mm à la 1ère heure et 103 mm à la 2ème heure.	<u>Chirurgie</u> : - Résection du maxillaire supérieur gauche emportant le sinus maxillaire gauche le 7-7-83  <u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant un mois. - Solumédrol : une ampoule par jour pendant 7 jours. - Dupéran.	Altération progressive de l'état général.  Vaste solution de continuité avec le cavum. Bombement de l'arcade zygomatique du maxillaire supérieur opposé.  Malade décédée en fin 1983.
32	ELO...Epiphantie Femme 32 ans Fon Dossier n° 75-452 <sup>B</sup>	Hospitalisée en OR "B" du 20-4-75 au 16-5-75 pour tumeur hémi-mandibulaire droite évoluant depuis 4 ans.  <u>Examen</u> : Etat général bon.  Tuméfaction de la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite, de consistance rénitante.  Pas d'adénopathie.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : kyste mandibulaire associé à un épithélioma basocellulaire débutant.  <u>Rx</u> : plage d'ostéolyse de la moitié antérieure de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit.  <u>N.F.S.</u> : 4 000 GB et 3 680 000 GR.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Résection de la moitié antérieure de la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite le 2-4-75.  <u>Radiothérapie</u> : - 100 rd/champ tous les deux jours pendant 19 jours.	Malade sortie le 16-5-75 et ne sera pas revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
33	ADE...Delphine Femme 35 ans Nagot Dossier n° 77-1579 <sup>A</sup>	Hospitalisée CH "A" du 23-12-77 au 27-1-78 pour tumeur de l'hémi-mandibule droite évoluant depuis 2 ans. <u>Examen</u> : Etat général bon. Tuméfaction ulcéro-bourgeonnante dure siégeant sur la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite et faisant soudre du pus. Pas d'adénopathie. T <sub>3</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde du maxillaire inférieur droit étendu. <u>Rx</u> : image d'ostéolyse de la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite. <u>N.F.S.</u> : 6 000 GB et 4 260 000 GR <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Résection de la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite le 2-1-78. <u>Médical</u> : - Endoxan : 200 mg par jour pendant 60 jours. - Pénic G : 2 millions par jour pendant 30 jours.	Altération de l'état général. Récidive après 6 mois avec extension de la tumeur à l'hémi-mandibule gauche. Malade évadée le 15-9-78 et ne sera pas revue.
34	TOD..Ahouantansi Femme 80 ans Fon Chique du tabac	Reçue à titre externe en CH "A" pour tumeur du maxillaire inférieur évoluant depuis 3 ans. <u>Examen</u> : Etat général assez bon. Tumeur ulcéro-bourgeonnante de tout le maxillaire inférieur ayant envahi le plancher buccal. T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié et mûre sur toute l'étendue du prélèvement.	<u>Médical</u> : - Antibiotiques - Anti inflammatoires - Antalgiques.	N'a pas été hospitalisée. Malade non revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
35	ADJ....Malètin Femme 60 ans Fon Chique du tabac	Hospitalisée en O.R.L. du 19-5-80 au 25-6-80 jour de son décès pour tumeur héli-mandibulaire gauche évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Etat général mauvais  Tumeur ulcéro-bourgeonnante de la branche horizontale de l'héli-mandibule gauche.  Adénopathies jugulo-carotidienne, sous-angulo-maxillaire et sous-maxillaire homolatérales.  T <sub>3</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : épithélioma d'origine muqueuse avec envahissement ganglionnaire.  <u>Rx</u> : ostéolyse à limites floues située sur la branche horizontale de l'héli-mandibule gauche.  <u>N.F.S.</u> : 7 200 GB et 2 000 000 GR avec 4 g/l Hb.  <u>V.S.</u> : 99 mm à la 1ère heure et 115 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : AB <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Hémi-mandibulectomie gauche avec thrombase et endoxan in situ le 3-6-80  <u>Médical</u> ; - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 20 jours. - Sang : 500 cc x 2.	Paralysie faciale périphérique gauche.  Plaie non cicatrisée. Reprise de la suture le 19-6-80.  Malade très pâle. Transfusion sanguine. Décès dans un contexte d'amaurie et de collapsus cardio-vasculaire le 25-6-80.
36	KOU...Houédassi Femme 72 ans Aïzo	Hospitalisée en O.R.L. du 26-7-80 au 6-10-80 pour tumeur héli-mandibulaire gauche évoluant depuis un an environ.  <u>Examen</u> : Etat général très altéré, amaigrissement ++.  Tumeur ulcéro-bourgeonnante de l'héli-mandibule gauche débordant sur le trigone rétromolaire gauche.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde spinocellulaire différencié.  <u>N.F.S.</u> : 4 400 GB et 3 360 000 GR avec 7,5 g/l Hb.  <u>V.S.</u> : 93 mm à la 1ère heure et 115 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>  <u>B.W.</u> : KLINE <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 30 jours.	Etat stationnaire.  Extension de la tumeur au plancher buccal.  Malade sortie le 6-10-80 sur la demande de ses enfants mais ne sera plus revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
37	TOU...Théophile Homme 53 ans Goun Ethylo-tabagique ++.	Hospitalisé en O.R.L. du 13-10-80 au 22-11-80 pour tumeur héli-mandibulaire gauche évoluant depuis 2 mois.  <u>Examen</u> : Etat général altéré.  Vaste ulcération de la branche horizontale de l'héli-mandibule gauche avec gencive rouge et plaques de leucoplasie.  Adénopathies jugulo-carotidienne et sous-angulo-maxillaire homolatérales et fixées.  T <sub>3</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde du maxillaire inférieur avec envahissement ganglionnaire.  <u>Rx</u> : volumineux kyste apical autour du collet et des racines des molaires inférieures gauches.  <u>V.S.</u> : 70 mm à la 1ère heure et 98 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Hémi-mandibulectomie gauche avec résection d'une partie de la symphyse mentonnière le 11-11-80. - Curage ganglionnaire le 18-3-81.	Amaigrissement ++ voire cachexie. Extension de la tumeur au plancher buccal avec métastases ganglionnaires bilatérales. Décès le 20-3-81.
38	HOU...Hountonou Homme 20 ans Goun	Hospitalisé en O.R.L. du 7-8-80 au 6-10-80 pour tumeur de l'héli-mandibule droite évoluant depuis 5 mois.  <u>Examen</u> : Mauvais état général. Malade pâle +++.  Tumeur ulcéro-bourgeonnante de toute l'héli-mandibule droite avec masse endobuccal rose saignant.  Adénopathie sous-angulo-maxillaire droite ligneuse.  T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde très peu différencié et infiltrant.  <u>Rx</u> : image d'ostécondensation de toute la branche horizontale de l'héli-mandibule droite.  <u>N.F.S.</u> : 9 000 GB avec 70 % de P.N. et 2 300 000 GR avec 3,9 g/l Hb.  <u>GS-RH</u> : A <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Hémi-mandibulectomie droite le 21-8-80. - Exérèse itérative n° 1 avec résection d'une partie de la symphyse mentonnière le 25-11-80.  <u>Médical</u> : - Sang : 500 cc x 2. - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant un mois.	L'état général s'altère de plus en plus.  Récidive avec extension à la symphyse mentonnière à la commissure intermaxillaire et au maxillaire supérieur droits.  Malade dyspneïque et évadé.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
39	MAK.....Zimama Homme 15 ans	Suivi à titre externe en O.R.L. pour tumeur mandibulo-gingivale évoluant depuis 6 mois.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié invasif et infiltrant.	<u>Médical</u> : - Antibiotiques - Anti inflammatoires - Antalgiques.	N'a pas été hospitalisé et non revu.
40	COR.....Martin Homme 43 ans  Ethylo-tabagique +++.	Hospitalisé en O.R.L. du 25-10-80 au 3-12-80 pour tuméfaction de l'hémi-mandibule droite évoluant depuis 2 ans.  <u>Examen</u> : Très mauvais état général : 39 kg à 43 ans.  Tumeur ulcérée de la branche montante de l'hémi-mandibule droite avec grosse adénopathie sous-maxillaire homolatérale.  T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde différencié.  <u>Rx</u> : ostéolyse étendue de l'angle montante du maxillaire inférieur droit.  <u>N.F.S.</u> : 9 000 GB et 3 200 000 GR avec 8,4 g/l Hb.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours.	Cachexie +++.  Volumineuse adénopathie sous-maxillaire droite fixée.  Malade décédé le 3-12-80.
41	KIN.....Ayaba Femme 70 ans  Fon  Chique du tabac	Hospitalisée en O.R.L. du 3-1-83 au 12-3-83 pour tuméfaction du maxillaire inférieur évoluant depuis 8 mois.  <u>Examen</u> : Etat général mauvais.  Tuméfaction dure douloureuse de la symphyse mentonnière et des deux branches horizontales du maxillaire inférieur.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde bien différencié et invasif.  <u>N.F.S.</u> : 10 000 GB et 4 400 000 GR.  <u>V.S.</u> : 50 mm à la 1ère heure et 93 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : B <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - T.A.O. 500 deux boîtes. - Nifluril : deux boîtes. - Solumédrol : une boîte. - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant un mois.	Extension du processus tumoral aux racines des canines et des prémolaires inférieures. Adénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales.  Cachexie ++.  Décès en fin 1983.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
42	ZOH.....Assiba Femme 60 ans Fon Chique du tabac	Suivie à titre externe en O.R.L. depuis le 31-10-83 pour tuméfaction de l'hémi-mandibule gauche évoluant depuis 2 mois. <u>Examen</u> : Etat général passable. Bourgeon saignant ++ au niveau de la gencive de l'hémi-mandibule gauche édentée. Par ailleurs ulcération nécrotique du vestibule gingivo-labial gauche et du plancher buccal. T <sub>4</sub> N <sub>o.</sub>	<u>Biopsie</u> : carcinome épidermoïde très invasif.	<u>Médical</u> : - Eludril solution - Amycycline : comprimés 2 boîtes - Nifluril - Dupéran simple.	Extension étendue à toute l'hémi-mandibule gauche, à la symphyse mentonnière et au plancher buccal. Malade non revue.
43	GNA.....Agli Femme 35 ans Fon	Hospitalisée en O.R.L. du 17-12-79 au 5-1-80 pour tumeur du palais évoluant depuis 6 mois. <u>Examen</u> : Bon état général. Masse ovoidale de la taille d'une noix de palme dure située sur la région médiane de la voûte palatine avec muqueuse lisse. T <sub>2</sub> N <sub>o.</sub>	<u>Biopsie</u> : cylindrome du palais. N.F.S. : 8 000 CB et 4 740 000 GR V.S. : 20 mm à la 1ère heure et 47 mm à la 2ème heure. GS-RH : B <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Exérèse de la tumeur le 29-12-79.	Cicatrisation complète de la plaie opératoire. Malade sortie le 5-1-80 et non revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
44	KLO.....Dossi Femme 50 ans Goun	Hospitalisée en O.R.L. du 9-10-81 au 18-12-81 pour tumeur du palais et du maxillaire supérieur gauches évoluant depuis 3 mois.  <u>Examen</u> : Etat général acceptable.  Volumineuse tumeur maxillaire supérieure gauche dure à peau distendue et tumeur bombant dans l'hémi-palais gauche et se prolongeant dans l'oropharynx.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : cylindrome au dépens du palais.  N.F.S. : 3 200 GB et 3 660 000 GR avec 6,2 g/l Hb.  V.S. : 73 mm à la 1ère heure et 110 mm à la 2ème heure.  GS-RH : 0 <sup>-</sup> avec D <sup>u(-)</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Maxillectomie gauche emportant l'hémi-palais gauche.  <u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant un mois. - Sang : 500 cc.	Perte de substance de la partie médiane du voile. Tissu nécrotique au niveau de la commissure intermaxillaire gauche.  Altération de l'état général avec muqueuses conjonctivales pâles.  Malade évadée le 18-12-81 et ne sera plus revue.
45	ADA.....Marie Femme 38 ans Mina	Hospitalisée en O.R.L. du 16-6-80 au 28-6-80 pour tumeur du palais évoluant depuis 10 ans.  <u>Examen</u> : Etat général bon.  Tumeur de la taille d'un oeuf de pigeon rosée sans ulcération de la muqueuse siégeant sur la voûte palatine à gauche.  T <sub>2</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : cylindrome du palais.  N.F.S. : 8 800 GB et 3 180 000 GR avec 6,8 g/l Hb.  V.S. : 40 mm à la 1ère heure et 70 mm à la 2ème heure.	<u>Chirurgie</u> : - Exérèse de la tumeur le 24-6-80 suivie d'une exérèse itérative n° 1 le 27-12-83. - Exérèse itérative n° 2 le 8-2-84.  <u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine toujours en cours.	Récidive locale à 2 ans 6 mois puis à 3 ans d'où des tumorectomies successives.  Le 26-1-84 la masse tumorale a envahi tout le palais avec extension à la gencive du maxillaire supérieur gauche et bourgeon endonasal gauche.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
46	SYL.....Claire Femme 15 ans Dossier n° 75-552 <sup>A</sup> ou 76-300 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 16-5-75 au 12-9-75 pour tumeur maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 5 mois. <u>Examen</u> : Etat général altéré. Enorme tumeur maxillaire supérieure gauche avec gros bourgeons entre les dents empêchant l'occlusion de la bouche. T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT. N.F.S. : 8 000 GB avec 62 % de P.N. et 2 440 000 GR avec 7,5 g/l Hb.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 200 mg par jour pendant 2 mois. <u>Chirurgie</u> : - Exérèse des gros bourgeons tumoraux d'entre les dents le 16-6-75. - Ablation d'un séquestre osseux le 22-3-76. <u>Radiothérapie</u> : 100 rd/champ pendant 2 mois.	Fonte tumorale notable. L'état général devient acceptable. Malade sortie le 9-4-76 et non revue.
47	AGO.....Codjo Garçon 9 ans Fon	Reçu à titre externe en CH "A" pour tumeur des maxillaires supérieurs. T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT.	<u>Médical</u> : - Antibiotiques - Anti inflammatoires - Antalgiques	N'a pas été hospitalisé et non revu.
48	KOU.....Azisou Garçon 8 ans Adja Dossier n° 76-386 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 29-3-76 au 5-7-76 pour tumeur maxillaire supérieure droite évoluant depuis 5 mois. <u>Examen</u> : Etat général mauvais. Enorme tumeur maxillaire supérieure droite dure ferme aussi grosse que la tête du malade. Peau distendue et luisante. Pas d'adénopathie. T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : Tumeur de BURKITT. <u>Rx crâne</u> : Opacité diffuse de toute l'hémi-face droite et débordant sur l'orbite et la fosse nasale homolatérales. N.F.S. : 22 600 GB avec 70 % de P.N. et 1 950 000 GR.	<u>Médical</u> : - Sang : 250 cc x 2. - Pénic G : un million par jour pendant un mois. - Endoxan : 100 mg par jour pendant 2 mois.	Fonte spectaculaire de la tumeur. Malade sorti le 7-5-76 et non revu.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
49	VIG....Toussaint Homme 18 ans Fon Dossier n° 76-870 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 7-6-76 au 29-11-76 pour tumeur du maxillaire supérieur droit évoluant depuis 8 mois. <u>Examen</u> : Etat général bon. Tumeur bourgeonnante du maxillaire supérieur droit dure, peu douloureuse avec exophtalmie droite directe. Par ailleurs tumeur au niveau du tibia droit. T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : tumeur de BURKITT. <u>Rx sinus</u> : opacité diffuse centrée sur le maxillaire supérieur droit estompant les contours du sinus maxillaire. Lyse de la cloison. <u>V.S.</u> : 95 mm à la 1ère heure et 119 mm à la 2ème heure.	<u>Médical</u> : Endoxan : 100 mg par jour pendant 4 mois.	Surinfection par le bacille pyocyanique. Légère amélioration. Malade évadé le 29-11-76 et ne sera plus revu.
50	HOU...Bernadette Fille 9 ans Fon Dossier n° 78-526 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 7-5-78 au 1-8-78 pour tuméfaction maxillaire supérieure droite évoluant depuis 2 mois <u>Examen</u> : Très mauvais état général. Tumeur ferme peu douloureuse de la grosseur d'une mangue siégeant sur le maxillaire supérieur droit. T <sub>3</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT. <u>N.F.S.</u> : 9 200 GB avec 70 % de P.N. et 3 680 000 GR avec 8,5 g/l Hb.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 250 cc x 2. - Endoxan : 200 mg par jour pendant 45 jours.	D'abord une amélioration puis récurrence locale et à la jambe droite. Malade sortie sur la demande de ses parents et ne sera plus revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
51	AMO..Houétchénou Homme 18 ans Fon	Hospitalisé en O.R.L. du 16-6-78 au 2-9-78 pour tuméfaction maxillaire supérieure droite évoluant depuis 3 mois et demi.  <u>Examen</u> : Mauvais état général.  Volumineuse tumeur maxillaire supérieure droite dure fixée, et tumeur gingivo-jugale saignant ++.  <u>Nez</u> : Gros bourgeon de la fosse nasale homolatérale.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : tumeur de BURKITT.  <u>Rx sinus</u> : obscurité complète des sinus de l'hémi-face droite.  <u>N.F.S.</u> : 9 200 GB avec 84 % de P.N. et 4 040 000 GR avec 9 g/l Hb.  <u>V.S.</u> : 14 mm à la 1ère heure et 32 mm à la 2ème heure.	<u>Chirurgie</u> : Large exérèse de la tumeur emportant une partie du maxillaire supérieur droit : le 23-7-78.  <u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours.	Discrète amélioration puis récidence locale après 5 mois. Bilatéralisation de la lésion avec extension à l'abdomen et ascite de grande abondance.  Malade décédé en 1980.
52	HOU.....Roger Garçon 5 ans	Hospitalisé en O.R.L. pour tumeur bimaxillaire et hémi-mandibulaire droite évoluant depuis 6 mois.  <u>Examen</u> : Très mauvais état général.  Volumineuse tumeur bimaxillaire et hémi-mandibulaire droite ferme bourgeonnante et déformant la face.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : tumeur de BURKITT.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Endoxan : 200 mg x 2 par semaine pendant deux semaines.	Malade évadé quelques jours après son entrée et ne sera plus revu.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
53	<p>ADE...Oyétakin Homme 19 ans Yoruba</p>	<p>Hospitalisé en O.R.L. du 10-6-80 au 22-8-80 pour tuméfaction maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 40 jours.</p> <p><u>Examen</u> : Etat général passable.</p> <p>Volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante saignant au contact siégeant sur le maxillaire supérieur gauche avec gros bourgeon endonasal et exophtalmie homolatéraux.</p> <p>T<sub>4</sub> N<sub>0</sub>.</p>	<p><u>Biopsie</u> : tumeur de BURKITT.</p> <p><u>N.F.S.</u> : 5 400 GB avec 52 % de P.N. et 3 900 000 GR avec 10 g/l Hb.</p> <p><u>V.S.</u> : 90 mm à la 1ère heure et 118 mm à la 2ème heure.</p> <p><u>GS-RH</u> : A<sup>+</sup></p>	<p><u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 60 jours. Solumédrol : une boîte.</p>	<p>D'abord une discrète amélioration puis récédive après 3 mois et apparition d'adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche.</p> <p>Altération de l'état général puis décès le 22-10-80.</p>
54	<p>AHO...Marcellin Garçon 12 ans Goun</p>	<p>Hospitalisé en O.R.L. du 4-12-81 au 24-12-81 pour tuméfaction bimaxillaire supérieure évoluant depuis 2 mois</p> <p><u>Examen</u> : Mauvais état général</p> <p>Tumeur ulcéro-bourgeonnante dure, saignant au moindre contact siégeant sur les deux maxillaires supérieurs. Par ailleurs exophtalmie droite avec fosse nasale homolatérale obstruée par un gros bourgeon.</p> <p>Ganglions sous-angulo-maxillaires bilatéraux durs et fixés.</p> <p>T<sub>4</sub> N<sub>3</sub>.</p>	<p><u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT.</p> <p><u>N.F.S.</u> : 10 400 GB avec 82 % de P.N. et 3 500 000 GR.</p> <p><u>V.S.</u> : 80 mm à la 1ère heure et 118 mm à la 2ème heure.</p>	<p><u>Médical</u> : Endoxan : 200 mg x 2 par semaine pendant deux semaines.</p>	<p>D'abord une discrète amélioration puis augmentation du processus tumoral.</p> <p>Malade évadé le 24-12-81 et ne se ra plus revu.</p>

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
55	AKP.....Sossi Fille 8 ans Fon	Hospitalisée en O.R.L. du 20-7-83 au 27-9-83 pour tuméfaction maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 8 mois. <u>Examen</u> : Etat général bon. Tumeur de la grosseur d'une mandarine rénitente avec peau de couverture inflammatoire et circulation collatérale. T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT. <u>N.F.S.</u> : 8 000 GB et 4 300 000 GR. <u>V.S.</u> : 61 mm à la 1ère heure et 87 mm à la 2ème heure.	<u>Médical</u> : - Endoxan : 200mg x 2 par semaine pendant un mois. - Foldine - Férograd.	Regression de la tumeur maxillaire. Malade sortie le 27-9-83 et non revue.
56	AGB...Emilienne Fille 9 ans Fon Dossier n° 76-118 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 23-9-75 au 9-2-76 pour tumeur de l'hémi-mandibule gauche évoluant depuis 6 mois. <u>Examen</u> : Etat général bon. Tumeur bourgeonnante de l'hémi-mandibule gauche douloureuse et ferme. T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome de BURKITT. <u>N.F.S.</u> : 3 800 GB et 3 730 000 GR. <u>V.S.</u> : 18 mm à la 1ère heure et 40 mm à la 2ème heure.	<u>Médical</u> : - Endoxan : 100mg par jour pendant 60 jours. - Glifanan : un comprimé x 2 par jour.	Fonte spectaculaire, puis récédive locale après 2 mois et demi. Malade évadée le 9-2-76 et ne sera plus revue.
57	DAH.....Nicolas Garçon 12 ans Fon	Hospitalisé le 9-12-82 et décédé ce jour même pour tumeur de l'hémi-mandibule gauche évoluant depuis 6 mois. <u>Examen</u> : Enfant cachétique. Volumineuse tumeur ulcéro-nécrotique de toute l'hémi-mandibule gauche de l'hémi-palais gauche, du voile et de gros bourgeons dans les 2 fosses nasales. Polyadénopathies sous-maxillaires et ascite de grande abondance. T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : tumeur de BURKITT.	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg une ampoule. - Solumédrol : une ampoule.	Malade décédé le jour même de son hospitalisation.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
58	AGB.....Tètè Femme 18 ans Fon	Hospitalisée en O.R.L. du 18-5-81 au 3-7-81 pour tumeur de l'hémi-face droite évoluant depuis 9 mois. <u>Examen</u> : Etat général altéré Volumineuse tumeur de la taille d'une pamplémousse chaude avec circulation collatérale siégeant sur le maxillaire supérieur droit et bombant dans le cavum. Adénopathies sous-occipitales ++ dures et fixées. T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome malin non Hodgkinien. <u>N.F.S.</u> : 40 000 GB avec 96 % de P.N. et 3 500 000 GR avec 7,5 g/l Hb. <u>Rx sinus</u> : ostéolyse de toute la branche montante du maxillaire supérieur droit. Opacité du sinus maxillaire droit.	<u>Médical</u> : - Sang : 500 cc x 4. - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 45 jours.	Anémie sévère et rebelle à toute transfusion. Extension du processus à l'hémi-mandibule droite. Malade décédée en 1981 à domicile
59	MAM...Antoinette Femme 22 ans Nagot	Hospitalisée en O.R.L. du 23-6-81 au 5-8-81 pour épistaxis à répétition et exophtalmie droite évoluant depuis 3 mois. <u>Examen</u> : Etat général très altéré avec anémie clinique. <u>Nez</u> : Gros bourgeon endonasal droit saignant ++. Exophtalmie droite. Adénopathies sous-angulo-maxillaires, prétragiennes et jugulo-carotidiennes bilatérales et dures. T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphome malin non Hodgkinien <u>N.F.S.</u> : 47 000 GB avec 76 % de P.N. et 5 280 000 GR avec 9,9 g/l Hb. <u>V.S.</u> : 58 mm à la 1ère heure et 92 mm à la 2ème heure. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Sang : 500 cc x 4. - Endozan : 400 mg x 2 par semaine pendant 30 jours.	Augmentation de l'exophtalmie puis cécité droite. L'état général s'altère. Malade décédée à domicile en 1981

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
60	HOU.....Singuin Femme 45 ans Fon Dossier n° 76-613 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 29-3-76 au 16-4-76 pour tumeur maxillo-faciale droite évoluant depuis 6 mois. <u>Examen</u> : Etat général altéré malade pâle cachetique. Tumeur de 16 cm de long sur 12 cm de large ferme, dure, bien circonscrite siégeant sur le maxillaire supérieur droit. La fosse nasale droite est obstruée par un gros bourgeon. Exophtalmie droite. T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : réticulo-sarcome. <u>Rx sinus</u> : opacité diffuse à point de départ sinus maxillaire droit, étendue aux cellules ethmoïdales, prolongée à la fosse nasale et à la région ptérygo-maxillaire. Destruction des parois osseuses du sinus maxillaire. <u>N.F.S.</u> : 3 200 GB et 3 800 000 GR.	<u>Médical</u> : - Réhydratation - Vitamines - Sang : 500 cc - Endoxan : 200 mg par jour, 5 jours par semaine.	Augmentation du bourgeon endonasal. L'état général s'altère. Malade évadée le 16-4-76 et ne sera plus revue.
61	AIV....Samuel Homme 20 ans Goun Dossier n° 77-152 <sup>A</sup>	Hospitalisé en CH "A" du 29-1-77 au 26-2-77 pour tuméfaction maxillaire supérieure droite évoluant depuis 6 mois. <u>Examen</u> : Etat général altéré. Tumeur ulcéro-bourgeonnante du maxillaire supérieur avec suintement hémorragique +++. T <sub>3</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : tumeur maligne anaplasique de nature lymphoréticulaire. <u>N.F.S.</u> : 19 200 GB avec 77 % de P.N. et 2 400 000 GR avec 6 g/l Hb. <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Sang : 500 cc x 2. - Vitamines - Bipéni : 2 millions par jour.	Malade évadé une semaine après son hospitalisation et ne sera plus revu.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
62	BAD.....Antoine Homme 35 ans Fon	Hospitalisé en O.R.L. du 26-7-78 au 21-10-78 pour céphalée ++, obstruction nasale gauche évoluant depuis 6 mois <u>Examen</u> : Etat général bon. <u>Nez</u> : Gros bourgeon endonasal gauche baignant dans du pus. <u>Oeil</u> : Exophtalmie gauche. Par ailleurs volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche fixée. T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> .	<u>Biopsie</u> : réticulo-sarcome différencié <u>Rx sinus</u> : opacité diffuse de toute l'hémi-face gauche et lysé du plancher de l'orbite. <u>N.F.S.</u> : 8 000 GB avec 78 % de P.N. et 4 000 000 GR. <u>V.S.</u> : 25 mm à la 1ère heure et 58 mm à la 2ème heure.	<u>Chirurgie</u> : Résection modulante du maxillaire supérieur gauche, ethmoïdectomie gauche curage jugulo-carotidien et exentération le 21-9-78. <u>Médical</u> : - Solumédrol - Bipéni - Efféralgan.	Récidive d'une tumeur de la racine du nez 3 mois plus tard. Cécité après 4 mois. Malade décédé en 1979 dans un très mauvais état général.
63	SOG...Hounzonlon Femme 50 ans Fon Dossier n° 78-138 <sup>A</sup>	Hospitalisée en CH "A" du 3-2-78 au 12-4-78 pour tumeur de l'hémi-mandibule gauche évoluant depuis 4 mois. <u>Examen</u> : Etat général passable. Tumeur osseuse dure intéressant les branches montante et horizontale de l'hémi-mandibule gauche. T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : lymphosarcome de type lymphoblastique. <u>Rx</u> (défilé maxillaire) : ostéolyse de la branche montante de l'hémi-mandibule gauche. Structure floue cotonneuse par ailleurs. <u>N.F.S.</u> : 4 800 GB et 3 260 000 GR. <u>GS-RH</u> : B <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Hémi-mandibulectomie gauche le 28-3-78. <u>Médical</u> : Endoxan : 100 mg par jour pendant 2 mois.	Plaie cicatrisée Malade sortie le 12-4-78 et non revue.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
64	GAN.....Paule Femme 24 ans Fon	Hospitalisée en O.R.L. du 2-8-82 au 2-10-82 pour tumeur maxillaire supérieure gauche évoluant depuis 2 ans.  <u>Examen</u> : Etat général bon.  Bourgeon de la gencive du maxillaire supérieur gauche avec absence de toutes les dents.  Tuméfaction de l'hémi-palais gauche et comblement du sillon nasogénien gauche.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : fibrosarcome.  <u>Rx sinus</u> : ostéolyse du maxillaire supérieur gauche avec opacité des sinus de cette hémiface.  N.F.S. : 4 000 GB avec 50 % de P.N. et 4 300 000 GR avec 9,4 g/l Hb.  V.S. : 19 mm à la 1ère heure et 48 mm à la 2ème heure.	<u>Chirurgie</u> : Maxillectomie gauche.  <u>Radiothérapie</u> : Effectuée en FRANCE.  <u>Chimiothérapie</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par jour pendant 2 mois.	Discrète amélioration.  Récidive un an après.  Actuellement malade cachetique. Extension de la tumeur au maxillaire supérieur droit. Exophtalmie gauche. Polyadénopathies jugulo-carotidiennes et sous mentales dures et fixées. Malade évadée.
65	TCH.....Cyprien Homme 62 ans Fon Ethylo-tabagique +++.	Hospitalisé en Médecine puis en O.R.L. du 23-6-82 au 10-7-82 pour tumeur hémi-mandibulaire droite évoluant depuis 5 ans.  <u>Examen</u> : Etat général très altéré. Anémie clinique.  <u>Cavité buccale</u> : Masse ulcéro-nécrotique saignant au contact développée autour de la 2ème prémolaire inférieure droite.  T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : rhabdomyosarcome pléomorphe.  <u>Rx crâne</u> : érosion de l'hémi-mandibule droite. Flou de l'orbite avec comblement de la région du sinus maxillaire droit.  GS-RH : 0 <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Hémi-mandibulectomie droite emportant le triangle rétro-molaire droit.  <u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant une semaine.	Altération très prononcée de l'état général.  Poumon : râles crépitants dans les deux champs pulmonaires.  Exophtalmie droite ++.  Malade décédé le 10-7-82.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
66	SOT.....Guédjo Femme 62 ans Fon	Hospitalisée en O.R.L. du 10-5-82 au 12-6-82 pour tumeur hémi-mandibulaire droite évoluant depuis 2 ans. <u>Examen</u> : Etat général passable.  Tumeur dure de la taille d'une mangue siégeant sur l'hémi-mandibule droite avec bourgeons endobuccaux.  Pas d'adénopathie.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : ostéosarcome très cellulaire.  <u>N.F.S.</u> : 6 400 GB avec 51 % de P.N. et 3 700 000 GR avec 11,2 g/l Hb.  <u>V.S.</u> : 108 mm à la 1ère heure et 129 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : 0 <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : - Résection partielle de l'hémi-mandibule droite le 1-6-82. - Hémi-mandibulectomie totale droite le 20-7-82.  <u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 3 semaines.	Cicatrisation de la plaie opératoire. Récidive locale un mois après puis extension tumorale à la commissure intermaxillaire droite.  Malade non revue.
67	DOS.....Sessi Homme 17 ans Yoruba	Hospitalisé en O.R.L. du 31-3-82 au 28-7-82 pour tumeur de l'hémi-mandibule gauche évoluant depuis 5 mois.  <u>Examen</u> : Etat général bon.  Tumeur dure douloureuse de l'hémi-mandibule gauche s'étendant depuis la commissure intermaxillaire gauche jusqu'à la région symphysaire.  T <sub>4</sub> N <sub>o</sub> .	<u>Biopsie</u> : rhabdomyosarcome embryonnaire de type alvéolaire à cellules peu différenciées.  <u>N.F.S.</u> : 9 800 GB et 4 200 000 GR.  <u>V.S.</u> : 128 mm à la 1ère heure et 135 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : AB <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Large exérèse tumorale avec résection d'une partie de l'hémi-mandibule gauche.  <u>Médical</u> : Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 2 mois.	Non cicatrisation de la plaie opératoire.  Apparition de polyadénopathies sous-angulo-maxillaires. Extension tumorale sur le trigone rétromolaire gauche.  Malade évadé.

69

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
68	SOS.....Michel Homme 30 ans Mina	Hospitalisé en O.R.L. du 14-6-82 au 24-7-82 pour exophtalmie droite et obstruction homolatérale évoluant depuis 4 mois.  <u>Examen</u> : Etat général bon.  <u>Nez</u> : Gros bourgeon endonasal droit baignant dans du pus.  <u>Oeil droit</u> : Exophtalmie avec chémosys ++.  Adénopathies sous-angulo-maxillaires droites.  T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> .	<u>Biopsie</u> : esthésio-neuroblastome de l'ethmoïde.  <u>Rx sinus</u> : sinusite maxillaire droite.  <u>N.F.S.</u> : 8 400 GB et 4 500 000 GR.  <u>V.S.</u> : 50 mm à la 1ère heure et 82 mm à la 2ème heure.  <u>B.W.</u> : +++.  <u>GS-RH</u> : B <sup>+</sup>	<u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 3 semaines - Solumédrol : une boîte. - Amycycline : deux boîtes.  <u>Radiothérapie</u> : Effectuée en FRANCE à base de cobaltothérapie.	Tuméfaction de toute l'hémi-face droite.  Augmentation de l'exophtalmie et du chémosys.  Malade décédé en fin 1983.
69	DJI.....Hilaire Homme 56 ans Fon Chique du tabac.	Malade suivi à titre externe en O.R.L. depuis 1983 et hospitalisé en 1984 pour obstruction nasale droite évoluant depuis 3 mois.  <u>Examen</u> : Etat général passable.  <u>Nez</u> : Volumineux bourgeon endonasal droit sale et saignant +++ au contact.  Pas d'adénopathie.  T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : esthésio-neuroblastome.  <u>Rx sinus</u> : opacité de la fosse nasale droite et du sinus maxillaire droit.  <u>N.F.S.</u> : 4 000 GB et 3 800 000 GR.  <u>V.S.</u> : 95 mm à la 1ère heure et 130 mm à la 2ème heure.  <u>GS-RH</u> : B <sup>+</sup>	<u>Chirurgie</u> : Large exérèse par destruction de tout le sinus maxillaire et de l'hémi-palais droits.  <u>Médical</u> : - Endoxan : 400 mg x 2 par semaine pendant 30 jours. - Solumédrol : une boîte.	Cicatrisation complète de la plaie opératoire.  Malade sorti le 8-4-84 avec ordonnance d'endoxan en comprimé.  Actuellement récurrence locale avec bilatéralisation de la tumeur.

N°	ETAT CIVIL	EXAMEN CLINIQUE	PARACLINIQUE	TRAITEMENT	EVOLUTION
70	FAG.....Nazaire Homme 70 ans Fon	Hospitalisé en O.R.L. du 20-2-80 au 10-3-80 pour tumeur hémi-mandibulaire gauche évoluant depuis 5 ans environ. <u>Examen</u> : Etat général bon. Tumeur de la branche horizontale de l'hémi-mandibule gauche dure avec gencive ulcérée. Pas d'adénopathie. T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> .	<u>Biopsie</u> : Forme rare d'améloblastome à malignité locale. <u>Rx</u> (défilé maxillaire) : image lacunaire de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche à limite imprécise. <u>N.F.S.</u> : 4 800 GB et 4 220 000 GR.	<u>Chirurgie</u> : Résection modulaire d'une partie de l'hémi-mandibule gauche. <u>Médical</u> : - Alphachymotrypsine : une boîte. - Terramycine I.V. une boîte. - Efférgan : une boîte.	Cicatrisation complète de la plaie opératoire. Bon état général Malade encore vivant.

# TR OISIEME CHAPITRE

## E T U D E C L I N I Q U E

- 3. 1. EPIDEMIOLOGIE
- 3. 2. CLINIQUE
- 3. 3. FORMES EVOLUTIVES DES CANCERS DES MAXILLAIRES
- 3. 4. EVOLUTION SPONTANEE

### 3. **E** TUDE **L** INIQUE

-O-O-O-O-O-O-O-

#### 3. 1. EPIDEMIOLOGIE

##### 3. 1. 1. La Fréquence

Le cancer des maxillaires était considéré comme rare en AFRIQUE.

Les premières publications remontent en 1959 avec le colloque d'ABIDJAN-DAKAR réunissant les Médecins des anciennes fédérations d'A.O.F. et d'A.E.F. Ainsi selon CAMAIN R. et SERAFINO P. (24) le cancer des maxillaires représente grossièrement 15 % du chiffre global de tous les cancers.

Quatre ans plus tard à JOHANNESBOURG en AFRIQUE du SUD KEEN P. (73) démontre que chez les BANTU, le cancer des maxillaires est dix fois plus fréquent qu'en EUROPE.

Mais les statistiques les plus éloquentes sont celles de DAKAR. En effet en 1964 REYNAUD J. et DIOP (114) dans les bulletins et mémoires de la faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de DAKAR publient sur un total de 338 tumeurs malignes de la sphère O.R.L. 142 observations traitant des cancers des maxillaires supérieurs soit 42 % et 28 cas des cancers mandibulaires soit 8,28 %.

SICLAWI S. (127) en 1975 dans sa thèse rapporte 150 observations des cancers du massif facial supérieur soit 42,01 % et LASSISSI M. (82) en 1978 dénombre 56 tumeurs malignes mandibulaires soit 11,83 % des cancers de la sphère O.R.L.

En EUROPE, GAILLARD J. et GIGNOUX (44) trouvent que le cancer du massif facial supérieur représente 6 % des cancers et BRUGER J. (20) à l'Institut GUSTAVE ROUSSY à propos de 220 tumeurs malignes de la sphère O.R.L. rapporte 63 cas de cancer des cavités naso-sinusiennes et de la cavité buccale soit 29 %.

A COTONOU, HOUMASSO P. P. (68) dans sa thèse sur les cancers chirurgicaux a abordé le problème de la fréquence des cancers maxillaires. Il a remarqué que 23,59 % des cancers O.R.L. siègent sur les maxillaires.

Sur les 147 tumeurs malignes histologiquement confirmées de la sphère O.R.L. nous avons quant à nous trouvé 70 cancers des maxillaires soit un pourcentage de 47,61 % ce qui les place au premier rang de la spécialité.

Nos 70 cas se répartissent en :

- 52 cancers maxillaires supérieurs soit 36,05 %
- et 18 cancers maxillaires inférieurs soit 11,56 %.

En comparant les chiffres avancés par les auteurs Européens et Africains nous pouvons dire que les cancers des maxillaires sont plus fréquents soit 6 fois plus en AFRIQUE qu'en EUROPE. Les chiffres retrouvés à COTONOU se rapprochent de ceux de DAKAR.

Le tableau n° 3 ci-après donne bien des détails quant aux différents pourcentages.

TABEAU N° 3. - FREQUENCE DES CANCERS DES MAXILLAIRES SUIVANT QUELQUES PAYS.

SIEGES P A Y S	F R E Q U E N C E		
	MAXILLAIRE SUPERIEUR	MAXILLAIRE INFERIEUR	T O T A L
EUROPE (FRANCE) GAILLARD	6 %	3,5 %	9,5 %
SENEGAL (DAKAR) SAMIH	42,01 %	11,83 %	53,84 %
BENIN (COTONOU) VIGNIKIN	36,05 %	11,56 %	47,61 %

### 3. 1. 2. L'Age

Tous les âges sont concernés. Le plus jeune de nos patients a 3 ans et demi, le plus âgé en a 80. Le maximum de fréquence se situe entre 60 et 70 ans. Mais cette fréquence suivant l'âge est fonction de la variété histologique.

En effet le sarcome se voit aux âges extrêmes de la vie. Le plus souvent c'est une tumeur du sujet jeune.

Le carcinome est rare avant 30 ans et peu fréquent avant 40 ans. C'est une tumeur de l'adulte de plus de 50 ans. Notons qu'à COTONOU (BENIN), les carcinomes ne sont pas rares avant 30 ans. C'est le cas des observations n° 4 - 8 - 12 - 14 - 16 - 23 - 28 - 38 - 39.

Le tableau n° 4 ci-après montre de façon claire la répartition selon les diverses tranches d'âge.

TABLEAU N° 4. - REPARTITION DES CANCERS MAXILLAIRES SELON LES DIVERSES TRANCHES D'AGE.

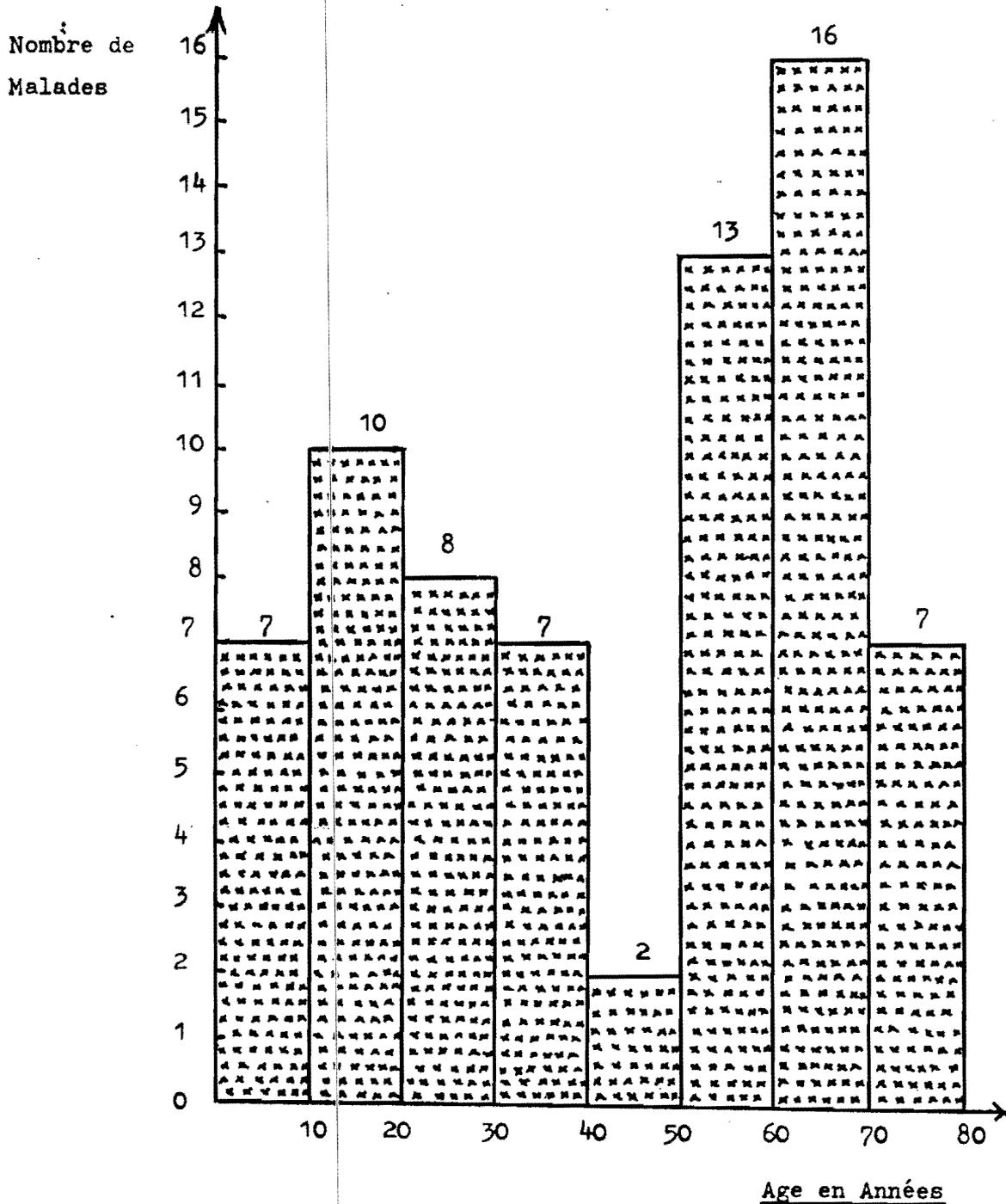
TRANCHES D'AGE	NOMBRE DE CAS		T O T A L
	MAXILLAIRE SUPERIEUR	MAXILLAIRE INFERIEUR	
0 à 9 ans	6	1	7
10 à 19 ans	7	3	10
20 à 29 ans	7	1	8
30 à 39 ans	5	2	7
40 à 49 ans	1	1	2
50 à 59 ans	11	2	13
60 à 69 ans	12	4	16
70 à 79 ans	3	3	6
80 ans et plus	0	1	1
T O T A L	52	18	70

Ce tableau aidé de l'histogramme ci-après donne les fins renseignements et illustre bien cette répartition. (Voir page suivante)

### 3. 1. 3. Le Sexe

Les deux sexes sont concernés. Sur les 70 malades nous notons :

- 33 hommes soit 47,14 %
- 37 femmes soit 52,85 %.



HISTOGRAMME - 1 : VARIATION DES MALADES  
PAR TRANCHES D'AGE

Cette fréquence est à peu près égale chez l'homme que chez la femme avec cependant une légère prédominance féminine.

Pour les auteurs Européens il s'agit d'une nette prédominance masculine. GAILLARD et<sup>es</sup> collaborateurs avancent les chiffres de 90 % d'hommes.

SICLAWI (127) à DAKAR trouve 102 hommes et 48 femmes pour les tumeurs malignes du maxillaire supérieur. LASSISSI (82) quant à lui note que le sexe féminin prédomine légèrement dans les cancers du maxillaire inférieur : 32 femmes contre 24 hommes.

Au BENIN, cette proportion un peu plus forte du côté féminin pourrait en partie s'expliquer par la répartition de la population par sexe et par classe d'âge. En effet d'après les statistiques récentes de l'I.N.S.A.E. en 1980 le BENIN compte plus de femmes que d'hommes : 1 748 000 hommes contre 1 819 000 femmes. Et pour plus de 60 ans on note plus de femmes que d'hommes soit 19 hommes pour 35 femmes. Or le maximum de fréquence se situe dans cette tranche d'âge.

Le tableau ci-après montre la répartition des malades par sexe et par maxillaire.

TABLEAU N° 5. - REPARTITION DES MALADES PAR SEXE ET PAR MAXILLAIRE

NOMBRE DE CAS	HOMMES	FEMMES	T O T A L
MAXILLAIRES SUPERIEURS	25	27	52
MAXILLAIRE INFERIEUR	8	10	18
T O T A L	33	37	70

Nous ne partageons pas l'avis des auteurs qui font des cancers maxillaires l'apanage exclusif du sexe masculin.

#### 3. 1. 4. L'Ethnie

Tous les malades sont Béninois en dehors d'un seul : il s'agit de l'observation n° 39 sans doute un Nigérien et suivi à titre externe.

Cinq grandes ethnies semblent être plus touchées. Ce sont les Fon - les Goun - les Yoruba - les Mina et les Aïzo. D'autres ethnies importantes ne sont pas représentées.

Le tableau n° 6 ci-après montre la répartition des malades par ethnie.

TABLEAU N° 6. - REPARTITION DES MALADES PAR ETHNIE

ETHNIES	NOMBRE DE MALADES	POURCENTAGE
FON	37	52,85 %
YORUBA	9	12,85 %
GOUN	8	11,42 %
MINA	5	7,14 %
AIZO	3	4,28 %
PEDAE	1	1,42 %
TOFFIN	1	1,42 %
SANS PRECISION	6	8,57 %
T O T A L	70	100 %

Les Fon prédominent et représentent 52,85 % suivis des Yoruba 12,85 % et des Goun 11,42 %. Les mêmes remarques sont faites par le Dr YAROU (141). Abordant la répartition des cancers suivant les ethnies, il trouva que 54,55 % des cancéreux du larynx sont Fon. Or HOUNNASSO P. (68) dans sa thèse sur les cancers chirurgicaux note quant à lui que les Aïzo prédominent alors que cette ethnie ne représente que les 4,28 % de notre statistique.

La nette prédominance des Fon ne peut avoir une signification particulière. Le C.N.H.U. est à COTONOU capitale économique du BENIN, dans la province de l'Atlantique. Or, dans cette province la majorité de la population se réclame de cette ethnie.

En dehors de l'âge et du sexe, d'autres facteurs jouent un rôle déterminant dans la genèse des tumeurs malignes des maxillaires et des sinus de la face.

### 3. 1. 5. Les Facteurs Favorisants

Ce sont toutes les causes de métaplasie des muqueuses de revêtement des maxillaires que sont les muqueuses sinusienne, nasale, palatine et gingivale. Ces facteurs sont :

- l'infection nasale chronique : quatre cas ont été notés dans notre série.
- les sinusites surtout d'origine rhinogène : 16 cas.
- les prises nasales de poudre de tabac (poudre souvent écrasée avec de la potasse) ou le mâchonnement du tabac une habitude rencontrée dans notre pays chez les sujets d'un certain âge
- le mauvais état bucco-dentaire essentiellement la pyorrhée alvéolaire responsable d'infection chronique. Ainsi selon DARGENT M. et PAPILLON (34) 75 à 80 % des cancers de la cavité buccale se développent dans les bouches négligées. Nous avons noté 22 cas dans notre série.

l'alcooclisme et surtout l'association tabac et alcool créent un terrain propice à l'évolution des cancers O.R.L. Ceci a été longuement décrit par le Dr YAROU M. (141) dans sa thèse : le cancer du larynx au C.N.H.U. de COTONOU.

Certaines tumeurs bénignes peuvent dégénérer en véritable cancer. Nous retenons essentiellement deux cas :

- premièrement : celui d'un kyste mandibulaire évoluant depuis 4 ans qui a donné au dernier examen histologique un épithélioma basocellulaire débutant. C'est l'observation n° 32.
- deuxièmement : celui d'un ameloblastome de l'hémi-mandibule qui après plusieurs années d'évolution présente une malignité locale. C'est l'observation n° 70. Les mêmes constatations ont été faites respectivement par CYLWIK B. (30) qui publie en 1975 en POLOGNE un cas d'ameloblastome malin chez une patiente de 38 ans mais qui décéda 6 mois après le diagnostic, et par DARAMOLA et ses collaborateurs (33) en 1980 à IBADAN au NIGERIA qui sur 22 ameloblastomes note une dégénérescence maligne.

Certains auteurs pensent que la radiothérapie pratiquée sur une lésion bénigne peut déclencher l'apparition d'un cancer : c'est le classique radiocancer. Ce facteur est absent dans notre série.

Les facteurs endogènes sont plus difficilement mis en cause. Nous n'avons quant à nous retrouvé aucun antécédent carcinologique chez les parents. Le seul facteur génétique auquel nous avons eu recours est le groupe sanguin. Chez les 70 cancéreux des maxillaires, 57 ont bénéficié de la détermination de leur groupe sanguin. Ainsi :

- 31 sont du groupe O
- 11 sont du groupe A
- 10 sont du groupe B
- 05 sont du groupe AB
- 13 sont sans précision.

La nette prédominance du groupe O ne peut avoir une signification particulière. Elle relève d'une simple constatation. D'ailleurs au BENIN c'est le groupe érythrocytaire O qui prédomine.

Les lésions préexistantes : ce sont les états précancéreux qui exigent une surveillance médicale rigoureuse. Nous citons :

- le lichen plan ; surtout le lichen plan érosif
- les plaques de leucoplasie retrouvées une fois dans notre série : observation n° 37
- la maladie de BOWEN
- et l'érythroplasie.

Chez nous, il n'est pas fréquent de surveiller ces états précancéreux. Nous accordons plutôt une attention particulière à la tuberculose quelque soit sa localisation pouvant donner des associations dangereuses. Notons toutefois que nous n'avons pas observé cette association.

- le rôle de la syphilis a été signalé et le terrain syphilitique avec la réaction de BORDET - WASSERMANN fortement positive n'a été retrouvé que chez deux de nos malades : il s'agit des observations n° 36 et 68.

D'autres auteurs enfin accordent une attention au rôle joué par la profession et la société. Ainsi selon GAILLARD et GIGNOUX (46) et (49) les travailleurs du bois et des vernis sont exposés au cancer de l'ethmoïde : 75 % des ébénistes. Dans notre série nous avons enregistré 3 cancers de l'ethmoïde sans notion de fonction du bois ou de vernis.

Par contre la plupart de nos malades soit à peu près les 75 % sont des paysans et ne constituent pas la couche privilégiée de la société béninoise chez qui la mauvaise alimentation majore ce pronostic déjà réservé du cancer.

De nos observations, il ressort que les facteurs les plus importants sont :

- l'infection des fosses nasales et des cavités paranasales
- le mauvais état bucco-dentaire favorisé par le mâchonnement du tabac.

### 3. 2. LA CLINIQUE

Le tableau clinique est extrêmement varié. Il dépend de la localisation, de l'extension, du stade évolutif et surtout de la nature histologique de la tumeur.

Ces données de base nous permettent de distinguer les cancers du maxillaire supérieur et ceux du maxillaire inférieur.

#### 3. 2. 1. Les Cancers du Maxillaire Supérieur

##### 3. 2. 1. 1. Période de Début :

Cette période est caractérisée par la latence et la banalité de ses signes. Elle passe inaperçue soit par l'absence de tout signe d'alarme, soit par l'insouciance du malade qui s'en tient à un traitement traditionnel et n'est vu qu'à un stade au-dessus de toute thérapeutique curatrice et donc de pronostic péjoratif.

A propos de nos observations aucune tumeur maxillaire n'a pu être décrite tout à fait au début de son évolution. La durée d'évolution de la maladie avant la première consultation a été de :

- 1 à 6 mois dans 36 cas
- 7/<sup>mois</sup> à 1 an dans 14 cas
- 2 à 5 ans dans 16 cas
- plus de 10 ans dans 3 cas
- et dans un cas la durée d'évolution n'a pu être précisée parce que le patient a déjà oublié l'histoire de sa maladie.

\* Symptômes Fonctionnels

Ils sont de plusieurs ordres.

## - Débuts Dououreux : 26 cas

La douleur est le symptôme fonctionnel le plus fréquent. Elle peut revêtir différentes formes suivant la localisation de la tumeur.

. Douleurs dentaires : 8 cas. Il s'agit d'une douleur sourde d'intensité modérée rebelle à presque tous les antalgiques. Ces douleurs dentaires témoignent d'une atteinte directe des nerfs dentaires par la masse tumorale. Les avulsions des dents seront dangereuses et mal venues car elles pourront entraîner une évolution locale et un envahissement ganglionnaire rapide.

. Neuralgie faciale : 2 cas. Elle affecte le territoire du trijumeau et plus électivement celui du nerf maxillaire supérieur. Elle peut aller d'un simple endolorissement de la joue aux douleurs vives diffuses de l'hémi-face avec phénomènes vasomoteurs d'accompagnement. Selon BROSSARD - LEGRAND (19) on peut noter des troubles sensitifs à type de paresthésie ou d'anesthésie de l'hémi-face et d'après GAILLARD (44) cette anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire est rare mais quand elle existe, elle est de grande valeur pour le diagnostic.

. Céphalées : 8 cas. Elles dominent aussi les symptômes fonctionnels. Nous avons noté 8 cas. Ce sont des céphalées temporo-frontales en barre avec vertige.

## - Signes Rhinologiques : 19 cas

Ces signes peuvent faire prendre à tort un authentique cancer pour une sinusite aiguë ou chronique. Il s'agit d'une :

. Rhinorrhée le plus souvent unilatérale fait d'écoulement purulent et fétide.

. Epistaxis spontanée répétée sans cause apparente, cédant mal aux tamponnements.

. Simple obstruction nasale.

On peut juger du danger que représente ces signes par leur banalité et ceci d'autant plus qu'ils surviennent chez un malade porteur <sup>de</sup> rhinite chronique et habitué depuis plusieurs mois voire plusieurs années aux petits incidents banaux de surinfection nasale ou sinusienne que même une épistaxis ne peut alarmer. Nous avons noté 19 cas.

- Signes Bucco-Dentaires : 12 cas

A ce stade de début la banalité des signes bucco-dentaires attirent très peu l'attention. Le malade consulte parce que :

- . une dent devient branlante
- . une prothèse s'adapte mal
- . soit la chute spontanée de plusieurs dents

laissant des alvéoles déshabitées qui cicatrisent mal.

- Autres Signes de Début

- . gêne à la mastication
- . signes oculaires : exophtalmie
- . otalgie réflexe
- . adénopathie cervicale isolée.

La banalité et la latence de ces signes de début ne doivent pas faire retarder une suspicion de néoplasme. Car un signe suspect isolé ou associé aussi banal soit-il : obstruction nasale, épistaxis chez un sujet de plus de 50 ans doit orienter les recherches et bénéficier d'un examen clinique complet. Car selon BROSSARD (19) il n'existe pas de parallélisme entre l'importance des signes révélateurs et l'extension du cancer.

\* Signes d'Examen

A ce stade de début les signes physiques sont pauvres et l'état général du malade est peu touché.

- Inspection et Palpation

Mirutieuses de la face s'efforceront de mettre en évidence une déformation même minime. Elles recherchent :

- . un bombement de la joue : 7 cas ont été notés
- . un soulèvement du sillon nasogénien avec comblement de la fosse canine : 8 cas de notés.

L'examen de la région orbitaire pourra mettre en évidence :

- . un épaissement ou une saillie du plancher de l'orbite
- . une hypoesthésie de la région sous-orbitaire signe d'alarme mais rare. Nous n'avons pas observé ce signe.

#### - Examen de la Cavité Buccale

Il est primordial et comprend l'exploration visuelle et digitale. Il révélera soit :

- . une simple ulcération gingivale
- . un bourgeon suspect qui commence à apparaître dans la cavité alvéolaire
- . un comblement ou un refoulement vers le bas du sillon gingivo-labial
- . une soufflure de la fosse canine
- . un bombement en "verre de montre" de la voûte palatine selon la description classique avec ou sans ulcération de la muqueuse palatine.

#### - Rhinoscopie antérieure

Elle permet le plus souvent le diagnostic clinique en découvrant le prolongement endonasal de la tumeur. Elle objective :

- . soit une masse bourgeonnante, irrégulière, hémorragique extrêmement suspecte occupant parfois toute la fosse nasale : 25 cas ont été notés dans notre série
- . soit une polypose réactionnelle : son unilatéralité doit toujours faire suspecter un néoplasme sous-jacent.

Enfin une fosse nasale qui est normale n'élimine en rien une tumeur maligne.

#### - Rhinoscopie postérieure

Elle n'est pas de pratique courante à COTONOU. Elle montre :

- . soit le pôle postérieur d'une lésion endonasale apparaissant dans les choanes
- . soit une extension à la partie postérieure de la cloison ou à la totalité du cavum.

Cet examen sera complété :

- . d'un bilan oculaire à la recherche de larmoiement, de diplopie ou d'une exophtalmie
- . de la recherche d'une adénopathie cervicale isolée ou non en précisant ses différents caractères
- . enfin un bilan général complet qui témoigne de l'état général qui est souvent peu touché en cette période de début.

### 3. 2. 1. 2. Période d'Etat

La symptomatologie clinique devient riche et les signes fonctionnels sus-cités pendant la phase de début sont majorés. Cette période est caractérisée par l'extériorisation de la tumeur. En AFRIQUE où les consultations se font tardivement la grande majorité de nos patients se présentent avec des tumeurs énormes réalisant des monstruosité, déformant et défigurant les malades.

#### \* Symptômes Fonctionnels

En dehors des débuts algiques revêtant les formes d'algies bucco-dentaires ou de céphalées, des signes rhinologiques sont observés : 19 cas. Mais la symptomatologie est très uniforme en cette période d'état : seul l'accroissement de la tumeur amène le malade qui le plus souvent a négligé les signes fonctionnels.

#### \* Signes d'Examen

L'examen clinique note alors à ce stade des tumeurs :

- bourgeonnantes
- ulcérées
- ulcéro-bourgeonnantes
- et des nodules.

. Les tumeurs bourgeonnantes avec de gros bourgeons ulcérés et saignotants faisant corps avec la muqueuse ou les os : l'aspect le plus souvent observé est celui de gros bourgeons endonasaux

sales, saignant facilement au contact et baignant dans une sécrétion muco-purulente ; 32 cas ont été notés dont 25 des fosses nasales. Mais nous insistons sur leur caractère unilatéral.

. Les tumeurs ulcérées : avec des contours irréguliers, à bords épais indurés surélevés en bourrelets saillants durs avec le fond de l'ulcération bourgeonnant et saignant. 4 cas ont été observés.

. Les tumeurs ulcéro-bourgeonnantes : associant les deux aspects sus-décrits : 18 cas.

. Enfin des nodules : il s'agit de nodules durs souvent de 1 à 4 centimètres saignants et siégeant sur la voûte palatine : 6 cas.

A ce stade l'extension loco-régionale est inévitable avec des métastases ganglionnaires.

Un bilan général découvre un état général touché de façon assez importante avec amaigrissement confinant à la cachexie. En effet l'importance du volume de la tumeur entrave bien souvent une alimentation correcte.

Dans la majorité des cas, la malignité est cliniquement évidente (55 tumeurs suspectes en O.R.L. 50 confirmations histologiques), et nos investigations histologiques, radiologiques et biologiques ne servent qu'à mieux cerner les possibilités thérapeutiques.

### 3. 2. 1. 3. Formes Anatomico-cliniques des Cancers du Maxillaire Supérieur

La classification des tumeurs malignes du maxillaire supérieur est toujours extrêmement délicate puisqu'elles se développent dans les structures profondes de la face et empiètent bien souvent sur plusieurs régions voisines.

Chez nous l'important développement tumoral, l'ancienneté de l'évolution font que l'on ne peut se prononcer sur un point quelconque de départ de ces énormes tumeurs.

Plusieurs classifications ont été faites. Parmi celles-ci nous citons :

- celle de SEBELIAU en FRANCE reprise par HAUTANT et MONOD (122) distinguant les tumeurs de la supra, de la méso et de l'infrastructure
- celle de LEROUX - ROBERT (86) regroupant :
  - . les cancers de l'ethmoïde
  - . les cancers ethmoïdo-orbito-maxillaires
  - . les cancers maxillo-palatins
  - . les cancers des fosses nasales et de la cloison
- celle de REYNAUD J. et LAMINE D. (114).

Nous avons utilisé cette dernière classification qui nous a semblé la plus satisfaisante et plus proche de nos réalités. Elle comprend les formes localisées et les formes étendues ou très étendues.

\* Les Formes Localisées : 23 cas

Ce sont des tumeurs de volume raisonnable et pour lesquelles la clinique parfois aidée de la radiologie définissent la région atteinte. Mais il faut dire aussi que le diagnostic exact est fait en per opératoire ainsi nous avons :

- Des Tumeurs Localisées au Maxillaire Supérieur

Nous avons noté 12 cas dont 5 au maxillaire supérieur droit, 5 du côté gauche et 2 cas de siège bilatéral. Il s'agit pour la plupart de bourgeons ou d'ulcérations de la muqueuse gingivale, avec ou sans destruction osseuse mais limitée strictement au maxillaire supérieur.

- Formes Strictement Localisées au Sinus Maxillaire

Nous avons deux cas. Les cancers des sinus maxillaires ont un début endo-maxillaire pur. Le diagnostic est rarement fait au stade de début car les signes cliniques sont banals. La radiographie n'est pas concluante car elle ne montre qu'une simple opacité homogène. Seule l'intervention exploratrice aidée d'une biopsie avec examen histopathologique donne le diagnostic. Selon LEROUX - ROBERT (86) cette forme traitée au début de façon correcte donne de bons résultats.

- Cancers de la Fosse Nasale : 2 cas

Un cas se situe du côté droit et l'autre du côté gauche. Ces tumeurs se révèlent par une obstruction nasale unilatérale avec écoulement séro-purulent ou franchement hémorragique précédée d'épisode douloureux. Très souvent la tumeur entraîne une déviation de la cloison nasale.

- Cancers du Sinus Ethmoïdal Pur

Nous avons observé un cas. Il s'agit de l'observation n° 68. Ce sont des cancers de mauvais pronostic.

- Cancer du Palais Osseux : 6 cas

Dont 3 cas siègent sur l'hémi-palais gauche, 2 cas de siège médian et un cas occupant tout le palais. Il s'agit de patients de 28 à 65 ans venant consulter pour tuméfaction du palais saignant spontanément. L'examen découvre des tumeurs de la taille d'un grain de mil (un millimètre environ) à un oeuf de poule (huit centimètres). L'exérèse biopsique confirme le diagnostic.

\* Les Formes Étendues ou très Étendues : 29 cas

Nous considérons comme tumeurs malignes étendues du sinus maxillaire, celles qui s'accompagnent toujours de la destruction d'une ou de plusieurs de ses parois osseuses et parfois d'une extension dans l'orbite, l'ethmoïde, la base du crâne, la fosse ptérygo-maxillaire, la cavité buccale, la joue ou les fosses nasales. Ce sont les formes les plus fréquentes de notre série : 29 cas. Ces formes étendues ou très étendues se subdivisent en trois groupes :

- formes hautes
- formes basses
- formes postérieures.

- Les Formes Hautes : 18 cas

. les tumeurs ethmoïdo-orbito-maxillaires : 15 cas. Elles sont unilatérales droites : 8 cas, unilatérales gauches : 5 cas et bilatérales : 2 cas : observations n° 28 et 54. Dans ces formes étendues, il n'est pas toujours facile de se prononcer sur un quelconque point de départ ni de dénombrer les régions atteintes.

La tumeur gagne tout le sinus maxillaire et après avoir détruit toutes ses parois attaque les ethmoïdes et se propage à l'orbite. Le patient se présente alors avec une volumineuse tumeur de toute une héli-face avec exophtalmie homolatérale. Le diagnostic est alors aisé mais le pronostic est le plus souvent mauvais.

- . les tumeurs maxillo-orbito-malaires : un cas.

Il s'agit de l'observation n° 13. La tumeur paraît jugale mais c'est surtout la radiologie qui amène les vrais renseignements.

- . les tumeurs ethmoïdo-frontales : 2 cas. Ce sont des tumeurs à point de départ ethmoïdal ayant envahi le ou les sinus frontaux. Nos deux cas siègent sur le côté droit.

#### - Les Formes Basses

Essentiellement maxillo-palatines : 11 cas : de siège unilatéral droit : 5 cas, de siège unilatéral gauche : 5 cas et de siège bilatéral : un cas : observations n° 18. Ce sont des tumeurs de la voûte palatine qui vont créer des communications bucco-nasales.

#### - Les Formes Postérieures

- . maxillo-ptérygoïdienne
- . ethmoïdo-naso-postérieure, sont absentes de notre série.

Le tableau ci-après montre de façon claire la répartition de ces formes anatomo-cliniques.

#### TABLEAU N° 7. - TYPES ANATOMO-CLINIQUES DES CANCERS DU MAXILLAIRE

SUPÉRIEUR : 52 CAS

#### - Formes Localisées : 23 cas

- . maxillaire supérieur : 12 cas
- . sinus maxillaire : 2 cas
- . sinus ethmoïdal : 1 cas
- . palais osseux : 6 cas
- . fosse nasale : 2 cas

#### - Formes étendues ou très étendues : 29 cas

- . formes hautes : 18 cas
- . formes basses : 11 cas
- . formes postérieures : 0 cas.

### 3. 2. 2. Les Cancers du Maxillaire Inférieur

Ces cancers représentent 25,71 % de notre statistique (18 cas de siège maxillaire inférieur). La symptomatologie comme l'évolution différencient les cancers de la mandibule (os spongieux et mobile) de ceux du maxillaire supérieur os "évidé" par le sinus où la tumeur se développe à la périphérie de l'os ou comme dans une "boîte" dont les parois seraient d'inégale épaisseur.

#### 3. 2. 2. 1. Période de Début

Les symptômes fonctionnels sont banals et inquiètent très peu les patients qui ne viennent consulter qu'après un an en moyenne d'évolution de la maladie. Ainsi les véritables signes rentrant dans la sémiologie fine des tumeurs malignes de la mandibule sont absents chez nous. Il s'agit :

- de névralgie
- d'hypoesthésie ou anesthésie dans le territoire du nerf dentaire inférieur. Pourtant d'après GUILBERT F. et SOUBIRAN (61) cette hypoesthésie labio-mentonnaire est fréquente en EUROPE et constitue un signe d'alarme.

La plupart de nos patients viennent consulter pour des signes bucco-dentaires : 11 cas. Il s'agit en général de patients à mauvais état bucco-dentaire avec tartre et caries dentaires revêtant l'aspect d'un tableau soit :

- pseudo-ostéïtique : ostéïte subaiguë avec une ou plusieurs molaires mobiles, douloureuses et la muqueuse congestive et hypervascularisée
- pseudo-pyorrhéïque : où l'ensemble des dents de toute une héli-mandibule deviennent douloureuses avec chute spontanée laissant des alvéoles déshabitées qui ne cicatrisent pas et saignent ou parfois des alvéoles qui font place à des tumeurs.
- parfois il peut s'agir d'otalgie réflexe ou d'adénopathie cervicale. Mais le plus souvent nos malades arrivent au stade tumoral.

#### 3. 2. 2. 2. Période d'Etat

C'est à cette phase que la majorité de nos patients sont

vus. Le seul signe qui amène à consulter est l'accroissement du volume d'une tumeur mandibulaire avec gêne à l'alimentation.

#### \* Signes Physiques

L'examen de la cavité buccale découvre alors de véritables tumeurs soit :

- bourgeonnantes : 6 cas où la lésion siège sur le rempart alvéolaire et enchasse des dents mobiles
- ulcéreuses : 2 cas donnant des cupules avec des bords surélevés et saignants
- ulcéro-bourgeonnantes : 9 cas soit la moitié de la série associant les deux formes
- nodulaires : un cas.

Toutes ces tumeurs entraînent une déformation faciale et saignent au moindre contact. L'examen O.R.L. complet recherche d'autres lésions associées : maxillaires supérieures, adénopathies cervicales. L'état général est souvent altéré.

#### 3. 2. 2. 3. Formes Topographiques des Cancers du Maxillaire Inférieur

Le cancer peut intéresser toute une mandibule ou une portion de cette dernière d'où plusieurs variétés topographiques.

- Formes étendues à toute une hémi-mandibule :  
9 cas : ce sont les formes les plus fréquemment rencontrées car au stade où nous recevons les malades la tumeur est déjà énorme et envahissante. Nous avons noté 9 cas dont 5 localisations droites et 4 localisations gauches. En EUROPE, ces formes sont rares. ANDRE P. (4) en FRANCE n'a noté que deux cas sur 59 tumeurs mandibulaires.

- Formes localisées aux branches horizontales :  
6 cas ; soit le tiers de notre statistique. Elles sont aussi fréquentes que les formes hémi-mandibulaires et équitablement réparties : 3 cas sur la branche horizontale droite et 3 cas siégeant sur la branche horizontale gauche.

- Formes localisées aux branches montantes et aux angles mandibulaires : 4 cas ont été relevés soit 22,22 % des cancers mandibulaires répartis comme suit :

- un cas de tumeur de l'angle gauche
- un cas de tumeur de l'angle droit
- deux cas siégeant sur la branche montante.

D'après certains auteurs il s'agit de formes rares. LEROUX - ROBERT (86) dans sa statistique a noté 8 cas sur un total de 122 tumeurs soit 7 %. Chez nous elles sont moins rares.

- Formes antérieures ou localisées à la symphyse mentonnière : 1 cas de noté. Il s'agit de l'observation n° 41. Pourtant dans les statistiques de TENON et CURIE rapportées par AUDRE P. (4), ces formes représentent 53 % des cancers mandibulaires. LASSISSI M. (32) au SENEGAL sur un total de 56 tumeurs mandibulaires avait noté 3 cas. Les tumeurs mandibulaires à localisation symphysaire stricte semblent être rares en AFRIQUE.

- Formes étendues à tout le maxillaire inférieur et au plancher buccal : un cas a été retrouvé dans notre série. Il s'agit d'une patiente de 80 ans présentant une volumineuse tumeur bourgeonnante occupant l'hémi-mandibule gauche, la symphyse mentonnière, l'hémi-mandibule droite et le plancher buccal : observation n° 34.

En dehors de ces formes topographiques propres à chaque maxillaire, il importe de rappeler l'existence de certaines formes particulières communes aux deux maxillaires et aux sinus de la face constatées au premier examen.

### 3. 3. LES FORMES EVOLUTIVES DES CANCERS DES MAXILLAIRES ET DES SINUS DE LA FACE

#### 3. 3. 1. Métastases Ganglionnaires

Sur les 70 cancéreux des maxillaires, 22 ont présenté des adénopathies soit 31,42 %. Tous les auteurs sont d'accord que les atteintes ganglionnaires existent dans la moitié des cas et

que cette atteinte diminue de moitié les chances de guérison. D'après LASSISSI (82) ces atteintes sont de l'ordre de 58,75 %. SICLAWI (127) quant à lui trouve que les 2/3 de ses malades étudiés portent une adénopathie cervicale. LEROUX (86) les estime à 43 % tandis que REYNAUD (114) en totalise 28 %.

Sur le plan clinique : il s'agit de ganglions fermes ou durs, mobiles, roulant sous les doigts ou fixés adhérant aux plans superficiel et profond, le plus souvent indolores mais pouvant prendre un caractère pseudo-inflammatoire. Leur taille varie entre 1 à 5 centimètres, ils ne s'ulcèrent pas spontanément et sont parfois multiples.

L'examen anatomo-pathologique de ces ganglions réalisé en cas de curage ganglionnaire note soit un envahissement néoplasique ou une simple hyperplasie.

#### \* Classification des Adénopathies

Les localisations sont variables et parfois plusieurs chaînes peuvent être touchées.

- Adénopathies cervicales : 18 cas : elles se répartissent comme suit :

- sous-angulo-maxillaires : 13 cas
- sous-maxillaires : 2 cas
- sous-angulo-maxillaires et sous-maxillaires : 1 cas
- sous-angulo-maxillaires et jugulo-carotidiennes : 1 cas
- sous-angulo-maxillaires, sous-maxillaires et jugulo-carotidiennes : 1 cas
- Adénopathies sous-mentales : 2 cas
- Adénopathies sous-occipitales : 1 cas
- Adénopathies prétragiennes, sous-angulo-maxillaires et jugulo-carotidiennes : 1 cas.

Les adénopathies sous-angulo-maxillaires prédominent : 13 cas alors qu'en EUROPE c'est la localisation sous-maxillaire qui l'emporte. Ces adénopathies sont homolatérales dans 15 cas et bilatérales dans 7 cas. Elles sont mobiles 9 fois mais dures et fixées dans 13 cas. Toutes les aires ganglionnaires sont intéressées dans un cas : observation n° 59.

### 3. 3. 2. Les Autres Formes de Métastases

- Métastases pulmonaires : 3 cas, il s'agit de patients de plus de 50 ans présentant des carcinomes épidermoïdes différenciés et qui ont connu des troubles respiratoires par la suite. La radiographie pulmonaire objective en dehors des accentuations de la trame bronchique des images suspectes. Ce sont les observations n° 11, 25 et 65.

- Métastases cérébrales : 1 cas, il concerne un carcinome épidermoïde de l'ethmoïde étendu aux sinus frontaux et à la dure-mère (constatation faite en per opératoire) : observation n° 15.

### 3. 3. 3. Les Localisations Multiples

Quelques cas méritent d'être soulignés :

- Localisation bimaxillaire et hémi-mandibulaire droite : observation n° 52

- Localisation palais et commissure intermaxillaire : observation n° 26

- Localisation maxillaire supérieure et tibia droit : observation n° 49.

### 3. 3. 4. Les Formes Associées

- Association tumeur maligne maxillaire et syphilitis : deux cas ont été observés avec la réaction de BORDET - WASSERMANN fortement positive.

Ces formes imposent des examens paracliniques spécifiques sinon la tumeur peut évoluer à bas bruit et ne se révéler que par des complications qui "sonnent le glas" du cancéreux.

### 3. 4. EVOLUTION SPONTANEE

Non traité, le cancer des maxillaires et des sinus de la face évolue de façon continue et régulière vers l'exitus. Cette mort est parfois hâtée par des complications.

#### 3. 4. 1. L'Extension Locale

La tumeur augmente de volume, donnant parfois une énorme tumeur (aussi grosse que la tête du patient : observation n° 48) avec déformation faciale, obstruction nasale totale, épistaxis ou gingivorragies.

- Au maxillaire supérieur on peut noter l'extension d'une tumeur du sinus maxillaire à :

- . l'ethmoïde
- . au sinus frontal
- . à tout le maxillaire supérieur. C'est l'épithélioma du sinus maxillaire à point de départ endosinusien et qui fait littéralement "éclater toutes les parois".
- . parfois l'extension se fait à toute une hémiface.

- Au maxillaire inférieur l'extension se fait :

- . au plancher buccal
- . à la langue
- . à tout l'oropharynx.

#### 3. 4. 2. L'Extension Régionale

C'est essentiellement la diffusion lymphatique. En effet les chaînes ganglionnaires vont être prises par le processus néoplasique. Ces atteintes sont estimées à 31,42 % de notre série.

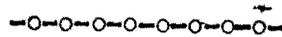
#### 3. 4. 3. Les Complications Générales

C'est essentiellement l'altération de l'état général. En effet l'importance et le volume de la tumeur entravent souvent une alimentation correcte. Il en résulte un amaigrissement important confinant à la cachexie extrême qu'on qualifie de "cachexie néoplasique". C'est dans cet état lamentable que décèdent nos cancéreux des maxillaires.

# QUATRIÈME CHAPITRE

---

## PARACLINIQUE



4. 1. EXAMEN RADIOLOGIQUE
4. 2. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE
4. 3. LES AUTRES EXAMENS.

## 4. **P**ARACLINIQUE

—○—○—○—○—

### 4. 1. EXAMEN RADIOLOGIQUE

Dans un centre comme le nôtre où la biopsie lorsqu'elle est faite, est adressée vers l'extérieur pour une analyse histologique et il faut attendre des mois pour voir le résultat avec les possibilités de pertes des prélèvements, l'examen radiologique surtout en matière des cancers des maxillaires et des sinus de la face devient le complément indispensable de l'examen clinique. A son intérêt topographique s'ajoute le fait essentiel qu'il est le seul dans la majorité des cas à pouvoir préciser l'extension de la tumeur aux structures voisines.

#### 4. 1. 1. Le Bilan Radiologique

Il devra comporter :

##### \* Pour le Massif Facial Supérieur

- Une radiographie du crâne de face avec :
  - . nez-menton plaque : c'est l'incidence de BLONDEAU montrant les sinus antérieurs de la face
  - . nez-vertex plaque : c'est l'incidence de HIRTZ montrant les sinus postérieurs, l'étage moyen de la base, la paroi postérieure du sinus maxillaire.
- Des radiographies de profil montrant le palais osseux, la paroi postérieure du sinus maxillaire et la fosse ptérygo-maxillaire.
- Des tomographies : frontales ou de profil
- Parfois l'artériographie peut éventuellement révéler une extension méconnue à l'examen clinique et à la radiographie standard.

Chez nous les tomographies et les artériographies ne sont pas encore de pratique courante. Nous nous limitons aux radiographies du crâne (face et profil) et à celles des sinus avec les incidences de BLONDEAU et de HIRTZ.

\* Pour le Maxillaire Inférieur

Le bilan radiologique doit comporter :

- Une radiographie de la mandibule de face, de profil et en incidence défilée.
- Des films intrabuccaux par la méthode oclusale de BELOT ou de SIMPSON sont nécessaires non seulement pour obtenir une vue d'ensemble mais surtout pour étudier la région symphysaire.
- Parfois des angiographies.

Mais nous faisons le plus souvent une radiographie du crâne (face et profil) et un défilé maxillaire.

4. 1. 2. Les Images Radiologiques

Ces images dépendent du stade d'évolution du néoplasme. Alors que la plupart de nos patients se présentent à un stade relativement avancé, les clichés radiologiques n'ont plus en réalité un but diagnostique mais constituent des documents de comparaison et tentent d'apprécier l'extension locale et les localisations non apparentes cliniquement.

\* Au Maxillaire Supérieur

Les images observées sont de deux types :

- L'opacité tumorale
- Les destructions osseuses.

Si l'opacité objective quelquefois la tumeur elle n'est pas un élément formel de malignité. Mais l'opacité non homogène d'un sinus prend toute sa valeur si elle est associée à une destruction osseuse d'une structure voisine. Elle devient alors un argument solide sinon formel de malignité malgré les causes d'erreur.

- Les opacités sinusiennes et parasinusiennes

Elles sont les plus fréquentes. Il peut s'agir :

- d'un voile pur
  - . du sinus maxillaire : 4 cas
  - . du sinus sphénoïdal : 1 cas

- . de la région ethmoïdo-frontale : 2 cas
- . de la région fronto-orbitaire : 1 cas
- . de la fosse nasale : 3 cas
- le plus souvent il s'agit des opacités denses avec disparition des contours osseux sinon une effraction évidente :
  - . érosion du contour orbitaire inférieur : 3 cas
  - . destruction de la paroi interne des sinus sans envahissement de la fosse nasale : 6 cas ; et avec envahissement de la fosse nasale : 6 cas
  - . atteinte des parois inférieures, bombement de la voûte palatine et des parties molles : 8 cas.
- ↳ l'opacité peut s'étendre à plusieurs sinus sinon à toute une hémiface : 4 cas ; parfois cette opacité atteint le cavum : 2 cas.

#### - Les destructions osseuses

Il s'agit des images d'ostéolyse. Ces images sont rarement seules. Elles s'associent volontiers chez nous à des opacités. Dans 4 cas nous avons noté des images d'ostéolyse pures :

- branche montante du maxillaire supérieur : 2 cas
- apophyse zygomatique : 1 cas
- malaire et cellules ethmoïdales : 1 cas.

#### \* Au Maxillaire Inférieur

Les images observées sont multiples mais peuvent être regroupées en deux types :

- les images de raréfaction osseuse
- les images de condensation.

#### - Les images de raréfaction

Elles sont les plus fréquentes et regroupent les ostéolyses, les lacunes, les érosions et les encoches. Ces images peuvent se voir avec conservation ou non de la corticale.

D'une manière générale, la mandibule présente une image de perte de substance osseuse d'étendue variable sans reliquat osseux. Son contour est érodé sans liséré ni aspect de ligne bordante. La structure de l'os périphérique est moins dense, irrégulière et en voie de destruction.

- les ostéolyses ont été notées dans 9 cas et dans 5 cas on observe une rupture de la corticale avec envahissement des parties molles

- les lacunes : 2 cas
- les érosions: 1 cas.

Ces images siègent sur :

- les branches horizontales dans 7 cas
- la région symphysaire dans 2 cas
- au niveau de l'angle et du bord postérieur de la branche montante de la mandibule : 2 cas
- parfois toute une héli-mandibule : 2 cas.

#### - Les images condensantes

Elles sont plus rares. Il s'agit d'une opacité anormale se distinguant à peine au début du tissu osseux voisin par sa densité. Rapidement cette zone radio opaque s'étend irrégulière, mal limitée, entourée parfois d'un halo transparent. La calcification peut être complète et homogène. Nous avons noté : 1 cas : observation n° 38.

Dans 4 cas, aucune lésion osseuse n'a pu être identifiée. En fait il n'est pas toujours possible malgré une technique radiologique rigoureuse et une interprétation valable de préciser les limites de l'extension. Celle-ci reste parfois une découverte d'intervention.

D'une façon générale, au BENIN les néoplasmes des maxillaires se présentent :

- au maxillaire supérieur comme des opacités associées à des destructions osseuses pouvant atteindre toute une héli-face

- au maxillaire inférieur, ce sont des ostéolyses siégeant volontiers aux branches horizontales.

#### 4. 2. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Examen primordial, il permet d'affirmer la malignité de la tumeur et d'en connaître le type histologique.

#### 4. 2. 1. La Biopsie

Elle est très indispensable et ne doit pas être considérée comme un geste de simple curiosité. C'est un acte important qui réclame une technique rigoureuse : prélèvement profond, suffisant, orienté à cheval sur la limite de la lésion et de la zone saine. Elle est facile pour les tumeurs à extériorisation buccale ou nasale antérieure, plus délicate lorsque la tumeur est masquée au niveau des fosses nasales par un polype inflammatoire mais impossible d'emblée pour les tumeurs endosinusiennes d'où la nécessité d'une intervention exploratrice qui est de deux types :

- CADWELL-LUC : permet de découvrir la lésion de la muqueuse et de faire une biopsie sinusale. Mais cette intervention doit être suivie d'un examen extemporané et complétée par une exérèse chirurgicale large si confirmation histologique.

- Exploration par voie paralatéro-nasale avec examen histologique extemporané. Enfin la ponction exploratrice du sinus avec lavage, permet de demander un cytodagnostic du liquide de lavage.

Mais au BENIN la plupart des malades sont vus au stade de tumeur extériorisée d'où la biopsie est aisée. Nos 70 patients ont tous bénéficié d'une biopsie, que la tumeur siège au maxillaire supérieur ou inférieur. Devant un résultat douteux, malgré une clinique criarde nous n'hésitons pas à répéter la biopsie : tel est l'exemple de l'observation n° 11 prise pour une dysplasie fibreuse, trois biopsies successives ont été réalisées. La dernière confirme un carcinome épidermoïde différencié.

#### 4. 2. 2. Les Aspects Histologiques

L'examen anatomo-pathologique nous a révélé :

- des carcinomes épidermoïdes
- des sarcomes
- des esthésioneuroblastomes
- des ameloblastomes malins.

Si toutes les formes histologiques peuvent être ainsi rencontrées au BENIN, même les formes les plus rares (les esthésioneuroblastomes), ce sont de loin les tumeurs épithéliales qui prédominent.

#### 4. 2. 2. 1. Les Tumeurs Epithéliales : 45 cas

Elles sont les plus fréquentes. Nous avons dénombré 45 cas sur un total de 70 tumeurs malignes soit 64,29 %.

REYNAUD (114) sur un total de 106 tumeurs malignes des maxillaires a observé 83 tumeurs épithéliales soit 78,30 %.

Pour BROSSARD - LEGRAND (19) ces tumeurs épithéliales représentent 83 à 90 % des cancers des maxillaires.

SICLAWI (27) au SENEGAL trouve 94 cas sur 138 tumeurs biopsiées soit 68,11 %. En comparant les différents résultats observés, nos chiffres 64,29 % sont en accord avec ceux des autres auteurs.

Ces tumeurs épithéliales se répartissent comme suit :

##### \* Les Carcinomes Epidermoïdes : 42 cas

Nous avons relevé 42 cas soit 60 % de notre statistique.

Sous le terme de carcinomes ou épithéliomas, on désigne les tumeurs malignes épithéliales qui, développées initialement aux dépens d'une muqueuse de revêtement (gingivale, palatine, sinusienne ou nasale) envahissent l'os sous-jacent. Ces carcinomes se subdivisent en :

- Carcinomes Epidermoïdes Différenciés : 26 cas soit 37,14 % dont 12 hommes et 14 femmes.

. Spinocellulaires mûres kératosiques avec de nombreux globes cornés réalisant le type cutané. Nous avons 20 cas.

Pour FRANCK et AL (43) ce type est de mauvais pronostic avec plusieurs récurrences au cours de la même année. Nous partageons leur point de vue.

. Basocellulaires : 3 cas, d'architecture lobulée ou sous forme de cordons ou de travées ou de larges nappes soulignées par un liséré de réticuline. Cette variété histologique a une évolution très lente avec des métastases exceptionnelles.

. Polymorphes : 3 cas ; ces carcinomes correspondent aux "combined cell carcinoma" de YEN (142). Ils sont constitués d'un mélange en proportion variable de cellules polyédriques fusiformes et transitionnelles d'architecture souvent alvéolaire avec des atypies nucléaires et des activités mitotiques très élevées. Ils sont de mauvais pronostic.

- Adénocarcinomes : 2 cas ; dont une femme et un homme. Ce sont des carcinomes développés aux dépens des cavités glandulaires (glandes salivaires de la muqueuse palatine). Ces adénocarcinomes peuvent être :

. Différenciés : 1 cas ; d'architecture grossièrement papillaire et alvéolaire.

. Peu différenciés : 1 cas ; ils sont d'un pronostic réservé.

- Carcinomes Indifférenciés : 13 cas soit 18,57 % de notre statistique. Ces carcinomes indifférenciés peuvent prendre des formes pseudo-syplasmiques (les cellules tassées les unes contre les autres) et parfois des formes diffuses avec une activité mitotique modérée.

- Cylindromes : 4 cas ; constitués essentiellement des cylindromes du palais, nous totalisons 4 cas pour 70 tumeurs malignes.

SICLAWI (27) au SENEGAL en signale 2 cas pour 150 tumeurs maxillaires.

LEROUX - ROBERT (86) trouve quant à lui 6 cas pour 104 cancers.

Ces cylindromes du palais paraissent plus fréquents dans notre série. A propos de nos cylindromes, spécifions le cas de l'observation n° 45 qui a connu 6 récidives en 3 ans avec extension à tout le palais, à la gencive du maxillaire supérieur gauche et bourgeon endonasal homolatéral. Nous avons par contre noté la même lenteur d'évolution et le même potentiel destructif qu'en EUROPE.

Pour les tumeurs épithéliales en général, si nos chiffres sont en accord avec ceux des différents auteurs, l'âge de survenue des carcinomes paraît plus précoce. En effet le plus jeune de nos patients a 3 ans et demi et porte un carcinome anaplasique : observation n° 4 ; nous notons aussi huit carcinomes avant 30 ans soit 19,04 % une proportion non moins négligeable. Sur 42 carcinomes, 31 siègent sur le maxillaire supérieur et 11 sur le maxillaire inférieur.

4. 2. 2. 2. Les Tumeurs Conjonctives  
ou Sarcomes : 22 cas

Nés de n'importe quel élément du tissu conjonctif, ils peuvent se développer tant au niveau des parties molles avoisinant de la cavité buccale qu'au sein des maxillaires. Leur pronostic est sombre.

Nous avons totalisé 22 cas soit 31,42 %.

En EUROPE, la fréquence des sarcomes se situe entre 7 et 9 %.

Au SENEGAL, leur fréquence est de 20,31 % et pour les auteurs EST-AFRICAINS et NIGERIANS, il s'agit de tumeurs très fréquentes. Ces sarcomes se subdivisent en :

\* Lymphome de BURKITT : 12 cas

Ils représentent 17,14 % des tumeurs malignes des maxillaires et 54,54 % des sarcomes en O.R.L. C'est une maladie de système. Mais si tous les auteurs sont d'accord pour considérer la cellule tumorale comme une cellule hématopoïétique indifférenciée ou très peu différenciée, de profondes divergences subsistent quant aux interprétations cytologiques.

En effet les auteurs EST-AFRICAINS et NIGERIANS classent la tumeur de BURKITT parmi les lymphosarcomes "malignant lymphomas".

PAYEN J. (102) lui fait rentrer ces tumeurs dans le groupe des réticulosarcomes. Car selon lui, l'élément constant est la cellule réticulaire à côté de laquelle existent de nombreux myélocytes et quelques lymphocytes. Il s'agirait de réticulomyélosarcome.

Selon l'O.M.S., ce sont des cellules lymphoréticulaires primitives appartenant au groupe des lymphomes malins indifférenciés d'où le nom de lymphome malin indifférencié type BURKITT. C'est cette conception de l'O.M.S. que nous utilisons.

A propos de nos tumeurs de BURKITT, il s'agit de sujets jeunes âgés de 5 à 18 ans dont 8 de sexe masculin et 4 de sexe féminin avec 10 cas de siège maxillaire supérieur et 2 au maxillaire inférieur. Nous avons noté des atteintes plurifocales :

- localisation bimaxillaire et héli-mandibulaire droite : observation n° 52
- maxillaire supérieur et tibia : 1 cas ; observation n° 49
- maxillaire inférieur, palais, atteintes de toutes les chaînes ganglionnaires et abdominale (ascite de grande abondance) : observation n° 57.

\* Les Autres Sarcomes : 10 cas

- Lymphosarcome type lymphoblastique : 1 cas ; observation n° 63 et de type lymphoréticulaire : 1 cas ; observation n° 61.
- Les réticulosarcomes : 2 cas
  - différencié : 1 cas ; observ n° 62
  - indifférencié : 1 cas ; observ n° 60
- Les lymphomes malins : il s'agit de lymphome malin non Hodgkinien : 2 cas ; observations n° 58 et 59.
- Les fibrosarcomes : 1 cas ; observation n° 64
- Les rhabdomyosarcomes : 2 cas
  - pléiomorphe : 1 cas ; observ n° 65
  - alvéolaire : 1 cas ; observ n° 67
- Les ostéosarcomes : 1 cas ; observ n° 66.

Les autres sarcomes sus-cités sont au nombre de dix soit 14,28 % des tumeurs malignes des maxillaires et 45,45 % des sarcomes en O.R.L. Il s'agit de patients de plus de 50 ans.

Sur ces dix autres sarcomes, six siègent sur le maxillaire supérieur et quatre sur le maxillaire inférieur.

Si d'une façon générale les sarcomes se voient aux âges extrêmes de la vie, signalons que chez nous ce sont les tumeurs de BURKITT qui se rencontrent le plus au cours des premières années et les ostéosarcomes, réticulosarcomes et rhabdomyosarcomes sont observés après la sixième décennie.

Ici encore la localisation maxillaire supérieure prédomine.

#### 4. 2. 2. 3. Les Tumeurs Nerveuses : 2 cas

Ce qui fait la particularité de ce travail, c'est la richesse sinon la grande variété de types histologiques des cancers des maxillaires. Même les types les plus rares sinon très rares ont été observés. Il s'agit des esthésioneuroblastomes. Nous avons noté deux cas soit 2,85 %. Il s'agit des observations n° 68 et 69.

Pour GUERRIER et MATHEU (58) les esthésioneuroblastomes sont des tumeurs nerveuses qui naissent aux dépens du neuro-épithélium olfactif très embryonnaire ou en voie de régression. Tumeur à évolution lente, le processus s'accélère quand il atteint une grande taille. De pronostic très réservé l'esthésioneuroblastome frappe les sujets de 30 à 50 ans.

La symptomatologie clinique fort simple se résume en une obstruction nasale unilatérale avec tuméfaction de l'angle interne de l'oeil.

La radiologie (et surtout la tomographie) montre en dehors du voile une destruction du sinus maxillaire, de l'ethmoïde et de la région voisine du sinus frontal.

L'histologie difficile note des images en "pseudorosettes".

La précocité, l'extension (par continuité), la destruction de la lamelle cribreuse et les récurrences loco-régionales lui confèrent une malignité manifeste.

#### 4. 2. 2. 4. Les Tumeurs Dysembryoplasiques : 1 cas

Il s'agit surtout des ameloblastomes malins. Nous avons noté un cas dans notre série : observation n° 70.

Encore appelé adamantinome, selon l'O.M.S. l'ameloblastome est un néoplasme bénin mais localement envahissant. C'est la plus fréquente des tumeurs odontogènes épithéliales. Son évolution est grévée de récidives. La dégénérescence des reliquats épithéliaux de la lame dentaire est possible d'où l'ameloblastome, tumeur bénigne peut prendre une allure maligne. Mais dans le cas qui nous concerne la malignité est locale.

Au terme de cette étude anatomo-pathologique, il nous paraît intéressant de faire les remarques suivantes :

1 - Toutes les variétés histologiques des tumeurs malignes des maxillaires même celles considérées comme les plus rares sont présentes sous nos cieux : ce sont les esthésioneuroblastomes.

2 - Les tumeurs épithéliales prédominent 64,29 % avec en tête les carcinomes épidermoïdes 60 % qui s'observent aussi au cours des premières années de la vie dans une proportion de 19,04 % des cancéreux des maxillaires et des sinus de la face.

3 - Les sarcomes 22 cas soit 31,42 % restent des chiffres élevés sans atteindre la grande fréquence observée dans les états de l'AFRIQUE de l'EST. Et quoique ces sarcomes se partagent les âges extrêmes de la vie, ce sont les lymphomes de BURKITT qui sont l'apanage de l'enfant et de l'adulte jeune. Les ostéosarcomes, réticulosarcomes dominent après la sixième décennie.

Le tableau n° 8 ci-après note l'incidence relative des différentes formes histologiques. (Voir page suivante)

En dehors des examens primordiaux que sont la radiologie et l'examen anatomo-pathologique, certains autres examens sont aussi effectués et rentrent dans le cadre du bilan systématique.

TABLEAU N° 8. - INCIDENCE DES DIFFERENTES FORMES HISTOLOGIQUES

TYPES DE TUMEURS MALIGNES		POURCENTAGES	
LES TUMEURS EPITHELIALES	: 45 cas		64,29%
* CARCINOMES EPIDERMOIDES	: 42 cas		60%
. CARCINOMES EPIDERM. DIFF.	: 26 cas	37,14%	
- SPINOCELLULAIRES	: 20 cas	28,57%	
- BASOCELLULAIRES	: 3 cas	4,28%	
- POLYMORPHES	: 3 cas	4,28%	
. ADENOCARCINOMES	: 2 cas	2,85%	
- DIFFERENCIES	: 1 cas	1,42%	
- PEU DIFFERENCIES	: 1 cas	1,42%	
. CARCINOMES INDIFFEREN.	: 13 cas	18,57%	
* CYLINDROMES	: 4 cas		4,30%
LES TUMEURS CONJONCTIVES	: 22 cas		31,42%
* LYMPHOMES DE BURKITT	: 12 cas		17,14%
* AUTRES SARCOMES	: 10 cas		14,28%
- LYMPHOSAR....BLAST.	: 1 cas	1,42%	
- LYMPHOSAR....RETICUL.	: 1 cas	1,42%	
- RETICULOSARCOMES	: 2 cas	2,85%	
- LYMPHOMES NON HODGKIN	: 2 cas	2,85%	
- FIBROSARCOMES	: 1 cas	1,42%	
- RHABDOMYOSARCOMES	: 2 cas	2,85%	
- OSTEOSARCOMES	: 1 cas	1,42%	
LES ESTHESIONEUROBLASTOMES	: 2 cas		2,85%
AMELOBLASTOME MALIN	: 1 cas		1,42%

#### 4. 3. LES AUTRES EXAMENS

##### 4. 3. 1. La Radiographie Pulmonaire

Elle est indispensable à la recherche de métastases avant toute indication thérapeutique. La présence d'une métastase pulmonaire contre-indique tout geste thérapeutique chez certains auteurs. Trois de nos malades ont présenté des métastases pulmonaires : observations n° 11, 25 et 65.

Cette radiographie pulmonaire permet de rechercher un éventuel néoplasme pulmonaire associé.

##### 4. 3. 2. L'E. C. G.

Encore appelé enrégistrement électro-cardiographique, il est effectué à la recherche de lésions cardiologiques fréquentes après la sixième décennie.

##### 4. 3. 3. Les Examens de Sang

Nous faisons surtout :

- L'Hémogramme : il a été pratiqué chez 64 de nos patients. Il apporte la preuve d'une anémie biologique.

En effet la numération globulaire oscille entre 2 000 000 et 3 500 000 globules rouges par millimètre cube de sang avec un taux d'hémoglobine qui varie entre 8 et 10 grammes en moyenne. Cette anémie serait de causes multiples : mauvaise alimentation, parasitoses intestinales non rares et enfin la maladie cancéreuse elle-même.

La numération leucocytaire nous a permis d'évaluer l'infection surajoutée qui dans la majorité des cas s'est traduite par une hyperleucocytose variant entre 10 000 et 15 000 globules blancs par millimètre cube sans altération de la formule leucocytaire.

L'hémogramme devient très utile et même indispensable pour la surveillance de la ligne blanche en cas de traitement chimiothérapeutique.

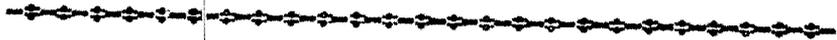
.. La Vitesse de sédimentation est très accélérée dans tous les cas. Elle varie entre 30 et 90 millimètres à la première heure et 70 à 120 millimètres à la deuxième heure. Mais cette accélération n'a rien de particulier en raison de l'anémie et du processus inflammatoire qui accompagnent le développement des cancers des maxillaires et des sinus de la face.

- La Protidémie est généralement basse.

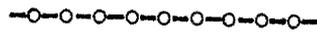
- Le Groupe sanguin, l'azotémie, la glycémie, la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines rentrent dans le cadre du bilan préopératoire et ne sont pas perturbés.

- La Réaction de BORDET - WASSERMANN est systématiquement demandée. Dans notre série, deux B.W. se sont révélés positifs. Mais les résultats de l'examen anatomo-pathologique étaient formels : il s'agissait de carcinomes épidermoïdes.

# **CINQUIEME CHAPITRE**



## **D**AGNOSTICS ET **C**LASSIFICATION



- 5. 1. DIAGNOSTIC POSITIF
- 5. 2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- 5. 3. CLASSIFICATION

## 5. **D**IAGNOSTICS ET **C**LASSIFICATION

—O—O—O—O—O—O—O—O—O—O—

### 5. 1. DIAGNOSTIC POSITIF

En pathologie africaine, le cancer des maxillaires ne pose pratiquement pas de problème au clinicien qui l'évoque d'emblée :

- Devant un sujet âgé présentant :
  - . une obstruction nasale le plus souvent unilatérale avec un bourgeon sale et saignant au contact
  - . une volumineuse tumeur ulcérée ou ulcéro-bourgeonnante avec des bords irréguliers durs et saignants
  - . une déformation de la voûte palatine en "verre de montre" avec une muqueuse ulcérée
  - . ou une énorme tumeur de toute une héli-face avec exophtalmie.
- Devant un enfant présentant :
  - . une tumeur maxillaire
  - . une tumeur orbitaire
  - . une tumeur abdominale
- Devant une pseudo-ostéïte subaiguë ou chronique des maxillaires rebelle au traitement habituel.

Parfois le diagnostic est difficile d'où la nécessité pour le clinicien de disposer de raisonnements schématiques clairs pouvant lui permettre d'aboutir aisément au diagnostic.

#### 5. 1. 1. L'Interrogatoire

Il doit être conduit de façon minutieuse et précise :

- l'âge et le sexe du patient
- les antécédents sinusiens ou dentaires
- les habitudes que sont les prises nasales et les mâchonnements de poudre de tabac mêlée ou non à de la potasse
- la date d'apparition des premiers symptômes, leur nature et la rapidité de leur évolution
- les traitements déjà suivis et leur action sur l'affection.

### 5. 1. 2. L'Examen Clinique

il  
Méthodique/devra comporter :

- l'inspection
- la palpation des maxillaires
- l'examen des fosses nasales, de toute la cavité buccale et des aires ganglionnaires cervicales bref un examen O.R.L. complet
- l'appréciation de l'état général et l'examen de tous les autres appareils ou systèmes.

Cet examen sera complété :

- d'un bilan radiologique
- d'une biopsie avec examen anatomo-pathologique.

Si cette démarche n'est pas respectée, on peut prendre pour une tumeur bénigne un vrai cancer. Mais certaines affections prêtent à confusion et méritent d'être soulignées.

### 5. 2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose essentiellement avec certaines tumeurs bénignes qui peuvent simuler une tumeur maligne.

Signalons que ces confusions peuvent se situer tant au niveau de la clinique de la radiologie que de l'anatomie pathologique.

Afin de rendre la lecture facile et claire, pour une même affection nous aborderons successivement la clinique, la radiologie et l'histologie bref ce qui rend son diagnostic aisé.

#### 5. 2. 1. A la Phase de Début

A ce stade nous n'avons pas encore de tumeur. Le diagnostic différentiel se pose avec les affections fréquentes en O.R.L. entraînant la rhinorrhée. Ce sont :

##### \* La Sinusite Chronique

La rhinorrhée est purulente, fétide, parfois sanguinolente. La douleur est peu intense, calmé par les antalgiques.

La radiographie des sinus montre une opacité homogène alors que le cancer offre volontiers une opacité hétérogène avec lyse osseuse.

Mais devant toute sinusite chronique chez un sujet de plus de 50 ans cédant mal au traitement il faut suspecter un cancer du sinus et mettre en route les investigations adéquates afin d'infirmier ou de confirmer le diagnostic. La sinusite chronique peut évoluer vers un cancer par la métaplasie de la muqueuse sinusienne.

\* La Sinusite Chronique Réchauffée

Dans ce cas le pus est jaune franc. Toute modification de l'écoulement nasal qui devient séro-hématique doit faire craindre un cancer.

\* La Sinusite Maxillaire Caséreuse

Citée par certains auteurs, cette sinusite s'accompagne de destruction osseuse des parois sinusales, du plancher de l'orbite entraînant des troubles oculaires. Un bon drainage permet la guérison à court terme, mais un examen anatomo-pathologique est nécessaire.

Sans tomber dans l'excès contraire qui consisterait à estimer suspectes toutes les sinusites maxillaires, il importe tout de même d'être alerté par leur persistance surtout chez les sujets au-delà de la cinquantaine.

\* La Syphilis du Palais

Surtout la syphilis tertiaire de la voûte palatine peut ressembler à s'y méprendre à un cancer.

La gomme syphilitique donne une ulcération régulière, taillée à l'emporte pièce. La base est indurée, le fond bourbillonneux. La réaction de BORDET - WASSERMANN et le test de NELSON confirment le diagnostic. Mais un prélèvement anatomo-pathologique est indispensable.

\* L'Ostéïte Subaiguë et Diffusée des Maxillaires

Peut simuler un néoplasme.

Sur le plan clinique : on observe

- une tuméfaction avec douleur
- et une fièvre à recrudescence nocturne sans

aucun signe de suppuration.

La radiographie montre des images d'ostéolyse atteignant parfois le bord basilaire.

Si les antibiotiques n'ont pas une action efficace et rapide la biopsie est nécessaire.

5. 2. 2. A la Phase d'Etat

C'est le stade de la tumeur. Le diagnostic différentiel se fait avec les tumeurs bénignes des fosses nasales et des maxillaires.

\* La Polypose Nasale

Le polype nasal est une tumeur bénigne régulière translucide ne saigne pas au contact et n'est pas douloureuse. Mais elle peut être la manifestation indirecte d'une lésion tumorale débutante. Ainsi selon GUERRIER Y. (57) la tumeur crée le polype et vice-versa. Tout polype qui saigne spontanément ou de façon exagérée lors de son ablation est suspect. Un prélèvement anatomopathologique est de mise.

\* La Dysplasie Fibreuse

Encore appelée ostéïte fibreuse ou ostéose fibreuse, elle est une tumeur bénigne caractérisée par la prolifération d'un tissu fibreux et s'observe chez les sujets jeunes. Elle est intéressante car elle peut simuler un cancer.

Sur le plan clinique : la symptomatologie est celle de toutes les tumeurs osseuses. On a une déformation avec douleur, tuméfaction, obstruction nasale avec des troubles visuels par compression des éléments intra-orbitaires.

La radiographie montre une opacification diffuse, expansive à bords flous pouvant s'étendre aux sinus.

L'anatomie pathologie lève le doute.

La dégénérescence sarcomateuse des ostéoses fibreuses est possible.

#### \* Les Tumeurs Ostéolytiques

##### - L'Ameloblastome Bénin

C'est une tumeur odontogène de nature épithéliale et non calcifiée. Encore appelé adamantinome, il peut siéger aussi bien sur le maxillaire supérieur qu'inférieur. Mais la localisation mandibulaire est la plus fréquente.

Sur le plan clinique ; il s'agit d'une tumeur de consistance variable, dure, rénitente ou fluctuante. Elle peut être associée à une douleur et à un trismus.

La radiographie : selon CERNEA (25) le diagnostic de l'ameloblastome se fait la "radiographie en main". Elle montre des images kystiques :

- uniloculaires bien limitées à double contour avec parfois une dent incluse
- multiloculaires avec des cloisonnements réalisant l'aspect en bulle de savon ou en nid d'abeilles.

L'histologie montre la juxtaposition du tissu conjonctif et du tissu épithélial dans lequel l'ameloblaste représente l'élément essentiel.

L'ameloblastome est une tumeur récidivante à évolution lente avec pronostic défavorable en raison de son envahissement local progressif ; il peut gagner la fosse ptérygo-maxillaire, la base du crâne.

La transformation maligne de cette tumeur est possible.

### - La Tumeur à Myélopaxes

Elle survient chez les sujets jeunes de 7 à 35 ans et siège tant sur le maxillaire supérieur que sur la mandibule.

Sur le plan clinique : on note l'apparition d'une tuméfaction d'évolution plus ou moins rapide avec d'autres signes :

- mobilité dentaire
- manifestation douloureuse
- déformation importante, la muqueuse est ulcérée ou ulcéro-bourgeonnante avec des signes de l'inflammation gingivale.

Il n'y a ni retentissement ganglionnaire ni métastatique.

La radiographie montre une image lacunaire à limites floues avec un aspect alvéolaire et ligne de refend donnant l'image de nid d'abeilles. La corticale est conservée.

L'anatomopathologie montre des cellules géantes ou myélopaxes au sein d'un stroma de tissu conjonctif adulte.

### - Les Fibromes et Myxomes

La discussion est essentiellement radiologique.

La radiographie montre une tumeur mal limitée avec de nombreuses géodes et des cloisons de refend se croisant à angles vifs. La corticale peut se rompre permettant ainsi l'envahissement des structures voisines.

L'histologie donne le diagnostic.

### - Certaines Affections Comme :

- la maladie de PAGET LIEVRE ou ostéite déformante de la face qui s'observe après 40 ans réalise à la radiographie des zones de condensation alternant avec des images de lyse osseuse donnant l'aspect ouaté classique dit pagétoïde

- le Léontiasis osséo avec son hypertrophie des branches montantes de la mandibule et entraînant le faciès léonin

• les mycoses comme les sporothrycoses et les actinomycoses donnant de volumineuses tumeurs prêtent à confusion avec les tumeurs malignes des maxillaires. Mais les réactions humorales et l'examen anatomo-pathologique aident à poser le diagnostic.

Le diagnostic assuré, il faut classer le cancer car c'est du stade d'évolution que dépend la démarche thérapeutique.

### 5. 3. CLASSIFICATION DES CANCERS DES MAXILLAIRES

Nous utilisons la classification T.N.M. C'est celle de l'Union Internationale de Lutte contre le Cancer (U.I.C.C.). Elle est universelle, essentiellement clinique et fait intervenir :

- le volume de la tumeur (T),
- l'existence ou non d'adénopathie (N),
- et l'existence ou non de métastases (M).

Mais en matière de cancer des maxillaires rien n'est plus difficile que de les classer T.N.M. car il est pratiquement impossible d'avoir cliniquement une notion précise concernant l'étendue des lésions, la radiographie apporte des éléments d'appréciation mais le plus souvent ces lésions restent des découvertes d'interventions.

Selon LEROUX - ROBERT, il faut superposer la classification topographique et la classification T.N.M. c'est à dire étudier la T.N.M. pour chaque sous-classe topographique et faire ensuite une classification T.N.M. pour l'ensemble.

#### 5. 3. 1. Le Volume Tumoral

Il est désigné par T :

Les  $T_1$  : sont les tumeurs dont le point d'implantation n'exède pas un centimètre carré et sans atteinte osseuse (exemple une tumeur de la muqueuse sinusienne).

Ces lésions ne sont presque jamais diagnostiquées.

Les  $T_2$  : correspondent en principe à une tumeur dont le point d'implantation excède un centimètre carré mais sans atteinte osseuse. Selon CIERNEA P. (25) les  $T_2$  comportent des atteintes osseuses superficielles et limitées.

Les  $T_3$  : correspondent à l'atteinte dans le cadre du massif ethmoïdo-maxillaire de deux régions voisines tel l'ethmoïde et le maxillaire ; l'ethmoïde et la cloison ou les deux ethmoïdes, avec des signes de destruction osseuse mais sans extériorisation manifeste au-delà des limites du massif.

Les  $T_4$  : correspondent à une extériorisation importante vers une ou plusieurs structures voisines entourant le massif ethmoïdo-maxillaire :

- extériorisation postérieure avec envahissement de la fosse ptérygo-maxillaire
- extériorisation supérieure avec importante exophtalmie
- extériorisation jugale avec envahissement des plans sous-cutanés et ulcération gingivo-jugale
- extériorisation inférieure palatine. LEROUX - ROBERT J. (86).

### 5. 3. 2. Les Adénopathies

Elles sont désignées par N (Node). On distingue :

- $N_0$  = absence d'adénopathie cliniquement décelable.
- $N_1$  = adénopathie unilatérale mobile.
- $N_2$  = adénopathies bilatérales.
- $N_3$  = adénopathies homo ou bilatérales fixées.

### 5. 3. 3. Les Métastases : M.

- $M_0$  = absence de métastase.
- $M_1$  = présence de métastases.

La classification T.N.M. est complétée par la classification en stades :

STADE I :  $T_1 N_0 M_0$

STADE II :  $T_1 N_1 M_0$  ,  $T_2 N_0 M_0$

STADE III :  $T_1 N_2 M_0$  ,  $T_2 N_1 M_0$  ,  $T_2 N_2 M_0$   
 $T_3 N_0 M_0$  ,  $T_3 N_1 M_0$  ,  $T_3 N_2 M_0$

STADE IV :  $T_4 N_0 M_0$  ,  $T_4 N_1 M_0$  ,  $T_4 N_2 M_0$   
 $T_4 N_3 M_0$  ,  $T_1 N_3 M_0$  ,  $T_2 N_3 M_0$   
 $T_3 N_3 M_0$  ,  $T_1 - T_4 N_0 - N_3 M_1$ .

Le tableau n° 9 ci-après désigne la répartition de nos malades suivant l'extension initiale de la tumeur.

TABLEAU N° 9. - REPARTITION DES MALADES SUIVANT  
L'EXTENSION INITIALE

T \ N	$T_1$	$T_2$	$T_3$	$T_4$	TOTAL
$N_0$	1	3	16	31	51
$N_1$			1	2	3
$N_2$				1	1
$N_3$			3	12	15
TOTAL	1	3	20	46	70

Nous obtenons ainsi la répartition suivante :

- Les  $T_1$  = 1 cas soit 1,42 %
- Les  $T_2$  = 3 cas soit 4,28 %
- Les  $T_3$  = 20 cas soit 28,57 %
- Les  $T_4$  = 46 cas soit 65,71 %.

Nos chiffres de 28,57 % pour les T<sub>3</sub> et de 65,71 % pour les T<sub>4</sub> se rapprochent de ceux de LAMINE D. et REYNAUD J. (114) qui sur une série de 118 cas de cancer du massif facial supérieur en AFRIQUE TROPICALE ont estimé les T<sub>3</sub> à 30 % et les T<sub>4</sub> à 70 %.

Le tableau n° 10 ci-dessous résume la répartition par stade.

TABLEAU N° 10. -- REPARTITION DES MALADES PAR STADE

S T A D E	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
I	1	1,42 %
II	3	4,28 %
III	16	22,85 %
IV	50	71,42 %
T O T A L	70	100 %

Suivant ce tableau, seuls 5,70 % de nos malades sont vus à la première consultation aux stades I et II et c'est à ces stades qu'un traitement bien conduit amène à une guérison.

94,27 % des malades sont vus aux stades III et IV limitant ainsi les possibilités thérapeutiques.

# **SIXIEME CHAPITRE**



## **T R A I T E M E N T**



- 6. 1. BUTS DU TRAITEMENT
- 6. 2. METHODES ET MOYENS THERAPEUTIQUES
- 6. 3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES
- 6. 4. CONDUITE DU TRAITEMENT
- 6. 5. RESULTATS ET COMMENTAIRES
- 6. 6. EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

## 6. TRAITEMENT

-O-O-O-O-O-O-O-O-

Après les buts de ce traitement, nous aborderons successivement :

- les moyens et méthodes thérapeutiques
- les indications thérapeutiques
- la conduite pratique du traitement
- les résultats et commentaires.

### 6. 1. BUTS DU TRAITEMENT

C'est avant tout :

- d'enrayer le processus tumoral en supprimant ou en stérilisant les cellules néoplasiques et ce faisant empêcher les récidives ou la survenue d'une deuxième localisation
- d'assurer un meilleur pronostic vital et fonctionnel car les maxillaires de part leur localisation jouent un rôle important tant dans la statique et la dynamique du visage que dans la mastication.

Les moyens utilisés pour y parvenir sont divers.

### 6. 2. MOYENS ET METHODES THERAPEUTIQUES

#### 6. 2. 1. La Chirurgie

Elle fut la première arme thérapeutique utilisée. Il s'agissait en général de résections "à la demande" et non codifiées.

#### \* Au Maxillaire Supérieur

C'est à SEBILLEAU (122) que revient le mérite de la première résection maxillaire. Mais très tôt les techniques ont été codifiées par l'école de MOURE et de HAUTANT : par l'utilisation des voies d'abord permettant une large exposition des lésions et pouvant s'élargir en fonction des découvertes opératoires. Elles conduisent à l'éventualité heureuse d'une exérèse complète et carcinologiquement satisfaisante, mais elles sont très meurtrières.

Selon GENSOU (51) en 1833 il faut une chirurgie d'exérèse complète dans les localisations précises de cancer anatomiquement limité et une chirurgie d'exérèse drainage dans les tumeurs diffluentes difficiles à cerner par le bilan radio-clinique.

EL HAFED A. et DOR (63) se sont inspirés des travaux de MOURE et proposaient des résections totales et partielles.

Avec BARBOSA (9) en 1961 l'intervention doit comprendre la résection monobloc du maxillaire supérieur de la branche montante de la mandibule, de l'apophyse ptérygoïde, du contenu de la fosse ptérygoïde et de la fosse temporale.

VAN BURR et ses collaborateurs (139) en 1969 ont obtenu des résultats favorables avec la résection monobloc par voie crânio-faciale combinée du maxillaire supérieur, de l'ethmoïde et éventuellement du contenu orbitaire.

Selon CERNEA P. FUCHONT et BENOIST (25) la résection doit s'accompagner d'une prothèse obturatrice qui doit être réalisée extemporanément et mise en place avant le réveil de l'opéré.

De nos jours, on préfère soit :

- les exérèses larges
- les résections partielles.

#### Les Exérèses Larges

Ce sont des interventions mutilantes consistant en une maxillectomie qui peut être :

- subtotale
- totale : résection du maxillaire supérieur avec exentération. Cette résection va du plancher de l'orbite au plateau palatin, du corps de l'os malaire à la paroi externe de la fosse nasale et à l'ethmoïde. L'incision est variable selon les auteurs mais dérive toujours de l'incision para-latéro-nasale de MOURE.

#### La Chirurgie Partielle

Ce sont des interventions localisées et la voie d'abord

est essentiellement l'incision para-latéro-nasale de MOURE : elle débute au niveau de l'extrémité interne du sourcil, contourne l'angle interne de l'oeil et descend dans le sillon naso-génien, contourne l'aile du nez et aboutit à l'orifice narinaire.

#### \* Au Maxillaire Inférieur

Les premières résections ont été faites par ROUX, SEDILLOT et GENSOUL en 1833.

60 ans après MORESTEIN donne une codification. Mais c'est à VALLAS (118) que l'on doit la mise au point de protocoles de résections très larges intéressant tout ou un héli-maxillaire.

En 1954 avec le congrès international de SAO - PAULO les idées sont beaucoup plus claires sur les interventions chirurgicales d'exérèses au maxillaire inférieur. Ainsi on oppose aux cancers du maxillaire inférieur :

- des résections partielles
- ou des exérèses larges.

#### Chirurgies Partielles

C'est l'opération monobloc avec résection partielle de l'arc mandibulaire. Elle utilise les voies naturelles avec décollement du revêtement cutané suivant les techniques de MORESTEIN ou de RAYMOND BERNARD ménageant le rebord inférieur de la mandibule. La résection se fait en hauteur de la mandibule mais conserve une bandelette osseuse basale qui préserve la continuité du squelette du maxillaire inférieur.

Ces résections partielles ont l'immense avantage de conserver l'arc mandibulaire dans sa forme et dans son étendue mais ne conviennent qu'à des cancers localisés variétés très peu fréquentes dans nos contrées.

#### Les Exérèses Larges

Elles interrompent la continuité du maxillaire. C'est la méthode la plus utilisée. Elle consiste soit :

- en une héli-mandibulectomie avec désarticulation temporo-mandibulaire
- à l'exérèse d'une portion étendue de la mandibule.

Ces résections interromptrices obligent à associer une prothèse per opératoire afin d'éviter une malposition définitive.

Toutes ces interventions nécessitent une trachéotomie préalable qui assure l'intégrité des voies aériennes supérieures et elles sont souvent complétées par des interventions secondaires que sont :

- la ligature de la carotide externe pratiquée parfois afin d'éviter les risques d'hémorragie en cours du traitement
- le curage ganglionnaire : deux types sont pratiqués.

. L'évidement radical classique : c'est en fait le seul procédé du traitement à visée curatrice d'une adénopathie métastatique. Il s'agit de supprimer de façon radicale tous les gites lymphatiques susceptibles d'être le siège d'une métastase. On enlève les chaînes jugulo-carotidienne, spinale, cervicale-transverse et sous maxillaire. La veine jugulaire interne est liée et sectionnée.

C'est une intervention de réalisation difficile et comportant des conséquences graves et meurtrières.

. L'évidement fonctionnel du cou : on enlève les chaînes atteintes. Le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien et l'axe veineux sont respectés.

D'autres spécialistes préfèrent opposer la radiothérapie à ces tumeurs.

#### 6. 2. 2. La Radiothérapie

Elle a apporté une révolution dans la thérapeutique des cancers car constitue à elle seule un traitement de choix dans certaines tumeurs malignes en particulier celles des maxillaires.

Elle rend opérable certaines tumeurs classées d'emblée inopérables.

Les agents physiques sont divers.

\* La Radiothérapie Conventionnelle 200 kv ou  
Roentgenthérapie classique

Longtemps utilisée dans les pays développés du monde, elle est de nos jours abandonnée au profit de la télégamma-thérapie.

La radiothérapie conventionnelle est utilisée de façon différente selon les auteurs. En général 3 ou 4 champs cutanés permettent une irradiation en profondeur uniforme. La dose moyenne est de 6 000 rd dans la région tumorale.

Elle est encore de nos jours utilisée dans nos pays.

\* La Télégamma-thérapie

Elle utilise le télécobalt 60 ou le télécésium 137. Par ses rayons on obtient une irradiation massive en profondeur avec cependant une bonne tolérance cutanée. La durée de l'irradiation est de six semaines à raison de 1 000 à 1 500 rd tumeurs hebdomadaires.

Les radiations de haute énergie type béta-tron semblent donner de meilleurs résultats.

\* La Curithérapie

Elle utilise l'iridium 192 ou le radium. Selon LEROUX - ROBERT, ceci consiste à l'introduction des fils d'iridium ou la mise en place de tubes de radium dans la tumeur. Elle comporte des risques d'irradiation des régions périphériques de la tumeur, de radionécrose de la base du crâne, des méningites.

Si le traitement par les agents physiques est facile et constitue parfois la seule arme thérapeutique possible, cependant il convient de respecter certains principes :

- s'assurer de la radiosensibilité de la tumeur qui dépend du type histologique

- préparer le malade par la "mise en état" de la cavité buccale
- avulsion systématique des dents en regard de la tumeur
- attendre trois semaines après ces interventions stomatologiques avant de commencer les irradiations.

### 6. 2. 3. Les Moyens Médicaux

Ils constituent aussi une arme thérapeutique dans le traitement des cancers.

Ces moyens médicaux se répartissent en :

- chimiothérapie
- traitement symptomatique (ou moyens adjuvants).

#### 6. 2. 3. 1. La Chimiothérapie

Par ses multiples drogues, elle permet d'atteindre la cellule néoplasique où qu'elle soit. On a le plus souvent recours à elle dans les tumeurs très évolutives  $T_3$  ou  $T_4$  avec adénopathies fixées ou en cas de métastases inaccessibles ou en cas de récurrences ou de tumeurs incurables par la radiothérapie.

Elle peut être générale ou loco-régionale.

#### Chimiothérapie Générale

C'est l'administration du produit per os ou par voie parentérale intraveineuse ou intramusculaire.

#### Chimiothérapie Loco-Régionale

C'est la chimiothérapie intra-artérielle. Elle a pour but d'obtenir au sein de la tumeur la concentration la plus grande possible de substance anticancéreuse.

La voie intra-artérielle la plus utilisée dans les cancers des maxillaires est la temporale superficielle, parfois c'est la thyroïdienne supérieure ou la carotide externe par la pose d'un cathéter. La perfusion lente du produit est assurée par des micro-pompes.

### Les Drogues Utilisées

Il est utile avant d'aborder l'étude des drogues les plus utilisées de tenir compte de leurs mécanismes d'action. Ainsi selon MATHE G. (91) on distingue :

- les drogues agissant par interférence avec la duplication la transcription et la traduction de l'A.D.N. (acide désoxy ribonucléique) : ce sont les agents alcoylants
- les drogues agissant par interférence avec les biosynthèses des acides nucléiques et des protéines : ce sont les anti métabolites
- les drogues agissant sur le fuseau mitotique
- les drogues à action complexe.

#### \* Les Agents Alcoylants

Ils agissent par inhibition de la duplication, de la traduction et de la transcription de l'A.D.N. qui est le constituant essentiel des chromosomes.

Les agents alcoylants sont des substances qui possèdent un ou plusieurs groupements "alcoyles" ou "alkyl" très réactifs car avides d'électrons donc prompts à se combiner avec des systèmes biologiques nucléophiles ou riches en électrons. Le résultat de ces réactions est d'inactiver les systèmes biologiques ainsi alcoylés.

Les agents alcoylants les plus utilisés sont :

- Le Cyclo-phosphamide (Endoxan) : ce produit résume à lui seul l'essentiel de la chimiothérapie chez nos malades. Le cyclo-phosphamide a une faible toxicité sur le tube digestif et les organes hématopoïétiques.

La voie d'administration est la voie orale avec 400 mg deux fois par semaine. Ce mode d'administration permet aux tissus sains de réparer les pertes cellulaires. Un contrôle de l'hémo-gramme est établi.

- Le Bis-désoxy D. mannitol (Dégranol) : il est très remarquable par sa bonne tolérance. Il s'administre par la voie veineuse à la dose de 1 mg/kg/jour jusqu'à une dose totale de 1 600 mg chez l'adulte.

- L'Actinomycine D (Dactinomycine) : c'est aussi un alcoylant mais il interfère avec la transcription de l'A.D.N. Il présente une toxicité gastro-intestinale et myéloïde. La voie d'administration est la voie veineuse en perfusion : 0,5 mg/m<sup>2</sup>/jour en cures de 4 jours suivis de 4 jours d'interruption.

- La Bléomycine : agent alcoylant, il interfère la traduction de l'A.D.N. Il est antibiotique et antitumorale. Il entraîne une fièvre, des ulcérations buccales et vulvaires et surtout la fibrose pulmonaire. Sa voie d'administration est la voie veineuse ou musculaire : 10 mg/m<sup>2</sup> deux fois par semaine.

#### \* Les Anti Métabolites

Ces drogues agissent par interférence avec la biosynthèse de l'A.D.N. de l'A.R.N. et des protéines. On leur donne le nom d'antagoniste. Les principaux sont :

- Le A - Méthoptérine (Méthotrexate) : c'est l'antagoniste de l'acide folique. Il est plus efficace que l'endoxan mais beaucoup plus toxique que lui. Il entraîne une pancytopenie avec mégalo-blastose et des ulcérations du tube digestif. Sa dose est de 0,2 mg/kg/jour per os jusqu'à atteindre la dose maximale tolérée, par voie intra musculaire : 10 à 30 mg deux ou trois fois par semaine.

- Le 5 - Fluoro-uracile (Fluoro-uracile) : c'est l'antagoniste de l'acide pyrimidique. Il entraîne des nausées, des vomissements, des diarrhées une toxicité myéloïde avec alopecie. Il s'emploie à la dose de 15 mg/kg/jour pendant 5 jours puis 7,5 mg/kg tous les deux jours jusqu'à une dose totale inférieure à 10 grammes chez l'adulte.

\* Les Drogues Agissant sur le  
Fuseau Mitotique

Ces composés bloquent la division cellulaire en métaphase. Le plus utilisé est la vincristine.

.. La Vincristine (Oncovin) : il est efficace mais très toxique. Il entraîne un iléus paralytique, une atonie vésicale, une neutropénie avec thrombopénie, une paresthésie des extrémités et des escarres en cas d'injection sous cutanée. Sa voie d'administration est la voie veineuse stricte l'injection étant suivie de "lavage" de la veine. Sa dose est de 1 mg par m<sup>2</sup> de la surface corporelle.

Notons que ces différentes drogues peuvent être utilisées seules ou en association : c'est la polychimiothérapie.

6. 2. 3. 2. Les Moyens Adjuvants

La Corticothérapie

Elle est utilisée comme anti inflammatoire, antalgique et anti cachetisante et donne aussi une note euphorisante.

Le méthyl prednisolone (Solumédrol) et le delta cortisone (Cortancyl) sont souvent utilisés à des doses massives en phase aiguë 300 à 500 mg, puis à des doses regressives respectant les règles de la corticothérapie prolongée.

Les Antalgiques

Purs depuis l'aspirine jusqu'aux opiacés.

Les Anti Anémiques

Polyvitaminothérapie parfois de petites transfusions.

Les Antibiotiques

Ils sont largement utilisés car les cancers des maxillaires sont des cancers infectés.

### L'Adénine (Leuco<sub>4</sub>)

Elle est utilisée en cas de leucopénie.

Enfin certains auteurs préconisent l'immunothérapie qui consisterait à des scarifications itératives au B.C.G. Elle n'est pas de pratique courante chez nous.

### 6. 3. LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles dépendent du stade d'évolution de la maladie, de son siège et du type histologique.

#### 6. 3. 1. Au Maxillaire Supérieur

##### \* Les Lésions Limitées T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>

Ou cancers endosinusiens purs ou enclos à l'intérieur du sinus doivent bénéficier d'une résection totale. Ceux à point de départ gingival ou palatin exigent une résection en passant au large de la tumeur du plateau palato-alvéolaire.

Cette chirurgie doit être complétée d'une irradiation post opératoire.

Ces cas constituent les indications curatives.

##### \* Les T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>

Il s'agit des "cancers étendus" ou des formes dépassées. On utilisera les indications palliatives que sont :

- des infusions intra-artérielles
- des irradiations.

La chirurgie étant alors trop délabrante même à titre de drainage. Selon GAILLARD J. et GIGNOUX B. (44) il ne faudra malheureusement pas attendre de grands résultats. Le pronostic reste sévère.

### 6. 3. 2. Au Maxillaire Inférieur

#### \* Les T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>

Pourraient bénéficier de résection partielle : branche montante, branche horizontale et symphyse mentonnière.

#### \* Les T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>

Ou tumeurs étendues avec extension à tout le maxillaire inférieur au plancher buccal avec adénopathies, on pourra associer les mesures palliatives.

Les hémimandibulectomies avec curage ganglionnaire ne pourraient pas faire escompter de bons résultats.

Dans notre série les 94,28 % de patients sont vus aux stades 3 ou 4 limitant les possibilités thérapeutiques et réduisant les chances de guérison.

### 6. 3. 3. Suivant le Type Histologique

- Les Lympho et Réticulosarcomes sont des tumeurs très radiosensibles. On leur opposera une radiothérapie associée à une chimiothérapie. Si un geste chirurgical est pratiqué il ne s'agira que d'un prélèvement pour la preuve histologique.

- Les Cylindromes et les Ostéosarcomes sont des tumeurs radiorésistantes, seul le traitement chirurgical sera employé.

- Quant aux Epithéliomas épidermoïdes suivant leur degré de différenciation ils peuvent bénéficier de la chirurgie des agents physiques et de la chimiothérapie.

Souvent la thérapeutique du cancer est triple : chirurgie chimie et agents physiques.

### 6. 4. CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT

Sur les 70 patients, 9 n'ont reçu aucun traitement anticancéreux. Il s'agit de malades suivis à titre externe et qui ont refusé l'hospitalisation :

- soit du fait du stade trop avancé de la maladie
- soit du fait des moyens financiers réduits.

61 patients ont pu bénéficier d'un traitement anticancéreux.

La plupart ayant un mauvais état général à l'entrée, le traitement est d'abord médical.

#### 6. 4. 1. Traitement Médical

Consiste en un traitement symptomatique puis en une chimiothérapie.

##### 6. 4. 1. 1. Le Traitement Symptomatique

Il est fait :

- devant un malade déshydraté d'une réhydratation hydro-électrolytique avec apport de vitamines ;
- Les patients surinfectés bénéficient d'une antibiothérapie et d'un traitement anti inflammatoire par voie générale ;
- de petites transfusions de sang isogroupe isorhésus sont faites aux patients anémiés. Ces transfusions permettent la réparation des pertes cellulaires car le sang apporte beaucoup plus que l'hémoglobine.

La chimiothérapie est entreprise après la biopsie.

##### 6. 4. 1. 2. La Chimiothérapie

Nous pratiquons la monochimiothérapie. Le cyclo-phosphamide (Endoxan) demeure le produit le plus utilisé. La dose administrée est de 400 mg deux fois par semaine sous contrôle de l'hémo-gramme.

54 malades ont été traités par le cyclo-phosphamide. Dans 29 cas il a été utilisé seul. On note une fonte tumorale passagère mais la reprise du processus est le plus souvent catastrophique.

### 6. 4. 2. La Chirurgie

Elle a été largement utilisée. Sur les 61 malades traités 30 ont été opérés. Disons tout de suite qu'il s'agit des interventions mutilantes ou des interventions de propreté car ce sont des cancers "étendus".

Des résections de tout un maxillaire sont nombreuses.

#### \* Au Maxillaire Supérieur

-- Des maxillectomies emportant l'ethmoïde, le palais avec curetage soigneux du plancher de l'orbite ont été réalisés dans 10 cas dont :

- . 7 cas pour la maxillectomie gauche
- . 3 cas pour la maxillectomie droite.

-- De larges exérèses de la voûte palatine, des sinus maxillaires : 8 cas

- . résection hémi-palais droit : 5 cas
- . résection hémi-palais gauche : 3 cas.

-- Le CADWELL - LUC a été réalisé une fois : observation n° 10.

#### \* Au Maxillaire Inférieur

-- Des résections de toute une hémi-mandibule : 9 cas dont :

- . hémi-mandibulectomie droite : 5 cas
- . hémi-mandibulectomie gauche : 4 cas.

-- Parfois des résections limitées à une portion d'une hémi-mandibule : 2 cas

- . moitié antérieure de<sup>1</sup>hémi-mandibule droite : 1 cas (observation n° 32)
- . moitié antérieure de l'hémi-mandibule gauche : 1 cas (observation n° 67).

Le curage ganglionnaire a été effectué dans 2 cas : il s'agit des observations n° 37 et 62.

Notons que cette chirurgie a été utilisée seule dans 5 cas : observations n° 1 - 12 - 16 - 62 et 70. Dans les autres cas elle a été associée à d'autres moyens : la chimiothérapie ou la radiothérapie.

#### 6. 4. 3. La Radiothérapie

Elle n'est plus utilisée au C.N.H.U. Cinq de nos patients ont pu bénéficier d'une radiothérapie dont 3 effectuées au C.N.H.U. avant 1977 et 2 cas lors d'une évacuation sanitaire.

La radiothérapie n'a jamais pu être utilisée seule. Elle a été associée :

- à la chirurgie dans 3 cas : observations n° 32, 46 et 64
- à la chimiothérapie dans 2 cas : observations n° 8 et 68.

L'ensemble de notre conduite thérapeutique peut se résumer comme suit :

- Cyclo-phosphamide seul	: 29 cas
- Chirurgie seule	: 5 cas
- Cyclo-phosphamide + Chirurgie	: 21 cas
- Cyclo-phosphamide + Radiothérapie	: 2 cas
- Chirurgie + Radiothérapie	: 1 cas
- Cyclo-phosphamide + Chirurgie + Radiothérapie	: 3 cas.

#### 6. 5. RESULTATS DU TRAITEMENT ET COMMENTAIRES

Les malades évadés ou sortis sur leur propre demande ou sur celle de leurs parents sont considérés comme des échecs.

La durée d'évolution calculée à partir de la première consultation pour les 61 patients ayant reçu au moins un traitement anticancéreux donne les résultats suivants consignés dans le tableau ci-après (Voir page suivante).

TABLEAU N° 11. -- DUREE D'EVOLUTION DE LA MALADIE APRES  
AU MOINS UN TRAITEMENT ANTICANCEREUX

DUREE D'EVOLUTION	NOMBRE DE MALADES
UNE SEMAINE	2
DEUX SEMAINES	3
TROIS SEMAINES	2
UN MOIS	7
DEUX MOIS	10
TROIS MOIS	10
SIX MOIS	14
NEUF MOIS	1
UN AN	5
DIX HUIT MOIS	2
DEUX ANS	2
TROIS ANS	1
QUATRE ANS	2

Sur les 61 patients :

- 50 sont décédés

- 5 sont demeurés sans nouvelle depuis leur

sortie de l'hôpital

- 6 sont encore en vie dont :
  - . 3 cas suivis en évolution
  - . 3 cas en vie selon les informations mais n'ont pas répondu aux convocations.

#### 6. 5. 1. Malades Traités au Cyclo-phosphamide seul

La durée d'évolution brève après l'instauration d'un traitement anticancéreux concerne les patients traités exclusivement par le cyclo-phosphamide.

Sur 29 patients ainsi traités, 28 sont décédés avant 6 mois en dehors de l'observation n° 55 qui est encore en vie avec actuellement 11 mois de survie.

L'évolution pendant cette période est surtout marquée par :

- soit une discrète fonte tumorale (50 % des cas) suivie d'une reprise inexorable de la tumeur avec résistance au traitement et conduisant rapidement à la mort
- soit la tumeur est d'emblée insensible au traitement.

Nous avons été déçus par ce traitement donnant 96,43 % de décès.

#### 6. 5. 2. Association Cyclo-phosphamide et Chirurgie

Sur 21 patients traités par l'association chirurgie et cyclo-phosphamide nous avons noté :

- des durées d'évolution de 3 à 18 mois dans 18 cas
- des durées d'évolution de 19 mois à 3 ans dans 3 cas. Soit une durée d'évolution moyenne de 11 mois 25 jours.

Parmi ces 21 malades :

- 18 sont décédés
- 3 sont encore en vie avec :
  - . six récidives pour 1 cas : observation n° 45
  - . deux récidives pour un autre cas : observ n° 69

. enfin le dernier cas, selon nos informations, serait encore en vie : c'est l'observation n° 63.

Le pourcentage de décès en cas d'association chirurgie et cyclo-phosphamide est de 85,71 %.

Si ce taux reste élevé, la survie est quand même meilleure et passe de 6 mois à 11 mois 25 jours en moyenne.

#### 6. 5. 3. Association Chirurgie Cyclo-phosphamide et Radiothérapie

Trois de nos patients ont pu bénéficier de cette triple association. Les durées d'évolution sont respectivement de :

- 18 mois pour 1 cas : observations n° 68
- 2 ans pour un autre cas : observ n° 64
- et 4 ans pour le dernier cas : observation n° 46.

Soit une durée d'évolution moyenne de 26 mois 20 jours.

Sur ces 3 patients nous avons enregistré :

- un décès : observation n° 68
- un patient encore en vie et suivi: c'est l'observation n° 64
- puis un dernier cas resté sans nouvelles depuis 4 ans.

Ainsi le taux de survie à 26 mois 20 jours est de 33,33 % chez nous. Ce taux se rapproche de celui de EL HAFED A. et DOR (63) qui estiment que la survie à 3 ans est de 38 % en cas de triple association.

#### 6. 5. 4. Chirurgie Exclusive

Sur 5 malades traités par la chirurgie seule, nous avons noté les durées d'évolution suivantes après l'acte chirurgical :

- 2 mois pour 1 cas : observation n° 12
- 18 mois pour 1 cas : observation n° 62
- 3 ans pour 1 cas : observation n° 16
- plus de 4 ans pour 1 cas: observation n° 70
- enfin un dernier cas a été perdu de vue depuis

sa sortie de l'hôpital. Il s'agit de la malade de l'observation n° 43.

La durée d'évolution moyenne est alors de 26 mois.

En dehors du cas de l'observation n° 43 nous avons enregistré dans cette série de 5 patients traités par la chirurgie exclusive un décès.

La chirurgie semble nous avoir donné le plus de satisfaction malgré ses séquelles fonctionnelles.

La radiothérapie n'est pas de pratique courante à COTONOU pourtant selon GAILLARD et HAGUENAUER (48) le traitement par les agents physiques représente dans 70 % des cas le meilleur espoir thérapeutique.

#### 6. 5. 5. Suivant le Type Histologique

La durée d'évolution trop courte observée chez nos patients ne nous permet pas de déduire un histopronostic. Néanmoins dans notre série ce sont les cylindromes du palais qui ont enregistré la plus longue durée d'évolution : plus de 4 ans en général. Mais ceci n'a rien de particulier puisque tous les auteurs reconnaissent aux cylindromes du palais une remarquable lenteur dans leur évolution.

Nous voulons souligner le cas d'un fibrosarcome du maxillaire supérieur gauche qui est actuellement à 24 mois d'évolution. Il s'agit de la malade de l'observation n° 64.

Au vu de ces résultats, il apparait clairement que les résultats du traitement des cancers des maxillaires sont décevants et que ces néoplasmes de la face gardent encore toute leur gravité surtout chez nous. Mais nous ne devons pas perdre espoir puisque dans les pays équipés ces affections sont curables et que la chirurgie et la radiothérapie en sont les traitements essentiels ; car LEROUX - ROBERT (86) en analysant une statistique personnelle de 232 cas note 78 guérisons après 5 ans.

## 6. 6. EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

Au cours de la surveillance du traitement, nous n'avons pas noté de complications majeures.

La chimiothérapie à base de cyclo-phosphamide a été bien tolérée. Nous avons rarement observé des leucopénies. Ceci est d'ailleurs difficile à affirmer puisque les cancers des maxillaires sont souvent surinfectés et une hyperleucocytose de cette surinfection peut masquer cette donnée biologique.

Les manifestations d'intoxication au cyclo-phosphamide ne sont pas observées. Nous voulons citer :

- l'alopécie
- la cystite hématurique
- l'intolérance digestive caractérisée par des nausées, des vomissements et une diarrhée incoercible emportant le malade.

Lors des transfusions nous avons noté un choc transfusionnel avec décès dans un contexte d'anurie (observation n° 35).

Quant à la chirurgie, les vrais accidents que constituent :

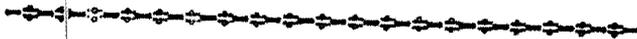
- le choc opératoire dû à l'hémorragie dramatique de la carotide externe ou des veines jugulaires,
- le choc à vacuo n'ont pas été notés.

Par contre des lésions des filets nerveux notamment ceux du facial ont été observés réalisant les paralysies faciales périphériques.

De même les chirurgies trop délabrantes ont donné des séquelles fonctionnelles (communication bucco-nasale) avec gêne à l'alimentation par défaut de prothèse.

*CONCLUSIONS GENERALES*

*RECOMMANDATIONS*



## C ONCLUSIONS G ENERALES ET R ECOMMANDATIONS

-o-

Au terme de ce travail effectué à partir de ces 70 cancers des maxillaires recensés sur une période de dix ans au C.N.H.U. de COTONOU, il nous paraît opportun de tirer les conclusions suivantes :

- Les cancers des maxillaires et des sinus de la face sont fréquents dans notre pays. Avec un pourcentage de 47,61 % ils occupent la première place dans la cancérologie O.R.L. et sont 6 fois plus fréquents qu'en EUROPE. Nous recevons 7 à 8 cancers maxillaires par an.

- Toutes les ethnies, toutes les couches sociales peuvent être touchées.

- Tous les âges sont concernés : le plus jeune des patients à 3 ans et demi ; le plus âgé en a 80. Si d'une façon générale ce sont les sarcomes qui se voient aux âges extrêmes de la vie et les carcinomes après la 5ème décennie, au BENIN les carcinomes ne sont pas rares avant 30 ans : 19,04 % de la série.

- L'affection touche les deux sexes avec une légère prédominance féminine : 52,85 % de femmes contre 47,14 % d'hommes.

- Les facteurs étiologiques sont nombreux ; mais il ressort de notre étude que les facteurs les plus importants restent les habitudes que sont :

- les prises nasales et le mâchonnement de poudre de tabac le plus souvent mélangée à de la potasse
- les antécédents de sinusite chronique
- et l'absence d'hygiène bucco-dentaire.

- Sur le plan clinique : la banalité et la discrétion des signes fonctionnels font que les patients consultent tardivement et ne se présentent qu'au stade d'énormes tumeurs ulcéro-bourgeonnantes infectées des fosses nasales ou de la cavité buccale.

- Du point de vue histologique, si les carcinomes épidermoïdes viennent en tête avec 60 % suivis des sarcomes 31,42 %, mêmes les variétés histologiques les plus rares sont notées : il s'agit de deux cas d'esthésioneuroblastome.

- Sur le plan thérapeutique : nous utilisons la monochimiothérapie (cyclo-phosphamide) associée ou non à la chirurgie. Si nos résultats sont médiocres avec 81,96 % de décès connus avec des durées d'évolution entre 6 mois et 26 mois 20 jours en moyenne et 3 ou 4 ans pour deux cas, la chirurgie semble nous avoir donné plus de satisfaction bien qu'elle comporte des séquelles importantes.

Nos résultats s'expliquent par le fait que 90 % de nos patients ne consultent qu'aux stades très avancés c'est à dire quand la tumeur a dépassé toute possibilité thérapeutique. C'est pourquoi dans nos perspectives d'avenir dans la lutte contre le cancer des maxillaires et des sinus de la face nous voulons terminer ce travail en faisant les recommandations suivantes :

#### Aux populations :

- Le cancer des maxillaires existe sous nos yeux. Il s'agit d'une affection curable lorsqu'elle est diagnostiquée tôt. Sinon elle évolue rapidement vers l'exitus et ne constitue pas un "sort jeté". C'est pourquoi ils doivent se présenter à l'hôpital dès la constatation d'un bourgeon nasal ou buccal.

- Les prises nasales et les mâchonnements de poudre de tabac en général écrasée avec de la potasse sont à proscrire des habitudes car elles constituent les causes de métaplasie des muqueuses buccale et sinusienne génératrice de cancer.

- L'hygiène bucco-dentaire quotidienne est indispensable. La brosse végétale est souhaitable, car ces cancers se développent dans les bouches négligées.

- Elles doivent éviter les applications de pommades irritantes ou de faire des scarifications sur les tumeurs ou sur les adénopathies.

- Enfin les tradipraticiens qui sont le plus souvent les premiers à voir ces malades doivent savoir leurs limites et les diriger le plus rapidement possible vers les formations sanitaires.

#### Aux Personnels de Santé de tous Ordres

Ils doivent permettre un dépistage précoce du cancer notamment ceux des maxillaires et des sinus de la face qui sont remarquables par la banalité, la latence et la persistance de leurs symptômes. Ainsi toute sinusite chronique ou tout bourgeon endonasal ou buccal chez un sujet âgé de plus de 40 ans doit nécessiter un examen O.R.L. complet avec au moindre doute une biopsie.

Un agent de santé doit s'abstenir d'extraire une dent qui devient douloureuse surtout si la preuve d'une infection n'est pas faite car il peut donner ainsi un coup de fouet à un néoplasme sous-jacent. L'attitude logique est de les adresser vers un spécialiste d'O.R.L. ou de STOMATOLOGIE pour une investigation plus poussée.

#### Aux Autorités de l'Etat

Le développement économique d'un pays passe par la santé de sa population.

Par conséquent l'Etat doit :

- Intensifier les campagnes d'éducation et d'information pour la santé.
- Renforcer les possibilités thérapeutiques dans nos formations sanitaires.

Le traitement des cancers de la face nécessite une triple association :

- . chirurgie

- . chimiothérapie
- . radiothérapie.

- Il est nécessaire à l'heure actuelle et dans un meilleur délai de doter le C.N.H.U. d'un appareil de radiothérapie et d'un radiothérapeute. L'idéal serait d'avoir une bombe à cobalt mais à court terme une radiothérapie conventionnelle serait la bienvenue.

- Recruter un anatomo-pathologiste et rendre fonctionnel le laboratoire d'anatomie-pathologique pouvant permettre ainsi un diagnostic plus rapide, car nos prélèvements jusqu'à ce jour sont adressés en EUROPE ou aux autres centres équipés de l'AFRIQUE pour la lecture ce qui peut durer deux ou quatre mois avec possibilité de perte, et pendant ce temps le cancer continue d'évoluer.

- Encourager la formation et le recrutement de prothésiste car les résections délabrantes nécessitent le plus souvent la confection d'un appareil de prothèse.

- Encourager la formation de spécialiste d'O.R.L.

- Prendre en charge une partie ou la totalité des frais occasionnés par les soins dans les couches sociales les plus déshéritées.

- Enfin assurer la réinsertion sociale de ceux qui en raison des mutilations subies deviennent de véritables handicapés.

# *ICONOGRAPHIE*



QUELQUES PHOTOGRAPHIES

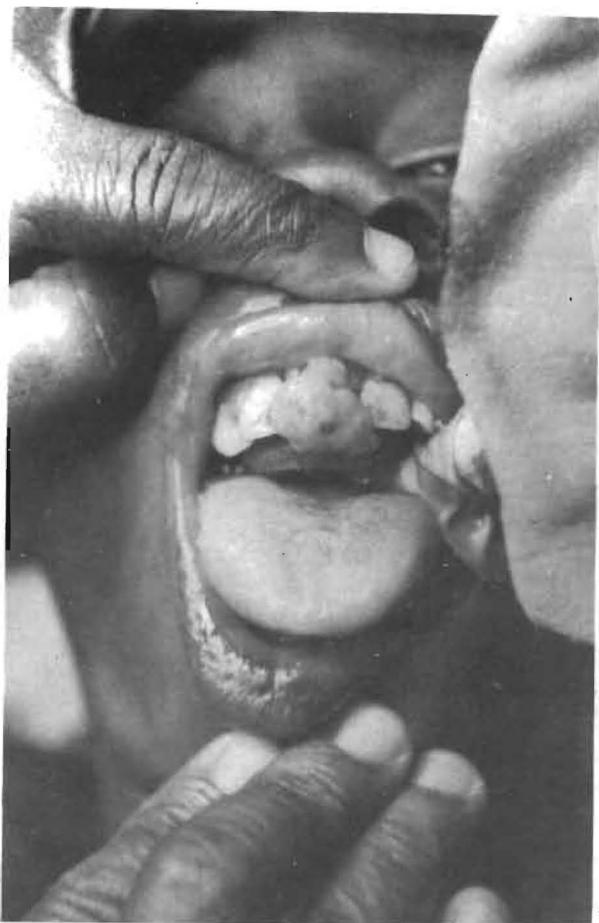
QUELQUES IMAGES RADIOLOGIQUES



**Tumeur de BURKITT à localisation maxillaire  
supérieure gauche avec exophtalmie  
chez un malade de 19 ans  
Observation n° 53**



**Même malade en période de rémission  
Observation n° 53**



**Photos 1 et 2 : Tumeur de BURKITT avant traitement  
(Observation n° 46)**



**Photo 3 : Même malade après chimiothérapie et radiothérapie  
(Photos : E. GOUDOTE)**



**Photos 4 et 5 : Tumeur de BURKITT avant  
et apres chimiothérapie (Observation n° 48)**

**(Photos E. GOUDOTE)**





Photo 8 : Tumeur de BURKITT à localisation bimaxillaire et hémi-mandibulaire droite chez un patient de 5 ans.

(Observation n° 52)

(Photos L. MEDJI)



Photo 9 Ostéosarcome de l'hémi-mandibule droite chez une malade de 62 ans.

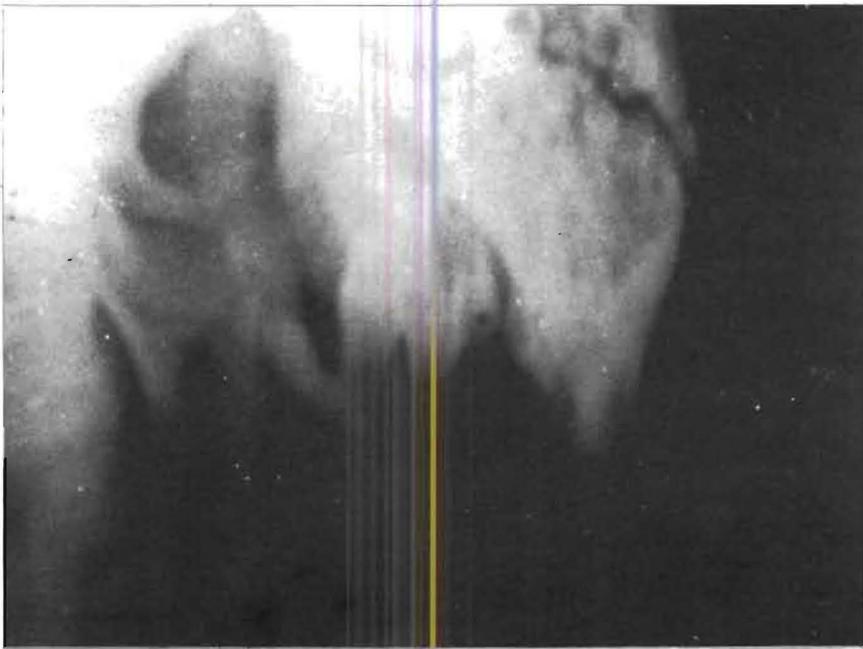
(Observation n° 66)



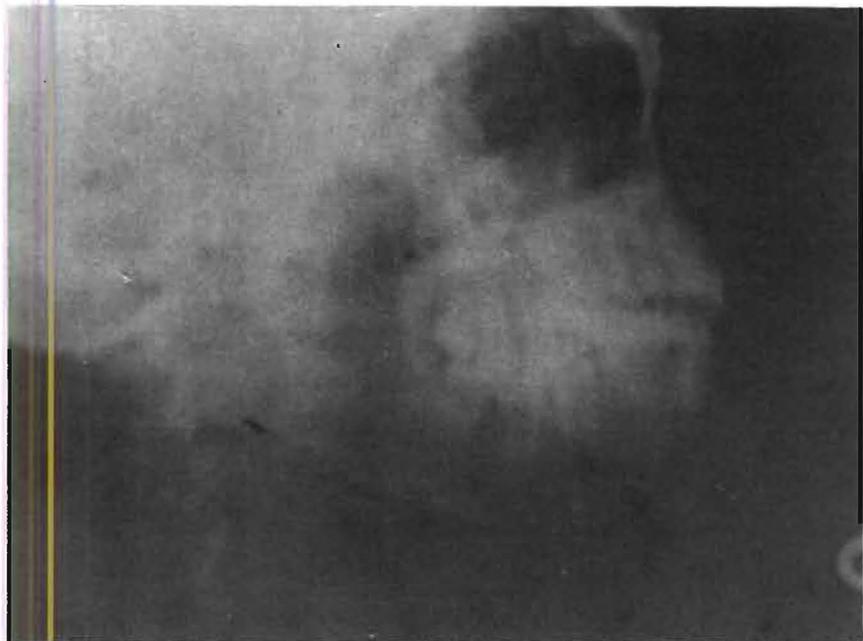
**Carcinome anaplasique du maxillaire supérieur  
droit exophtalmie + cylindrome du palais  
chez une patiente de 53 ans  
Observation n° 20**



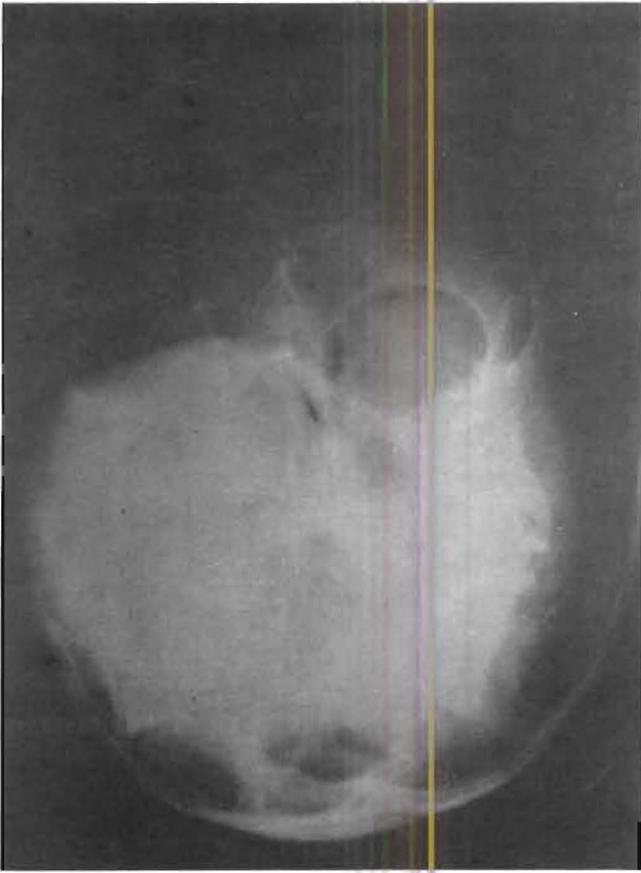
**Carcinome épidermoïde du maxillaire inférieur  
(localisation symphysaire)  
chez une patiente de 70 ans  
Observation n° 41**



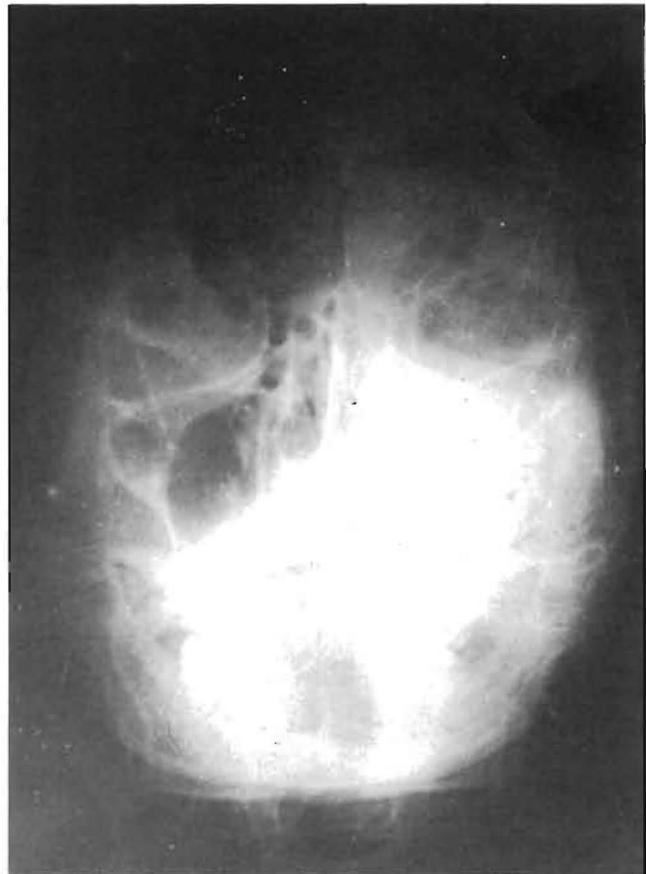
**Grande image lacunaire de la Branche Horizontale  
de l'hémimandibule droite  
Observation n° 70**



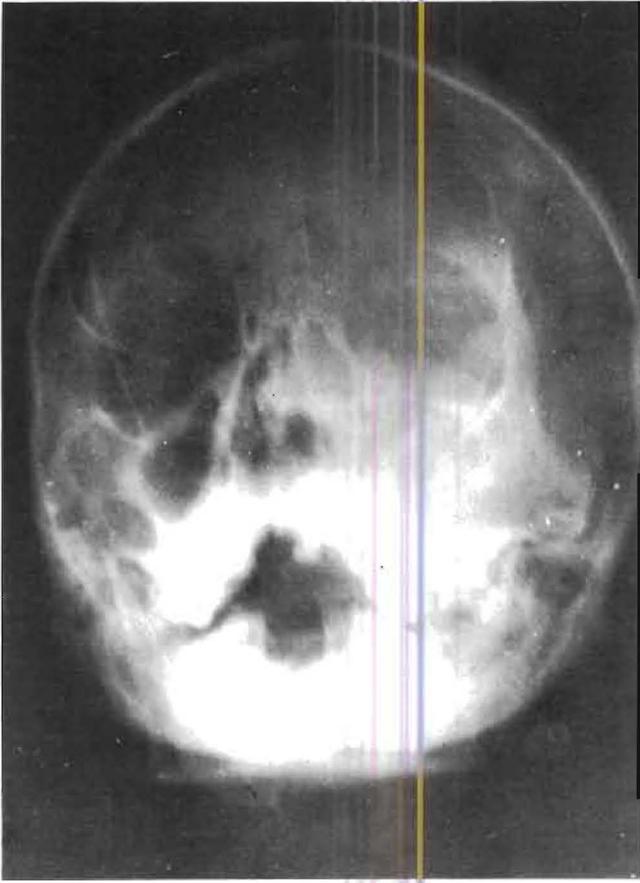
**Même image après resection maxillaire inférieure**



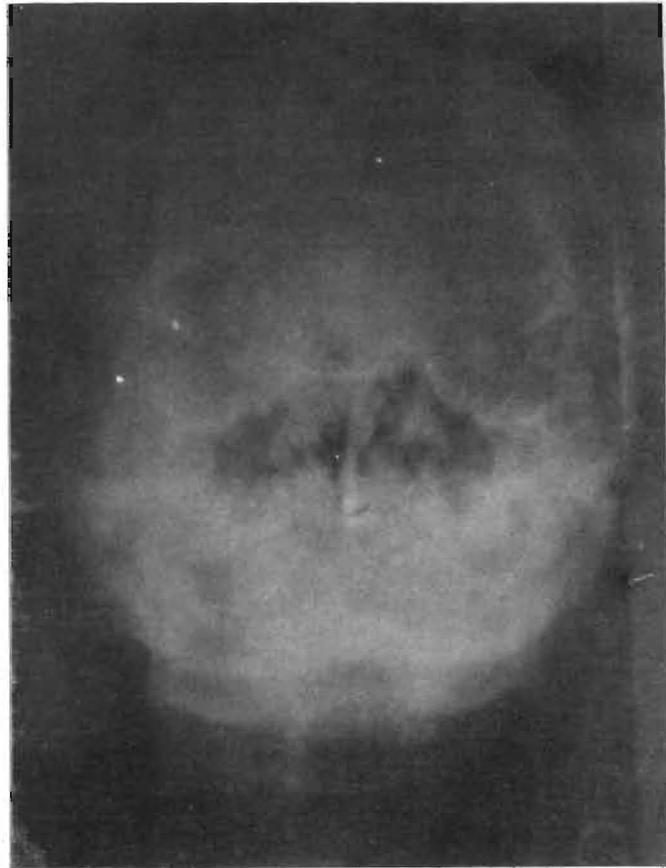
**Ostéolyse étendue à toute une hémiface**



**Lyse osseuse de tout le maxillaire supérieur  
Ostéolyse étendue au plancher de l'orbite  
et voile du sinus frontal homolatéral**



Ostéolyse de tout le maxillaire supérieur à point  
de départ sinus maxillaire



Ostéolyse de l'hémi mandibule gauche

# *BIBLIOGRAPHIE*



1. - AJAGBE (H-A.) ; DARAFOLA (J-O.)  
 Primary tumors of the jaws in NIGERIAN children.  
Journal National Médical Association IBADAN  
 1982 : 74 (2) 157-161.
2. - AKINDES (L-CH-O.)  
 La pathologie des organes génitaux en pratique  
 chirurgicale au C.N.H.U. de COTONOU.  
Thèse Med. BENIN 1977 n° 00002 pages 141.
3. - AKOWANOU (E.)  
 Les dysplasies fibreuses des maxillaires au  
 C.N.H.U. de COTONOU : aspects cliniques et thé-  
 rapeutiques à propos de 12 observations.  
Thèse Med. BENIN 1982 n° 00097 pages 105.
4. - ANDRE (P.)  
 Traitement de l'adénopathie cancéreuse du cou.  
Journal Français d'O.R.L. 1975 24 (3) 223-230.
5. - ARAFAT (A.) ; ELLIS (G-L.) ; ADRIAN (J-C.)  
 Ewing's sarcoma of the jaws.  
Oral Surg. 1983 55 (6) 589-596.
6. - ARLEN (F-G.) ; MOCLATCHEY (K-D.)  
 Squamous cell carcinoma developping in an  
 odontogenic k ratocyst. Report of a case.  
Arch. Otolaryngol. 1981 107 (9) 568-569.
7. - ASKARI (S-A.)  
 Tumors of the jaws (meeting abstract)  
 Third International Symposium on Oncology held by  
 TAJ Pahlavi Cancer Institute in TEHRAN 1978 pages  
 115.

8. - ATTENBOROUGH (N-R.)  
 Maxillectomy via a temporal approach  
J. Laryngol. Otol. 1980 94 (2) 149-162
9. - BARBOSA (J-F.)  
 Surgery of extensive cancer of paranasal sinuses.  
Archives of Otolaryngology 1961 73 129-138.
10. - BENOIST (M.)  
 Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur.  
 Restauration prothétique.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 713-715
11. - BENOIT (P.) ; BENOIT (J-P.) ; FESTAL (F.)  
 La réhabilitation morpho-fonctionnelle des pertes  
 de substance du massif facial.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 707-709.
12. - BENOIT (P.) ; MICHELLET (F-X.) ; DESSUS (B.)  
 Traitement des cancers du massif facial supérieur  
 par association chimiothérapie et chirurgie.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 759.
13. - BERTRAND (G.) ; BOUSSAGOL (P.)  
 Classification of osteomas of the jaws.  
Revue Odontostomatol. MIDI 1981 39 (4) 169-181.
14. - BERTRAND (J-C.) ; PLAUTIER (D.)  
 Maxillary and mandibular desmoid fibromas.  
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1981 82 (2)  
 127-131.
15. - BIDE (L.)  
 La sinusite maxillaire : aspects cliniques et thé-  
 rapeutiques à propos de 1516 observations.  
Thèse Méd. BENIN 1981 n° 00072 pages 126.

16. - BIRT (B-D.) ; BRIANT (T-D.)  
 The management of malignant tumors of the maxillary sinus.  
Otolaryngol. Clin. North Am. 1976 2 (1) 249-254.
17. - BLACKSTEIN (M.) ; CHARNIK (J-S.)  
 Chemotherapy and palliative therapy in malignant disease of the maxillary sinus.  
Otolaryngol. Clin. North Am. 1976 2 (1) 291-300.
18. - BRIZON (J.) ; CASTAING (J.)  
 Ostéologie de la tête deuxième partie.  
Les Feuilletts d'Anatomie Fascicule XI PARIS,  
 Maloine, 1953, pages 71.
19. - BROSSARD - LEGRAND (M.)  
 Diagnostic précoce des tumeurs malignes du massif facial.  
Gazette Médicale de FRANCE : Décembre 1969 76  
 (31) 6333-6340.
20. - BRUGERIE (J.)  
 Les cancers cervicaux faciaux de l'enfant ;  
 aspects cliniques et topographiques. Etude  
 d'ensemble de 220 cas traités à l'Institut  
 GUSTAVE - ROUSSY (1959-73).  
Cahiers d'O.R.L. 1975 10 (6) 487-491.
21. - CACHIN (Y.) ; RICHARD (J.)  
 La chimiothérapie locale des cancers.  
La Vie Médicale 1965 (46) 1887-1895.
22. - CADENAT (H.) ; FABLE (H.) ; SALESSES (R.)  
 Les prothèses per opératoires dans les résections  
 du maxillaire supérieur.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 703-704.

23. - CADY (J.) ; KRON (B.)  
Ostéologie et arthrologie de la tête et du cou.  
Anatomie du Corps Humain Fascicule V PARIS,  
Maloine, 1953 pages 179.
24. - CANAIN (R.) ; SERAFINO (X.)  
Quelques reflexions sur le problème du cancer  
dans les territoires de l'Ancienne Fédération  
d'A.O.F. Colloque ABIDJAN - DAKAR 1959.  
Cancérologie Tropicale : Institut de Lutte contre  
le Cancer DAKAR 1959 35-39.
25. - CERNEA (P.) ; ROUCHON (Cl.) ; GUILBERT (F.)  
BENOIST (M.) PIRGLAS (H-S.)  
Méthode de traitement des épithéliomas de l'in-  
frastructure du maxillaire supérieur et résultats.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 695-700.
26. - CHERRY (C-Q.) ; GLASS (R-T.)  
Large-cell carcinoma metastatic to the jaw.  
Oral Surg. 1977 44 (3) 358-361.
27. - CLARK (J-L.) ; UNNI (K-K.)  
Ostéosarcoma of the jaw.  
Cancer 1983 51 (12) 2311-2316.
28. - COUDRY (H.) ; DUNRLEMAN (E.) ; CHOBAUT (J-C.)  
PAGET (C.)  
A propos d'un cas d'esthésioneuro-épithélioma  
olfactif.  
Journal Français d'O.R.L. 1975 24 (3) 233-236.
29. - CURTIS (M-L.) ; EIMORE (J-S.)  
Osteosarcoma of the jaws : report of case and  
review of the literature.  
J. Oral Surg 1974 32 (2) 125-130.

30. - CYLWIK (B.) ; CHYCZEWKI (L-J.)  
 Malignant ameloblastoma of the maxilla.  
WIAD LEK 1975 28 (21) 1815-1819.
31. - DANHOUME (G-Y.)  
 Contribution à l'étude statistique et étiologique  
 des sarcomes en R.P.B. à propos de 106 cas.  
Thèse Med. BENIN 1979 n° 00045 pages 145.
32. - DARAMOLA (J-O.) ; ABIOYE (A-A.) ; AJAGBE (H-A.)  
 Maxillary malignant ameloblastoma with intra  
 orbital extension ; report of a case.  
J. Oral Surg. 1980 38 (3) 203-206.
33. - DARAMOLA (J-O.) ; AJAGBE (H-A.) ; OLUWA  
 SANMI (J-O.)  
 Recurrent ameloblastoma of the jaws. A review  
 of 22 cases.  
Plast. Reconstr. Surg. 1980 65 (5) 577-579.
34. - DARGENT et PAPILLON  
 Etude étiologique des cancers de la cavité buccale  
 Auteurs cités par LASSISSI N. (82).
35. - DEHNER (L-P.)  
 Tumors of the mandible and maxilla in children.  
 A study of 14 primary and secondary malignant  
 tumors.  
Cancer 1973 32 (1) 112-120.
36. - DEMIDOV (V-P.) ; STIOP (L-D.)  
 Treatment of stage IV malignant tumors of the  
 maxilla.  
Med. Radiol. (MOSK) 1981 26 (5) 18-20.

37. - DJIVOH (C.)  
 Contribution à l'étude du cancer du sein dans les services chirurgicaux du C.N.H.U. de COTONOU à propos de 55 observations.  
Thèse Med. BENIN 1978 n° 00024 pages 177.
38. - DUBOIS (D.)  
 Forme monostotique maxillo-faciale de la dysplasie fibreuse des os : étude clinique et nosologique.  
Thèse Med. TOURS 1979 n° 176 pages 97.
39. - ELISHA (I-A.)  
 Ameloblastomes en République Populaire du BENIN : aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 19 cas.  
Thèse Med. BENIN 1982 n° 00124 pages 142.
40. - EVERTS (E-C.) ; THOMAS (L.)  
 Advances squamous cell carcinoma of maxillary sinus. Early results of combination regional infusion chemotherapy, radiation therapy and surgery. Meeting abstract.  
Program of the 21 st annual meeting of the American Society for head and neck held in LOS ANGELOS C.A. 1979 4 (5) pages 48.
41. - FARRI (A.) ; BENZI (N.) ; BUSCA (G-P.)  
 Clinical and therapeutic study of two cases of malignant lymphoma of maxillary sinus.  
Rass. Int. Clin. Ter. ITALY 1981 61 (19) 1321-1327.
42. - FLAUMANT (F.)  
 Les rhabdomyosarcomes de la région cervico-faciale chez l'enfant.  
Cahiers d'O.R.L. 1975 10 (6) 503-510.

43. - FRANK et AL  
 Etude anatomo-pathologique des cancers de la cavité buccale.  
 Auteurs cités par MERIED - CHOUKRIA (93).
44. - GAILLARD (J.) ; GIGNOUX (B.)  
 Tumeurs malignes du maxillaire supérieur.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale O.R.L.  
 1-1974 (3) 20405 E<sup>10</sup>.
45. - GAILLARD (J.) GIGNOUX (B.)  
 Tumeurs malignes des fosses nasales.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale O.R.L.  
 1-1974 (3) 20405 A<sup>10</sup>.
46. - GAILLARD (J.) GIGNOUX (B.)  
 Tumeurs malignes de l'ethmoïde.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale O.R.L.  
 1-1974 (3) 20405 C<sup>10</sup>.
47. - GAILLARD (J.) ; HAGUENAUER (J.) ; BERNARD (R.)  
 Inverse papillomas of the nasal fossae and the ethmoidal, maxillary cavities.  
J. Fr. Otorhynolaryngol 1979 28 (6) 367-377.
48. - GAILLARD (J.) ; HAGUENAUER (J-P.) ; GIGNOUX (B.)  
 Notice orientation thérapeutique dans les cancers de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 673-682.
49. - GAILLARD (J.)  
 Le cancer de l'ethmoïde chez les travailleurs du bois.  
Cahiers Médicaux 1981 7 (1) 5-8.

50. - GENDRON (Y.) ; MAILLOUX (C.) ; CUISINIER (J.-C.)  
Burkitt's disease.  
Soins Pathol. Trop. 1981 (32) 15-19.
51. - GENSOU (I.)  
Le traitement chirurgical des cancers du maxillaire inférieur.  
Auteur cité par LASSISSI (82).
52. - GERARD - MARCHANT (R.)  
Des pièges anatomo-pathologiques en carcinologie cervico-faciale.  
Cahiers d'O.R.L. 1978 13 (4) 375-376.
53. - GERARD - MARCHANT (R.)  
Anatomo-pathologie des cancers cervico-faciaux de l'enfant.  
Cahiers d'O.R.L. 1975 10 (6) 479-484.
54. - GOLDMAN (B.-M.) ; NATHAN (M.-D.)  
Prothetic rehabilitation of extensive facial defects.  
South Med J. 1982 75 (3) 274-279.
55. - GOUT - LEMERLE (N.)  
Les lymphomes malins non Hodgkiniens cervico-faciaux de l'enfant.  
Cahiers d'O.R.L. 1975 10 (6) 511-518.
56. - GRAPEIN (G.)  
Maladie de BURKITT.  
Encyclopédie Médico-chirurgicale Stomato.  
6-1977 (3) 22066 A<sup>10</sup>.
57. - GUERRIER (Y.)  
Le piège clinique en carcinologie cervico-faciale.  
Cahiers d'O.R.L. 1978 13 (4) 349-356.

58. - GUERRIER (Y.) ; MATHIEU (J.) GERARD -  
MARCHANT (R.)  
Les esthésioneuroblastomes.  
Cahiers d'O.R.L. 1975 10 (6) 479-484.
59. - GUERRIER (Y.) ; VLAHOVITCH (M.) ; FUENTES (J-M.)  
GUERRIER (B.)  
Les tumeurs ethmoïdales propagées à l'étage  
antérieur de la base du crâne. Possibilité  
d'exérèse par abord intra-cranien.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 9 (7) 717-720.
60. - GUILBERT (F.) ; HOSXE (G.)  
Traitement chirurgical des tumeurs malignes de  
la cavité buccale et des maxillaires.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Stomato.  
11-1975 (3) 22065 A<sup>10</sup>.
61. - GUIBERT (F.) ; SOUBIRAN (J-M.)  
Carcinomes des maxillaires.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Stomato.  
10-1972 (3) 22063 B<sup>10</sup>.
62. - GYINES (V.) ; CSIBA (A.)  
Data on malignant tumors of the maxillary.  
Fogyv Sz Egyeten 1981 74 (8) 225-230.
63. - HAFED (A-EL.) ; DOR (P.)  
La place de la chirurgie dans le traitement des  
tumeurs malignes étendues du sinus maxillaire.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 9 (7) 685-692.
64. - HARRISON (D-F.)  
Intraoral malignancy with special reference to  
jaw replacement (meeting abstract).  
Prog. R. Soc. Med. 1974 67 (7) 601-603.

65. - HARTENIAN (K-M.) ; STENGER (T-G.)  
 Carcinoma of the maxillary sinus : report of  
 a case.  
J. Oral 1978 36 (11) 898-901.
66. - HOENNI (B.) BUI (N.B.)  
 Evaluer le volume d'un cancer pourquoi ?  
 comment ?  
Gazette Médicale 1982 89 (21) 2507-2508.
67. - HOSKE (G.) ; GUILBERT (F.) ; SOUBIRAN (J-M.)  
 Sarcomes des maxillaires.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Stomato.  
 0-1972 (3) 22063 C<sup>10</sup>.
68. - HOUNASSO (P-P.)  
 Les cancers chirurgicaux au C.N.H.U. de COTONOU.  
 Etude épidémiologique, anatomo-clinique et thé-  
 rapeutique à propos de 546 cas.  
Thèse Med. BENIN 1981 n° 00080 pages 400.
69. - INUYAMA (Y.) ; MATSUKAWA (J.)  
 Maxillary sarcoma, apparently resulting from  
 malignant transformation of fibrous dysplasia.  
Otolaryngology TOKYO 1970 42 (2) 135-143.
70. - KANDI (K.) ; MUVOVA (L.) ; DILU (N.)  
 Hemi-maxillectomies performed for tumors in  
 KINSHASA University Clinics.  
Odontostomatol. Trop. 1981 4 (2) 97-107.
71. - KAPOOR (S.) ; KAPOOR (M-S.)  
 Basal-cell carcinoma in maxillary osteomyelitis.  
J. Laryngol. Otol. 1978 92 (8) 713-717.

72. - K"ARCHER (H.) ; K"ARCHER (K-H.)  
 Therapy of an advanced tumor of the upper jaw.  
Strahlentherapie 1983 159 (1) 22-24
73. - KEEN (F.)  
 The management of jaw tumors in the South African  
 BANTU. Carcinoma of the antrum.  
Clin. Radiolog. 1963 14 (2) 250-254.
74. - KONNO (A.) ; TAGAWA (K.)  
 Primary reconstruction after total or extended  
 total maxillectomy for maxillary cancer.  
Plast. Reconstr. Surg. 1981 67 (4) 440-448.
75. - KOHNO (A.) ; TAGAWA (K.) ; INOUE (S.)  
 Analysis of the results of our combined therapy  
 for maxillary cancer.  
Acta. Otolaryngol. (Suppl.) (Stockh.) 1980 372  
 1-16.
76. - KOTAKA (S.) ; WATANABE (I.)  
 The new therapy of maxillary sinus cancer by use  
 of sustained release formation of silicone elas-  
 tomer.  
Nippon Gan Chirgo Shi (TOKYO Medical) 1981 16  
 (3) 460-467.
77. - KRATOCHVIL (F-J.)  
 Leiomyosarcoma of the maxilla. Report of a case  
 and review of the literature.  
Oral. Surg. 1982 54 (6) 647-655.
78. - KROLLS (S-O.) ; SCHAFFER (R-C.)  
 Chondrosarcoma and osteosarcoma of the jaws in  
 the same patient.  
Oral. Surg. 1980 50 (2) 146-150.

79. - KRYST (L.) ; PIEKAROZYK  
 Reconstructive procedures after surgical treatment of tumors of the mouth, jaws and face.  
Czas Stomatol. Poland 1981 34 (5) 493-498.
80. - KURITA (S.) ; NAGATA (K.)  
 Sarcoma of the maxilla and the maxillary sinus.  
 Report of 7 cases.  
KURUME Med. Journal 1982 (29 suppl ; S.I.)  
 65-73.
81. - LARSSON (A.) ; ALMEREN (H.)  
 Ameloblastoma of the jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish cancer registry during 1958 - 1971  
Acta. Pathol. Microbiol. Scand. 1978 86 (5)  
 337-349.
82. - LASSISSI (M.)  
 Les cancers du maxillaire inférieur et du plancher buccal au SENEGAL. Aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 80 observations.  
Thèse Med. DAKAR 1978 n° 13 pages 136.
83. - LEANDRY (R.) ; LEANDRY (S.)  
 Histoire naturelle des cancers, classification des tumeurs et biologie de la cellule cancéreuse.  
Vie Médicale 1982 : Supplément n° 25 8-50.
84. - LECKAM (R.)  
 Computed tomography of the pterygopalatine fossa.  
J. Can. Assoc. Radiol. 1981 32 (2) 97-101.
85. - LEFUR (R.) ; SENG (S-H.) ; HEINTZ (J.) ; HERNANDEZ (J.).  
 Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures.  
Gazette Médicale 1981 88 (30) 4161-4166.

86. - LEROUX - ROBERT (J.)  
 Résultat à long terme du traitement des cancers  
 des fosses nasales et sinus accessoires de la face.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 723-746.
87. - LINKOUS (C-M.) ; WELCH (J-T.)  
 Metastatic malignant tumors of the jaws. Report  
 of a case.  
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974 38 (5)  
 703-707.
88. - LOKOSSOU (A.)  
 Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire  
 à propos de 91 observations.  
Thèse Med. 1978 n° 000035 pages 245.
89. - MARIANO (A.) ; GASTELO - ACUNAL (L.) ;  
 LODDE (J-P.) ; CHAMPY (H.)  
 Les signes d'appel des sarcomes de la mandibule  
 à propos de 3 cas.  
Journal Med. STRASBOURG 1977 8 (3) 127-130.
90. - MATEU I FERRO (J-A.) ; TRASERRA PARAREDA (J.)  
 AVELLANEDA MANOSAS (R.)  
 Un cas d'esthésioneuroblastome olfactif.  
Cahiers d'O.R.L. 1971 6 (7) 779-786.
91. - MATHE (G.) ; KENIS (Y.)  
 La chimiothérapie des cancers : leucémies,  
 hématosarcomes et tumeurs solides.  
Expansion Scientifique Française 1975 3e édi-  
 tion pages 523.
92. - MEDJI (A-P-L.)  
 La maladie de BURKITT. Aspects cliniques et thé-  
 rapeutiques à propos de 40 observations.  
Thèse Med. DAKAR 1972 n° 6 pages 118.

93. - MERED CHOUKRIA née BEKHECHI  
Les cancers du nasopharynx en ALGERIE : aspects anatomo-pathologiques.  
Thèse Med. ALGER 1972
94. - MERRICK (R-E.) ; RHONE (D-P.)  
Malignant fibrous histiocytoma of the maxillary sinus.  
Arch Otolaryngol 1980 106 (6) 365-367.
95. - MEUZE (C.) ; MEYNARD (G.) ; MICHELET (F-X.) ;  
LETTREU (A.) ; LAGARDE (C.)  
Lymphosarcomes et reticulosarcomes du maxillaire.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 775-783.
96. - MODICA (R.) ; MAINOLDI (G-F.)  
Resection of the maxilla : correlations between surgery and prosthesis at the end of rehabilitation.  
Minerva Stomatol. 1982 31 (6) 607-614.
97. - MONANTY (B.)  
Management of jaw tumors.  
J. Indian Med. Assoc. 1977 69 (4) 81-84.
98. - MOSELEY (H-S.) ; THOMAS (L-R.)  
Advanced squamous cell carcinoma of the maxillary sinus. Resultats of combined regional infusion chemotherapy, radiation therapy and surgery.  
Am. J. Surg. 1981 141 (5) 522-525.
99. - MYERS (E-N.) ; THAWLEY (S-E.)  
Maxillary chondrosarcoma  
Arch. Otolaryngo. 1979 105 (3) 116-118.
100. - NITHIANANDA (S.)  
Squamous cell carcinoma arising in the lining of an odontogenic cyst.  
Br. J. Oral Surg 1983 21 (1) 63-68.

101. - PANZONI (E.) ; BERNADINI (V.)  
Surgical and prosthetic problems in palatal destruction due to tumors.  
Riv. Ital. Stomato. 1982 51 (3) 245-255.
102. - PAYEN (J.)  
Les tumeurs de BURKITT : aspects histologiques.  
Auteur cité par MEDJI (92).
103. - PELO (S.) ; MAERATELAERE (E. de) ; FONDU (P.)  
Burkitt's lymphoma correlated light and electron microscopic study on the malignancy in the C.S.F.  
Clin Neuropathol 1983 2 (2) 69-74.
104. - PHILIP (T.) ; LENOIR (G.-M.)  
Le lymphome de type BURKITT.  
Cahiers Médicaux 1983 9 (4) 167-172.
105. - FIGUET (H.) ; MONCONDUIT (M.)  
Cancer et hémostasie.  
Gazette Médicale de FRANCE 1969 76 (31)  
6351-6356.
106. - PIQUET (J.-J.) ; MADELAIN (M.) ; PILLIAERT (J.-M.)  
DESAULTY (A.) ; VANEECLOO (F.-M.) ; DECROX (G.)  
Les résultats du traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 761-768.
107. - PODOSHIN (L.) ; TALMON (Y.) ; FRADIS (M.)  
Malignant lymphoma of the maxillary sinus.  
J. Laryngol Otol. 1978 92 (7) 613-618.
108. - PRAKASH (H.) ; SIDHU (S.-S.) BAHADUR (S.)  
Prosthetic rehabilitation following maxillectomy.  
J. Indian Dent. Assoc. 1982 54 (5) 173-176.

109. - PROD'JINONTHO (F-X.)  
 Contribution à l'étude systématique des ulcères  
 phagédéniques à propos de 54 cas.  
Thèse Med. BENIN 1977 n° 00012.
110. - RAIN (B.) ; LANGUILLE - ROSE (F.)  
 Les tumeurs en anatomie-pathologie.  
Vie Médicale 1983 supplément n° 7 (45) 29-39.
111. - RAO (S-B.) ; KUKREJA (R-T.)  
 Myxoma of the jaws.  
J. Indian Dent. Assoc. 1982 54 (3) 99-101.
112. - REYCHLIER (H.)  
 Differential diagnosis of infections and tumo-  
 rous processes in maxillo facial surgery.  
Acta. Stomatol. Belg. 1982 79 (1) 25-35.
113. - REYES (J-T.)  
 Bilateral resection of the supérieur maxilla and  
 its prosthetic reconstruction.  
 Proceeding of I Simposio Latino -Americano de  
 reabilitacao de face e de protese buco-maxilo-  
 facial held in Sao Paulo September 4-7-1977  
 pages 227.
114. - REYNAUD (J.) ; LAHINE (D.)  
 Cancer du massif facial supérieur en AFRIQUE  
 Tropicale.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 769-773
115. - ROBIN (P-E.)  
 Upper jaw carcinoma  
Clir. Otolaryngol 1980 5 (5) 357-358.

116. - ROCA (A-N.) ; SMITH (J-L.) ; JING (B-S.)  
Osteosarcoma and parosteal sarcoma of the maxilla  
mandibule : study of 20 cases.  
Am. J. Clin. Pathol. 1970 54 (4) 625-636.
117. - ROUVIERE (H.)  
Les os de la face. Les vaisseaux, les lymphati-  
ques et les nerfs de la tête et du cou.  
Anatomie Humaine descriptive et topographique  
tome I PARIS, MASSON et Cie 1970 pages 82 - 89 -  
196 et 257.
118. - ROUX - SEDILLIOT - VALLAS  
Traitement chirurgical des cancers du maxillaire  
inférieur.  
Auteurs cités par LASSISSI (82).
119. - SAKO (K.) ; RAZACK (M-S.)  
Reconstruction of massive orbito-maxillary-cheek  
defects.  
Head Neck Surg 1981 3 (3) 251-254.
120. - SAMIT (A-M.) ; FALK (H-J.)  
Clinical-pathological conférence. Case 34 part  
2. Basal cell carcinoma, chronic maxillary simu-  
sitis, and k eratocyst of the mandible.  
J. Oral Surg. 1981 39 (5) 354-356.
121. - SASAKI (R.) ; SAKAI (S-I.) ; MUTATA (M.)  
Malignant fibrous histiocytoma in the maxillary  
sinus. Xanthoma-like change of the tumor after  
radioth rapy.  
Laryngoscope 1983 93 (2) 202-204.
122. - SEBELIAU - MOURE - HAUTANT  
Traitement chirurgical des  pith liomas des  
maxillaires.  
Auteurs cit s par GAILLARD J. (49).

123. - SHAPIRO (M.-J.)  
Basal-cell nevus syndrome : a case report with associated carcinoma of maxilla.  
Laryngoscope 1970 80 (5) 777-787.
124. - SHAW (H.)  
Treatment of cancer of the upper jaw and sinuses.  
J. Otolaryngol. Soc Aust. 1967 2 (2) 11-17.
125. - SHUBICH (I.) ; PEÑA (R.)  
Nasal tumors (clinical conférence)  
Bol. Med. Hosp. Infant Mex 1982 39 (8) 576-580.
126. - SHUGAR (J.-M.) ; SOM (P.-M.)  
Primary chordoma of the maxillary sinus.  
Laryngoscope 1980 90 (11 part 1) 1825-1830.
127. - SICLAWI (S.)  
Les cancers du maxillaire supérieur et des sinus de la face. Aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 150 observations.  
Thèse Med. DAKAR 1976 n° 32 pages 88.
128. - SOBOL (S.-M.) ; WOOD (B.)  
An approach to total maxillectomy with emphasis on orbital preservation.  
Plast. Reconstr. Surg. 1982 69 (6) 945-950.
129. - STRICKER (M.) ; MELEY (M.) ; CHASSAGNE (J.-P.)  
Les épithéliomas de la commissure intermaxillaire.  
Gazette Médicale de FRANCE 1981 88 (32) 4523-4534.
130. - SUBBUSWAMY (S.-G.) ; SHAMIA (R.-I.)  
Oral and maxillo-facial tumors in Northern NIGERIA : an analysis over five years.  
Int. J. Oral. Surg. 1981 10 (4) 255-260.

131. - SZPIRGLAS (H.)  
 Traitement médical des tumeurs malignes de la  
 cavité buccale et des maxillaires.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Stomato.  
 11-1973 (3) 22065 F<sup>10</sup>.
132. - TAKAGI (M.) ; ISHIKAWA (G.)  
 Spindle-cell carcinoma of the oral cavity.  
Bull. TOKYO Med. Dent. Univ. 1982.
133. - TENON - CURI  
 Formes anatomo-cliniques des cancers du maxil-  
 laire inférieur.  
 Auteurs rapportés par ANDRE (P.) (4).
134. - TOSSOU (J-P.)  
 Contribution à l'étude des ostéïtes maxillaires  
 au C.N.H.U. de COTONOU à propos de 39 observations.  
Thèse Med. BENIN 1983 n° 171 pages 133.
135. - TRAISSAC (L.) ; VERHULST (J.)  
 Résultats du traitement des cancers de l'eth-  
 moïde et du sinus maxillaire.  
Cahiers d'O.R.L. 1974 2 (7) 749-755.
136. - TUCHMANN - DUPLESSIS (H.) ; DAVID (G.) ; HAEGEL (P.)  
 Embryogenèse : étapes initiales du développement  
 humain.  
Embryologie : Travaux Pratiques et Enseignement  
 dirigé. PARIS MASSON et Cie 1971 pages 20 - 28 et 29.
137. - TUCHMANN - DUPLESSIS (H.) ; HAEGEL (P.)  
 Organogenèse de la face.  
Embryologie : Travaux Pratiques et Enseignement  
 dirigé. PARIS MASSON et Cie 1970 pages 12-29.

138. - VAILLANT (J.-M.) ; MORICE (V.) ; BERTRAND (J.-C.)  
 Maxillary cancer. A retrospective study of 29 cases.  
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1980 81 (6)  
 370-375.
139. - VAN BUREN (J.-M.) ; OMMAYA (A.-K.) ; KETCHAM (A.-J.)  
 Ten years' experience with radical combined craniofacial resection of malignant tumors of paranasal sinuses.  
Journal of Neuro-Surgery 1968 28 341-350.
140. - VELAZQUEZ (J.) ; ARRIAGA (M.)  
 Clinical case of cylindroma.  
Rev. Assoc. Odontol. Argent 1981 69 (1) 27-30.
141. - YAROU (M.)  
 Le cancer du larynx : aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 22 cas.  
Thèse Med. BENIN 1983 n° 172 pages 187.
142. - YEN (P.)  
 Formes anatomo-histologiques des cancers des maxillaires.  
 Auteur cité par MERIED CHOUKRIA (93).
143. - ZHAO (F.-Y.)  
 Review of results of treatment in 150 cases of malignant maxillary tumor.  
Chung Hua Kou Chiang Ko Tsa Chih 1982 25 (17)  
 219-222.
144. - ZIEGLER (J.-L.) ; WRIGHT (D.-H.)  
 Differential diagnostic of BURKITT's lymphoma of the face and jaws.  
Cancer 1971 27 (3) 503-514.
145. - ZIZNOR (J.) ; NOYEK (A.-M.)  
 The radiologic diagnosis of maxillary sinus disease.  
Otolaryngol. Clin North Am. 1976 2 (1) 93-115.

## 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 ma profession

- aux intérêts du Peuple Béninois et de sa Révolution
- 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 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.

