

# ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES TUMEURS BÉNIGNES DES MAXILLAIRES AU CENTRE HOSPITALIER DE SOAVINANDRIANA (CENHOSOA) ANTANANARIVO

*Epidemiology of benign tumor of jaws at the Hospital Center of Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo*

---

**Auteurs :** Rabenandrasana FV<sup>1</sup>, Rasolondraibe AF<sup>2</sup>, Ndrianarivony SC<sup>2</sup>, Ranaivoarisoa LN<sup>1</sup>, Ranaivoson AT<sup>1</sup>, Rakotoarivony AE<sup>1</sup>, Rakotoarison RA<sup>1</sup>.

1 : Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar. Mahajanga

2 : Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Joseph Dieudonné Rakotovoao. Antananarivo

**Auteur correspondant :** Dr RABENANDRASANA FV  
Lot 2G200A Ankirihiry Avaratra Toamasina-Madagascar  
Mail : [trabenandrasana87@gmail.com](mailto:trabenandrasana87@gmail.com)

## Résumé

Les tumeurs bénignes des maxillaires regroupent des entités de différents types histologiques. Elles peuvent être d'origine dentaire ou non dentaire.

L'objectif de cette étude était de donner le profil des tumeurs bénignes des maxillaires. Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'épidémiologie de ces tumeurs au sein du service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana ou CENHOSOA à Antananarivo sur une période de 10 ans allant de janvier 2010 à décembre 2019.

Trente-six dossiers ont été retenus durant cette période. L'âge moyen des patients étaient de 42,98 ans, et une prédominance féminine a été trouvée. Nous avons pu constater que 72,2% des tumeurs ont été localisées au niveau de la mandibule.

Les tumeurs odontogènes prédominaient à 83,3%, et l'améloblastome a été le plus fréquent d'entre elles (38,9%). Les tumeurs non odontogènes ont été dominées par les fibromes et les exostoses mandibulaires qui représentaient chacun 5,6% des cas.

Dans la majorité des cas, la présence de tuméfaction endo-buccale a permis la découverte de ces tumeurs.

**Mots-clés :** CENHOSOA, maxillaire, tumeur bénigne.

## Abstract

*Benign tumours of the maxilla include entities of different histological types. They may be of dental or non-dental origin.*

*The aim of this study was to provide a profile of benign maxillary tumours. This was a retrospective study of the epidemiology of these tumours in the Stomatology and*

*Maxillofacial Surgery Department of the Soavinandriana Hospital (CENHOSOA) in Antananarivo over a 10-year period from January 2010 to December 2019.*

*Thirty-six cases were selected during this period. The average age of the patients was 42.98 years, and a predominance of women was found. We found that 72.2% of tumours were located in the mandible.*

*Odontogenic tumours predominated at 83.3%, and ameloblastoma was the most frequent tumour (38.9%). Non-odontogenic tumours were dominated by fibromas and mandibular exostoses, each accounting for 5.6% of cases.*

*In the majority of cases, the presence of endo-buccal swelling led to the discovery of these tumours.*

**Keywords :** *benign tumour, CENHOSOA, maxilla.*

---

### **Acronymes**

- CENHOSOA : Centre Hospitalier de Soavinandriana
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- TBM : Tumeurs Bénignes des Maxillaires
- TOA : Tumeur Odontogène Adénomatoïde

## **INTRODUCTION**

Les tumeurs bénignes sont des néoformations qui résultent d'une accumulation excessive et anormale des tissus, par l'augmentation du nombre de divisions mitotiques elles-mêmes normales. Les tumeurs bénignes des maxillaires (TBM) regroupent des entités histologiques diverses, représentées dans la classification de l'OMS en 2017 [1]. Les tumeurs odontogènes se forment aux dépens du système dentaire et plus rarement, les tumeurs osseuses sont non odontogènes.

En Europe, les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes des pathologies tumorales des

maxillaires [2]. En Afrique, les tumeurs bénignes sont caractérisées par la particularité d'un retard de consultation et d'un volume important de la tuméfaction [3]. Selon une étude effectuée par Rakotoarisoa *et al.* à Antananarivo, les tumeurs et kystes odontogènes représentent 27% des tumeurs maxillo-faciales [4].

L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil des différents types de TBM dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CENHOSOA Antananarivo.

## MATÉRIELS ET METHODES

L'étude a été réalisée au sein du service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CENHOSOA. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients présentant des TBM, effectuée sur une période de dix ans allant de janvier 2010 à décembre 2019.

Tous les dossiers complets ayant présenté une tumeur bénigne des maxillaires ont été inclus

dans cette étude. Nous avons retenu 36 patients hospitalisés et opérés. Les variables étudiées étaient le genre, l'âge, la localisation, la nature odontogène ou non et le type histologique. Toutes les données collectées ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Les figures ont été obtenues après traitement des tableaux sur *Excel*.

## RÉSULTATS

Il y avait une prédominance féminine (58,3%) avec un sex-ratio chiffré à 0,71 (**tableau I**).

La moyenne d'âge était de 42,98 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 35 et 44 ans (**tableau II**).

La mandibule était le site de prédilection des tumeurs avec 72,2% des cas (**tableau III**).

Sur les 36 patients, 83,3% ont été atteints de tumeurs bénignes odontogènes et les tumeurs bénignes non odontogènes n'ont pas été

représentées que dans 16,7% des cas (**tableau IV**).

L'améloblastome était le plus fréquent des tumeurs bénignes odontogènes des maxillaires, avec un taux de 38,9% (**tableau V**).

L'association entre le genre et le type de diagnostic, nous a permis de constater que 57,1% des améloblastomes ont été observé chez le genre féminin (**tableau VI**).

## DISCUSSION

Le genre féminin (58,3%) est plus disposé aux TBM par rapport au genre masculin (41,7%). Cette prédominance féminine a été retrouvée dans une étude réalisée par Abdenour *et al.* en Algérie où elle a été de 64% [3]. Néanmoins, Nomenjanahary *et al.*

ont trouvé une prédominance masculine dans leur étude réalisée à Antananarivo sur les tumeurs odontogènes [5].

La moyenne d'âge de notre population d'étude était de 42,98 ans. Ce qui se rapproche de celle trouvée par Parkins *et al.*

au Ghana [6], qui était de 40,4 ans, et celle de Rakotoarisoa *et al.* qui ont déclaré que « les tumeurs bénignes des maxillaires surviennent à la fin de la quatrième décennie » [4]. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 35 ans et 44 ans dans 27,8% des cas, suivie de la tranche d'âge entre 55 et 64 ans (19,4%). Cependant, nous avons constaté que les TBM peuvent toucher tous les âges, aussi bien les adolescents que les adultes. Mais le point commun évoqué par la littérature est le retard de consultation. Ce retard pourrait s'expliquer par l'évolution silencieuse de ces tumeurs, la négligence des Malagasy face aux problèmes bucco-dentaires et aux tuméfactions des maxillaires, surtout quand il n'y a pas de douleur et l'éloignement des services spécialisés.

La mandibule était le site de prédilection des tumeurs avec 72,2% ; le maxillaire n'a été atteint que dans 27,8% des cas. Ce qui est similaire aux résultats trouvés par Nomenjanahary *et al.* qui ont trouvé 72,48% de tumeurs bénignes mandibulaires contre 27,52% au niveau du maxillaire [5]. Dans la littérature, plusieurs auteurs s'accordent à confirmer que la mandibule est le site de prédilection d'un développement tumoral bénin [7, 8].

Dans notre étude, 83,3% des cas ont été des tumeurs odontogènes et les tumeurs non

odontogènes n'ont été représentées que dans 16,7% des cas. Nos résultats corroborent ceux d'Abdenmour *et al.* en Algérie, qui ont trouvé 75% de tumeurs odontogènes et 25% non odontogènes [3].

L'améloblastome était le plus fréquent des tumeurs bénignes odontogènes des maxillaires, avec un taux de 38,9%, et cela est similaire aux résultats de l'étude d'Abdenmour *et al.* qui ont trouvé 44% [3], et celle de Rakotoarisoa *et al.* 29,4% [4]. Tout cela corrobore la littérature, affirmant que la tumeur la plus retrouvée est l'améloblastome dans la population africaine (73%) [9] et asiatique (58,6%) [10].

Les kystes radiculaires étaient en seconde position dans notre étude avec 22,2% des cas. Ils représentent le type de kyste le plus fréquent dans l'étude de Shear *et al.* [11]. La littérature évoque que les odontomes sont plus fréquents en Amérique et en Europe [12, 13].

L'association entre le genre et le type histologique de la tumeur, nous a permis de constater que 57,1% des améloblastomes ont été observés chez le genre féminin. Ce qui n'est pas le cas pour Rubin-Poncet *et al.* qui ont observé une légère prédominance masculine [14].

## CONCLUSION

Les tumeurs bénignes des maxillaires regroupent une multitude de types histologiques. Leur classification ne cesse d'évoluer. L'incidence des TMB a une variation géographique.

Les caractères des TMB dans cette étude sont similaires à ceux généralement rapportés dans la littérature. Nous avons relaté que

sur une période de 10 ans, le profil épidémiologique des TBM est celui d'un jeune adulte du genre féminin, présentant un améloblastome.

Cette étude devrait donner la voie à d'autres études dans tous les hôpitaux de Madagascar afin d'avoir des données plus concluantes.

## RÉFÉRENCES

1. Wright JM, Vered M *et al.* Update from the 4<sup>th</sup> Edition of the World Health Organisation Classification of Head and Neck Tumour: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* 2017 Mar;11(1):68-77.
2. Pindborg JJ, Kramer IRH, Torloni H. Types histologiques des tumeurs odontogènes, kystes et lésions apparentées des maxillaires. Classification histologiques internationale des tumeurs N°5, Organisation Mondiale de la Santé. Genève 1972.
3. Abdennour S, Benhalima H. les tumeurs odontogènes bénignes: analyse épidémiologique de 97 cas dans la population algérienne. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Oral* 2013;114:67-71.
4. Rakotarisoa AHN, Rakotoarivony AE, Razafindrakoto RMJ, Rakotoarison RA, Razakamaharo AZ, Razafindrabe JAB. Tumeurs et kystes odontogènes au CHU d'Antananarivo de janvier 2006 à mars 2008. *ROSMEL* 2013;7:32-40.
5. Nomenjanahary L, Rabarison MR, Randriandrisoa AL, Randrianjafisamindrakotroka NS. Profil histo-épidémiologique des tumeurs odontogènes à Antananarivo. *ROSMEL* 2019;16:35-41.
6. Parkins GEA, ArmahG, Ampofo P. Tumours and tumour-like lesion of the lower face at Korle Bu Teaching Hospital, Ghana-aneigh year study. *World Journal of Surgical Oncology* 2007;5:48.
7. Okada H, Yamamoto H, Tilakaratne BDS. Tumeurs odontogéniques au Sri Lanka: analyse de 226 cas. *Pubmed Jchirurgie maxillo-faciale orale.* Mai 2007;65(5):875-82.
8. Omoregie FO, Sede MA, Ojo AM. Ameloblastomatous change in radicular cyst of the jaw in a Nigerian population. *Ghana Med J* 2015;49(2):107-11.
9. Siomon EN, Stoelinga PJ, Vuhahula E, Ngassapa D. Odontogenic tumours and tumour-like lesions in Tanzania. *East Afr Med J*;2002(79):3-7.

10. Jing W, Xuan M, Lin Y, Liu L, Zheng X, Tang W et coll. Odontogenic tumours : a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(1):20-5.
11. Shear M, Spreight P. Cyst of the oral and Maxillofacial regions. 4<sup>th</sup> edition Oxford: Blackwell Munksgaard. 2007.
12. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertsoon J, Ruiz-Godoy RLM, Meneses-Garcia A. Odontogenic tumours in Mexico : A collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:672-5.
13. Oschsenius G, Ortega A, Godoy L, Penafiel C, Escobar E. Odontogenic tumours in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002;28:415-20.
14. Ruhin-Poncet B, Bouattourb A, Picard A, Ménard P, Capron F, Bertrand J-C. Améloblastomes des mâchoires. Une analyse rétrospective de 1994 à 2007. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale* 2011;112(5):269-79

## ANNEXES

**Tableau I** : Répartition des patients selon le genre.

<b>Genre</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Féminin	21	58,3
Masculin	15	41,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Tableau II** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
≤ 17 ans	2	5,6
18 à 24 ans	4	11,1
25 à 34 ans	4	11,1
35 à 44 ans	10	27,8
45 à 54 ans	6	16,7
55 à 64 ans	7	19,4
≥ 65 ans	3	8,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Tableau III** : Répartition des tumeurs selon la localisation

<b>Localisation</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Maxillaire	10	27,5
Mandibule	26	72,2
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IV** : Répartition des tumeurs selon leur nature odontogène ou non

<b>Nature</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Odontogène	30	83,3%
Non odontogène	6	16,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VI** : Répartition du genre en fonction du type histologique de la tumeur.

<b>Type histologique</b>	<b>Genre</b>				<b>Total</b>	
	<b>Masculin</b>		<b>Féminin</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Améloblastome	6	42,6	8	57,1	14	100,0
Kyste radulaire	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Kyste latéro-radulaire	-	-	2	100,0	2	100,0
Kyste odontogène calcifié	1	100,0	-	-	1	100,0
Kyste dentigère	-	-	1	100,0	1	100,0
Kyste primordial	-	-	1	100,0	1	100,0
Odontome	-	-	2	100,0	2	100,0
TOA	-	-	1	100,0	1	100,0
Fibrome	2	100,0	-	-	2	100,0
Fibrome ossifiante	1	100,0	-	-	1	100,0
Exostose mandibulaire	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Kyste naso-palatine	1	100,0	-	-	1	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>41,7</b>	<b>21</b>	<b>58,3</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>