



ISSN Print: 2394-7500
ISSN Online: 2394-5869
Impact Factor: 5.2
IJAR 2020; 6(2): 286-289
www.allresearchjournal.com
Received: 01-12-2019
Accepted: 03-01-2020

Charly M Mfutu
Unité de Chirurgie Orale et Maxillo-faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Nestor M Pakasa
Département d'Anatomopathologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Jean-Paul I Sekele
Service de Prothèse Dentaire et Maxillo-faciale et Orthopédie-Dentofaciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Adélin F Nzudjom
Unité de Chirurgie Orale et Maxillo-faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Jacques I Bolenge
Unité de Parodontologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Dieudonné T Nyembwe
Service d'ORL, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Koto-te-Nyiwa Ngbolua
a) Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
b) Faculté de Médecine, Université de Gbado-Lite, République Démocratique du Congo

Correspondence Author:
Charly M Mfutu
Unité de Chirurgie Orale et Maxillo-faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Profil clinique et Histo-pathologique des tumeurs de la cavité buccale post extraction dentaire aux Cliniques Universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo

Charly M Mfutu, Nestor M Pakasa, Jean-Paul I Sekele, Adélin F Nzudjom, Jacques I Bolenge, Dieudonné T Nyembwe and Koto-te-Nyiwa Ngbolua

Abstract

Contexte: La cavité buccale peut être le siège de diverses pathologies tumorales et non tumorales qui constituent actuellement un réel problème de santé publique.

Objectif: Déterminer le profil clinique des patients ayant présenté une tumeur de la cavité buccale après une extraction dentaire.

Patients Et Méthode: La présente étude descriptive et transversale est basée sur les fiches et dossiers des patients ayant développé une tumeur de la cavité buccale après l'extraction dentaire pendant la période de 13 ans.

Résultats: Il ressort de cette étude que les tumeurs malignes étaient observées dans 76,4% des cas contre 23,6% des tumeurs bénignes. L'âge moyen était de 50,1±18,2 ans avec un sexe ratio H/F de 2/1. L'absence de cicatrisation et la tuméfaction étaient les principaux motifs de consultation après l'extraction dentaire. Les tumeurs malignes étaient les plus fréquentes (76,4%). Le carcinome épidermoïde était la tumeur maligne la plus fréquente (68,2 %) et l'améloblastome était la tumeur bénigne la plus observée (14,5%) après extraction dentaire. La majorité des patients n'avait pas réalisé de radiographie avant l'extraction dentaire (97,3%). Les deux arcades dentaires étaient touchées par les tumeurs.

Conclusion: le profil clinique et histo-pathologique des tumeurs de la cavité buccale post extraction dentaire est celui d'un adulte de sexe masculin ayant présenté comme motif de consultation un retard de cicatrisation et une tuméfaction mandibulaire. Le carcinome épidermoïde était la tumeur maligne la plus fréquente alors que l'améloblastome était la tumeur bénigne la plus fréquente.

Mots clés: Tumeurs, cavité buccale, extraction dentaire, cliniques universitaires de Kinshasa

Keywords: Histo-pathologique, république démocratique, l'améloblastome

1. Introduction

La cavité buccale peut être touchée par diverses maladies dont notamment les pathologies tumorales. Les tumeurs malignes et/ou bénignes de la cavité buccale peuvent se confondre à leur début à des pathologies dentaires et parodontales à cause de la mobilité dentaire, des douleurs, des tuméfactions et des saignements gingivaux qu'elles peuvent engendrer (Soares *et al.*, 2005; Obuekwe *et al.*, 2005; El Wadidi *et al.*, 2002) ^[1, 2, 3].

Le manque des matériels adéquats ainsi que l'insuffisance de personnels de santé qualifiés dans les pays subsahariens conduit parfois à des extractions dentaires sans au préalable recourir aux examens radiologique et clinique poussés (OMS, 2012) ^[4].

Or, plusieurs études dans le monde révèlent le rôle néfaste des extractions dentaires intempestives, sans indications valables pour une pathologie dentaire ou para-dentaire dans la survenue des pathologies malignes ou bénignes de la cavité buccale (Obuekwe *et al.*, 2002; Zagbhani *et al.*, 2011; Sheik & D'Souza, 2012) ^[2, 5, 6]. C'est pourquoi, il a été indispensable de mener cette étude aux Cliniques universitaires de Kinshasa afin de déterminer la fréquence des tumeurs malignes et/ou bénignes de la cavité buccale et les différentes sortes des lésions tumorales découvertes après une extraction dentaire.

2. Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et rétrospective des dossiers de patients référés aux Cliniques Universitaires de Kinshasa pour des cas des tumeurs bénignes et malignes découvertes après une extraction dentaire entre 2000 et 2013, sur un total de 210 dossiers des patients, 100 dossiers n'ont pas été inclus dans cette étude par manque des résultats histo-pathologiques.

Seules les tumeurs bénignes et malignes découvertes après une extraction dentaire et confirmées par un examen histo-pathologique ont été inclus dans l'étude soit 110 cas.

Les données sociodémographiques et cliniques analysées ont porté sur les variables d'intérêts suivants: l'âge, le sexe, le motif de consultation, le diagnostic histo-pathologique et la localisation des tumeurs.

Le traitement statistique et l'analyse des données ont été réalisés grâce au logiciel Excel Microsoft 2010 et IBM SPSS 20.0. Les résultats obtenus ont été présentés sous forme des tableaux et figures comportant les effectifs observés, les proportions, la moyenne et l'écart-type. Le test de khi carré a servi à la comparaison des proportions.

Une autorisation préalable écrite a été obtenue à la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa. Toutes les données de patients ont été traitées de façon anonyme dans le strict respect de la confidentialité et de la vie privée des malades et selon les règles de la déontologie médicale.

3. Résultats

Sur un total 7.000 dossiers colligés, 110 ont été finalement retenus présentant des tumeurs malignes et bénignes après extraction dentaire soit 1,6% de l'ensemble des cas enregistrés. Les résultats obtenus ont été présentés sous

forme des de tableaux et figures. Le sexe masculin était le plus prédominant dans cette étude soit 66,4% contre 33,6% des femmes (sex-ratio H/F: 2/1). L'âge moyen était de 50, 1 ± 18, 2 ans.

Le tableau 1 donne la répartition des tumeurs en fonction de l'âge et de sexe. Il ressort de ce tableau que les hommes ont été plus touchés par les tumeurs malignes (70,2%) et une différence significative a été prouvée ($p= 0,04$). Tandis que les femmes ont été plus touchées par les tumeurs bénignes (53,8%).

Table 1: Répartition des tumeurs par rapport à l'âge (année) et au sexe suivant le diagnostic histologique

	Tumeurs malignes	Tumeurs bénignes	Valeur-p
Age moyen	52,1±18,2	42,4 ± 15,2	
Hommes	59 (70, 2%)	12 (46, 2%)	0,04
Femmes	25 (29, 8%)	14 (53, 8%)	
Total	84 (100%)	26 (100%)	

n(%): effect if (percentage)

Le tableau 2 donne la répartition des tumeurs en fonction de motif de consultation après l'extraction dentaires tandis que le tableau 3 donne la répartition des tumeurs en fonction de leur siège topographique après extraction dentaire. Il ressort du tableau 2 que la tuméfaction pour les tumeurs bénignes ($p= 0,000$) et la non cicatrisation pour les tumeurs malignes ($p= 0,000$) ont été les principaux motifs cliniques de consultation après extraction. Le tableau 3, par contre, montre que le secteur prémolaire-molaire a été le plus atteint à la mandibule pour les deux types de tumeurs (18,1% pour les bénignes et 37,3% pour les malignes).

Table 2: Répartition des tumeurs en fonction de motif de consultation après l'extraction

Motif cliniques		Type des tumeurs		
		Malignes n (%)	Bénignes n (%)	Valeur-p
Non cicatrisation	Oui	82 (97,6)	26 (100,0)	0,000*
	Non	63 (75,0)	1 (3,8)	
Saignement	Oui	21 (25,0)	25 (96,2)	0,512
	Non	12 (14,3)	2 (7,7)	
Trismus	Oui	1 (1,2)	0 (0,0)	1
	Non	83 (98,8)	26 (100,0)	
Tuméfaction	Oui	17 (20,2)	22 (84,6)	0,000*
	Non	67 (79,8)	4 (15,4)	
Douleur	Oui	33 (39,3)	3 (11,5)	0,008
	Non	51 (60,7)	23 (88,5)	

*: différence significative n(%): effectif (pourcentage)

Table 3: Répartition des tumeurs en fonction de leur siège topographique après extraction dentaire

Type de tumeurs	Mandibule 62 (56, 4%)		Maxillaire 48 (43, 6%)		Total
	Incisivo Canin	Prémolaire-Molaire	Incisivo-Canin	Prémolaire-Molaire	
Bénignes	-	20 (18, 1%)	-	6 (5, 5%)	26 (23, 6%)
Malignes	1 (0, 9%)	41 (37, 3%)	5 (4, 5%)	37 (33, 6%)	76 (76, 4%)
Total	1 (0, 9%)	61 (55, 5%)	5 (4, 5%)	43 (39, 1%)	110 (100%)

n(%): effectif (pourcentage)

Le tableau 4 donne la répartition des patients suivant le diagnostic définitif. Il ressort de ce tableau que le carcinome épidermoïde a été le type de tumeur maligne le plus

diagnostiqué par l'histologie (68,2%) suivi de l'améloblastome (14,5%) pour le type de tumeur bénigne.

Table 4: Répartition des patients suivant le diagnostic définitif (histologique)

- Type des tumeurs	n(%)
- Tumeurs bénignes	26 23,6
- Améloblastome	16 14,5
- Hémangiome	3 (2,7)
- Kyste épidermoïde	3 (2,7)
- Kyste folliculaire	2 (1,8)
- Dysplasie fibreuse	1 (0,9)
- Fibrome ossifiant	1 (0,9)
- Tumeurs malignes	84 76,4
- Carcinome épidermoïde	75 68,2
- Ostéosarcome	4 (3,6)
- Lymphome de Burkitt	4 (3,6)
- Carcinome améloblastome	1 (0,9)
Total	110 (100)

n(%): effectif (pourcentage)

La figure 1 donne la répartition des patients selon la radiographie avant l'extraction dentaire.

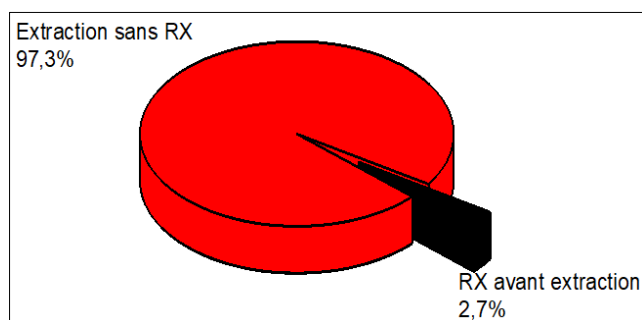


Fig 1: Répartition des patients selon la radiographie avant l'extraction dentaire

Il ressort de cette figure que seulement 2,7% des patients avaient réalisé un examen radiographique avant l'extraction dentaire.

4. Discussion

La fréquence liée aux tumeurs découvertes après une extraction dentaire était faible (soit 1,6%). Il faut cependant admettre que cette situation ne reflète pas la réalité car beaucoup des malades en RD Congo subissent des extractions dentaires chez des personnes non qualifiées surtout à l'intérieur du pays où l'on manque cruellement des médecins dentistes. A cela s'ajoute la pauvreté de la population qui ne favorise guère l'accès des malades à des hôpitaux spécialisés. Même l'OMS dans son rapport déplore cette situation de manque accrue des personnels de santé qualifiés et de manque d'équipement dans les pays africains (OMS, 2012) [4]. Pour les tumeurs malignes le sexe masculin était plus représenté soit 70,2% contre 28,8% avec un sex-ratio HF de 2,4 ($P=0,000$) avec un âge moyen de $52,1 \pm 18,2$ ans. Les résultats de cette étude sont similaires à ceux de Obuekwe et collaborateurs qui avaient également trouvé une prédominance masculine et un âge de 53 ans (Obuekwe *et al.*, 2005) [2]. Cette prédominance masculine est aussi rencontrée dans la littérature sur le cancer buccal où beaucoup d'auteurs en font le constat (Andisheh-Tabir *et al.*, 2008; Sharma *et al.*, 2010; Singh & Schenberg, 2012; Selvamani *et al.*, 2015) [7, 8, 9, 10]. Cette situation pourrait s'expliquer par une consommation excessive du tabac et de l'alcool surtout dans pays africains où la réglementation sur le tabac et l'alcool n'est pas aussi rigoureuse que dans des pays occidentaux où la loi est stricte (Ngoma, 2006) [11].

Pour les tumeurs bénignes nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux sexes ($P=0,57$) ce résultat se rapproche des résultats des études sur les tumeurs bénignes menées par Asharif *et al.* (2009) [12] qui n'ont pas trouvé de différence concernant les deux sexes.

Pour les tumeurs malignes, la douleur avant l'extraction dentaire et la non cicatrisation étaient les principaux motifs soit 75% ($P=0,000$) ce qui se rapproche des études menées au Nigeria (Obuekwe *et al.*, 2005) [2]. Or nous devons faire attention devant toute douleur dentaire ou mobilité dentaire car les pathologies tumorales se confondent à leur début avec des pathologies dentaires et para dentaires (Zagbhani *et al.*, 2011; Sheik & D'Souza, 2012) [5, 6].

Pour les tumeurs bénignes, la tuméfaction était la cause principale avant et après extraction dentaire. Cette situation doit interpeller les professionnels de santé buccodentaire et les patients en général de n'est pas prendre à la légère l'extraction dentaire car si l'extraction dentaire est mal faite et surtout sur un terrain tumoral, des répercussions dramatiques sur la vie des malades peuvent aller jusqu'au décès. Pour les tumeurs malignes, le secteur prémolaire-molaire était le plus touché par les deux arcades (37,3% pour la mandibule et 33,6% pour le maxillaire) alors que Singh *et al.* Dans leur étude avaient plutôt trouvé une nette prédominance mandibulaire soit 83% contre 17% au maxillaire (Singh & Schenberg, 2013) [9] tandis que pour les tumeurs bénignes la localisation était plus mandibulaire surtout au niveau prémolaire-molaire (18,1%).

Dix types des tumeurs étaient retrouvés dans cette étude et les tumeurs malignes représentaient la majorité des cas soit 76,4% contre 23,6% pour les tumeurs bénignes. Le carcinome épidermoïde était la tumeur maligne la plus représentée (68,2%) ce qui corrobore avec l'étude de Singh qui avait aussi trouvé que la majorité des cas de tumeur maligne après extraction dentaire était des carcinomes épidermoïdes (76,4%) (Singh & Schenberg, 2013) [9]. Cette prédominance est aussi observée dans la littérature (Lanchard *et al.*, 1994; Johnson *et al.*, 2005; Touré *et al.*, 2005; Pereira *et al.*, 2007) [13, 14, 15, 16]. Cette situation serait due à la nature de la muqueuse buccale qui est de type malpighien. Pour la tumeur bénigne, l'améloblastome était le type de tumeur le plus rencontré après une extraction dentaire; à cet effet, beaucoup d'auteurs ont aussi remarqué cette situation où l'améloblastome a été découverte après une avulsion dentaire (Lanchard *et al.*, 1994; Janah *et al.*, 1995; Bourjilat, 2001) [13, 17, 18].

Bien que la radiographie soit essentielle pour l'orientation du diagnostic et la prise en charge des extractions dentaires,

la quasi-totalité des patients ne l'avaient pas réalisé (97,8%). Cela pourrait être dû au niveau socio-économique précaire de patients.

5. Conclusion et recommandations

Le profil clinique et histo-pathologique des tumeurs de la cavité buccale post extraction dentaire est celui d'un adulte de sexe masculin ayant présenté comme motif de consultation un retard de cicatrisation et une tuméfaction mandibulaire dont le carcinome épidermoïde était la tumeur maligne la plus fréquente et l'améloblastome la tumeur bénigne la plus fréquente. Le médecin dentiste ou tout professionnel de la sphère oro-faciale doit être vigilant et attentif avant de décider de pratiquer une extraction dentaire en prenant soin de bien examiner le malade et en ayant toujours une radiographie avant extraction dentaire.

6. Références

- Soares RC, Soares AF, Souza LB, Dos Santos AL, Pinto LP. Osteosarcoma of mandible initially resembling lesion of periapex: a case report. *Rev. Bras. Otorhinolaryngol.* 2005; 71:242-245.
- Obuekwe ON, Akpata O, Ojo MA, Madukwe IU, Osaguona AO. Malignant tumours presenting. After dental extraction: a case series. *East African Medical Journal.* 2005; 82(5):256-259.
- El-Wadidi N, Benyahya I, Kadiri F. Dysplasie fibreuse des maxillaires: à propos d'un cas. *Le Courier du dentiste*, 2002. www.lecourierdudentiste.com (Consulté le 10/02/2018).
- OMS. Interventions clés de prévention et lutte anticancéreuses dans la Région Africaine de l'OMS. Bureau Régionale de l'Afrique. Brazzaville, 2012.
- Zagbhani A, Ben Youssef S, Souid K, Hasni W, Baccouche C. Jaw malignancies: signs that alert the dentist. *La Tunisie Médicale.* 2011; 89(6):580-584.
- Sheik S, D'Souza J. A case of well-differentiated squamous cell carcinoma in an extraction socket. *J Indian Soc. Periodontal.* 2012; 16(4):602-605.
- Andisheh-Tabir A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of squamous cell carcinoma of oral cavity in Iran. *The Journal of Craniofacial Surgery.* 2008; 19(6):1699-1702.
- Sharma P, Saxena S, Aggarwal P. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: an institutional study. *Indian J Dent Res.* 2010; 21(3):316-319.
- Singh T, Schenberg M. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma following dental treatment. *Ann.; Surg. Engl.* 2013; 95:369-373.
- Selvamani M, Yamuna DA, Basandi PS, Madhushankari GS. Prevalence of oral squamous cell carcinoma of tongue in and around Davangere, Karnataka, India: a retrospective study over 13 years. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015; 7(2):S491-494.
- Ngoma T. World Health organization cancer priorities in developing countries. *Ann Oncol.* 2006; 17(8)VII 9-VIII 4.
- Asharif MJ, Sunz I, Chen XM, Wang SP, Zhao XF. Benin fibro-osseous lesions of the jaws a study of 127 patients and review of literature. *J Surg. Pathol.* 2009; 17(2):122-134.
- Lanchard DJ, Bedrune B, Blanc JL, Cheyne F, Chassegras C. Tumeurs et Pseudotumeurs des maxillaires. *Rev. Stomatol. Chir. maxillo Fac.* 1994; 95(2):68-197.
- Johnson N, Franceschi S, Ferlay J. Tumors of the oral cavity and oropharynx-squamous cell carcinoma. In: *Pathology and genetic and head and neck tumors* Lyon, Bames L, Evason JW, Reichart P, Sidransky D editors. WHO: IARC Press, 2005, 168-175.
- Touré S, Sonko L, Diallo BK, Diop R, Diop A. Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale*, 2005; 106(4):68.
- Pereira MC, Olivia DT, Landman G, Kowalski LP. Histology subtypes of oral squamous cell carcinoma: prognostic relevance. *J Can Dent. Ass.* 2007; 73(4):339-344.
- Janah A, Kadiri F, Chekkoury LA, Benchakroum NY. Ameloblastome: pièges diagnostiques à propos d'un cas. *J ORL.* 1995; 44(3):204-206.
- Bourjilat M. Ameloblastome des maxillaires. *J ORL.* 2001; 50(5):255-258.