

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en médecine bucco-dentaire par :

ABBO YAMPILI DJUICHOU Serange

Matricule : 17M191

Directeur

Pr MENDIMI NKODO

Joseph Marie

Maître de Conférences
anatomopathologie

Co-directeurs

Pr KABEYENE OKONO Angèle

Maître de Conférences
Histologie et embryologie

Dr EDOUMA BOHIMO Jacques

Maître-Assistant
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Dr KWEDI Karl Guy Grégoire

Assistant
Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Année académique 2023-2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en médecine bucco-dentaire par :

ABBO YAMPILI DJUICHOU Serange

Matricule : 17M191

Date de soutenance : 27 juillet 2024

Jury de thèse :

Président du jury

Pr SANDO Zacharie
Professeur Titulaire
Anatomopathologie

Rapporteur

Pr MENDINI NKODO Joseph Marie
Maître de Conférences
Anatomopathologie

Membres

Dr ESSON MAPOKO Berthe
Maître-Assistant
Oncologie médicale
Dr NOKAM TAGUEMNE Marie
Chargé de cours
Chirurgie buccale

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr MENDINI NKODO Joseph Marie
Maître de Conférences
Anatomopathologie

Co-directeurs

Pr KABEYENE OKONO Angèle
Maître de Conférences
Histologie et embryologie
Dr EDOUMA BOHIMO Jacques
Maître-Assistant
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Dr KWEDI Karl Guy Grégoire
Assistant
Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Année académique 2023-2024

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xvii
LISTE DES FIGURES.....	xviii
LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES	xx
SERMENT D’HYPPOCRATE.....	xxi
RESUME.....	xxii
SUMMARY	xxiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L’ETUDE	3
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES	40
CHAPITRE IV : RESULTATS	45
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	60
CHAPITRE VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	72
REFERENCES.....	75
ANNEXES	xxiv
TABLE DES MATIERES	xxxvii

DEDICACE

A mes très chers parents

Mon défunt papa M. ABBO HASSANA David et ma maman Mme

KENGNE Julielt épouse ABBO

REMERCIEMENTS

Notre plus profonde reconnaissance va à l'endroit :

Du Seigneur Dieu Tout Puissant, maître de toutes choses qui a permis que j'arrive au bout de cette formation.

Par l'occasion qui nous est offerte, nous tenons à adresser nos remerciements et notre gratitude :

- À Madame le Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé 1, Professeur ZE MINKANDE Jacqueline. Pour votre dévotion, votre soutien et votre encadrement, ainsi qu'à tout le personnel administratif et le corps enseignant de la FMSB.
- Au Professeur MENDIMI NKODO Joseph Marie, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre encadrement, vos conseils, votre disponibilité et pour votre enseignement durant notre formation.
- Au Professeur KABEYENE Angèle, merci pour votre disponibilité, pour l'encadrement et le soutien tout au long de ce travail de recherche.
- Au Docteur EDOUMA Jacques, pour votre enseignement, votre encadrement, vos conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail et de notre formation.
- Au Docteur KWEDI Karl Guy Grégoire, merci pour votre disponibilité, votre patience, vos enseignements, vos conseils, votre soutien, votre rigueur et votre dévouement durant notre étude
- Au Professeur BENGONDO MESSANGA Charles Coordonnateur de la filière Médecine Buccodentaire de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé1 pour les enseignements et l'encadrement durant ces sept années de formation
- Au président et aux honorables membres du jury pour avoir accepté de juger et apporter des critiques à ce travail de recherche.
- A tous les dirigeants et personnels des laboratoires d'anatomopathologie du CPC, HGOPY, CHUY, HCY, HGY où cette étude a été menée pour leur accords, disponibilité et leur collaboration qui ont permis la réalisation de ce travail.
- À mes maîtres de stage des différents hôpitaux et structures hospitalières pour l'accueil et l'encadrement de qualité.
- A mon grand-père monsieur ABBO François pour les bénédictions, l'amour, les prières toujours portées à mon égard.

- A ma petite sœur FAASSA ABBO Ange Charis, merci pour l'amour, merci d'exister
- A mon petit frère NOAH BEN Ibrahim, merci pour l'amour pour la joie et la bonne humeur
- A mes oncles et tantes en particulier Mme NONO Nathalie, messieurs TALLA Cyril, FOWE Frédéric, LECHE Cyril, qui n'ont jamais cessé de me soutenir et de m'encourager
- A la chorale Martin Luther de Yaoundé pour les prières, les encouragements et l'affection portée à mon égard
- A mes aînés académiques ayant été représenté une partie capitale de ma formation, les Docteurs : ABANDA Elisée, SIYOU Aurore, EBONG Aggée, MBALLA Elodie PALEY Sandra, TALLA Isidore, SONGUE Elisabeth, TCHOUMO Joël, CHIMI CHMI, SILATSA Fabrice, JEMELE Jordane, MBOYA Marius, NJITUNG Caleb, Kessel.
- A mes camarades et amis de la 49ème promotion : SIMEDJE Solyne, ZANG Synthia, FOKOUANG Marius, FOKA Leslie, DOEN Carelle, YASSANG Rosine, MONEMVOM Brice.
- A mes amis et compagnons de recherche sans qui ce travail n'aurait pas abouti : MEGNE Hylarie, MBOSSO William
- Aux membre du groupe Royal, mes amis, mes frères : KOTTI Lauren, BALEBA Cédric, MBOSSO William
- A mes cadets : Mayer, Divas, Giblas, Corine, Claudia, Belise, Durand, que ce travail puisse vous être une source d'inspiration pour vous
- A mes amis de longue date qui m'ont toujours témoigné leur affection et leur assistance dans les moments difficiles et qui étaient là bien avant le début de cette aventure : KAMSEU Murielle, ABENKOU Johane, NANA Harold, TOMO Marina, MAWABA Lorel, EKITTI Jeanne-Marion, KAMDOM Karen, TALLE Lylie Reine, Kevin BILLE. Je vous en serai toujours reconnaissante
- A mes amis : Laurent Ndzie, Mandela Famegne, Mvogo Aloys, Na aan mem Bébbé ; merci pour votre soutien et votre présence
- A l'Association des Etudiants en Médecine originaires de l'Ouest pour l'encadrement sur le plan académique, culturel et pour les belles rencontres
- A tous ceux qui ont contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce travail

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
14	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
15	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
16	FOUDA Pierre Joseph	MC	Chirurgie/Urologie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
21	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
22	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
23	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
24	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
25	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
26	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
27	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
28	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
29	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
30	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale

31	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
32	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
33	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
34	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
35	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
36	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
37	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie

57	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
58	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
59	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastroentérologie
60	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
61	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
62	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
63	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
64	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
68	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
69	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
71	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
73	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
74	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
75	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
76	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
77	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
78	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
79	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
80	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
81	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
82	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale

83	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
84	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
85	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
86	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
87	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
88	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
90	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
91	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
92	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
93	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
94	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
95	NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
96	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
98	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
99	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
100	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
101	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
102	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
103	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
104	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
105	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
106	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
107	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
108	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie-Obstétrique
109	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie-Obstétrique

110	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
111	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie-Obstétrique
112	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie-Obstétrique
113	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie-Obstétrique
114	NKWABONG Elie	P	Gynécologie-Obstétrique
115	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
116	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie-Obstétrique
117	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie-Obstétrique
118	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie-Obstétrique
119	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie-Obstétrique
120	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie-Obstétrique
121	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie-Obstétrique
122	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie-Obstétrique
123	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie-Obstétrique
124	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	MA	Gynécologie-Obstétrique
125	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie-Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie-Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie-Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie-Obstétrique
129	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie-Obstétrique
130	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie-Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
131	DJOMOU François (CD)	P	ORL
132	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
133	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
134	NDJOLO Alexis	P	ORL
135	NJOCK Richard	P	ORL
136	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
137	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
138	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
139	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie

140	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
141	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
142	NGABA Olive	MC	ORL
143	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
144	ANDJOCK NKOOU Yves Christian	MA	ORL
145	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
150	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
151	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
154	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
155	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
156	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
157	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
158	CHELO David	P	Pédiatrie
159	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
160	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
161	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
162	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
163	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
164	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
165	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
166	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
167	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
168	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie

169	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
170	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
171	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/Virologie
172	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
173	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
174	MBANYA Dora	P	Hématologie
175	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/Virologie
176	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
177	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
178	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie médicale
179	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie médicale
180	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie médicale
181	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
182	BOUM II YAP	CC	Microbiologie médicale
183	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
184	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
185	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
186	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
187	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie médicale
188	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique/Hématologie
189	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
190	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
191	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique/Epidémiologie
192	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
193	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
194	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
195	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique

196	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique/Biostatistiques
197	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
198	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
199	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
200	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
201	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
202	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
203	NKENGFAK NEMBONGWE Germaine Sylvie	CC	Nutrition
204	ONDOUA MBENGONO Laura Julienne	CC	Psychologie Clinique
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Economie de la Santé
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES- ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
208	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
209	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
210	BISSOU MAHOP Josué	MC	Médecine de Sport
211	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
212	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
213	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
214	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
215	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
216	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
217	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
218	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
219	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie

220	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
221	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
222	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
223	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
224	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
225	TSALA Emery David	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie pédiatrique
237	NDJOH NDJOH Jules Julien	CC	Parodontologie/Implantologie
238	NOKAM TAGUEMNE Marie Elvire	CC	Médecine dentaire
239	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
240	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie dentaire
241	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie bucco-dentaire
242	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
243	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie bucco-dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			

244	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
245	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie organique
246	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
247	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
248	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
249	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	Physiologie et Pharmacologie
250	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
251	MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
252	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
253	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
254	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
255	NNANGA NGA (CD)	P	Pharmacie Galénique
256	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO MENDIM	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
257	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
258	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
259	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
260	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
261	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: diagnostics retrouvés dans les tumeurs épithéliales	52
Tableau II: diagnostics retrouvés dans les tumeurs conjonctives.....	53
Tableau III: diagnostics retrouvés parmi les tumeurs vasculaires.....	54
Tableau IV: diagnostics retrouvés dans les tumeurs des glandes salivaires accessoires	55
Tableau V: répartition des diagnostics en fonction du genre (%).....	57
Tableau VI: Répartition des diagnostics en fonction de l'âge (%).....	58
Tableau VII: Fréquence d'apparition des diagnostics en fonction des localisations (en %)..	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1: coupe frontale d'une dent	10
Figure 2: la cavité orale	11
Figure 3: anatomie de la cavité buccale	11
Figure 4: coupe schématique d'une muqueuse buccale	14
Figure 5: papillome de la langue	15
Figure 6: kératoacanthome du bord de la lèvre inférieure	16
Figure 7: botriomycome de la pointe de la langue	17
Figure 8: épulis	18
Figure 9: épulis congénital du nouveau-né.....	19
Figure 10: granulome d'une alvéole dentaire après extraction	19
Figure 11: granulome périphérique à cellules géantes de la mandibule	20
Figure 12: fibrome de la muqueuse jugale	20
Figure 13: hémangiome caverneux	21
Figure 14: lymphangiome de la langue	22
Figure 15: schwannome de la pointe de la langue	23
Figure 16: une grenouillette	24
Figure 17: mucocèle de la lèvre inférieure.....	24
Figure 18: candidose pseudomembraneuse se présentant sous la forme de plaques détachables au niveau du palais mou	26
Figure 19: langue géographique	27
Figure 20: photographie d'une langue noire villeuse.....	27
Figure 21: photographie d'un harmatome spongieux muqueux.....	28
Figure 22: l'examen intraoral a révélé la présence de plaques blanches impliquant principalement les bordures latérales et la surface dorsale de la langue. (b) Plaques blanches impliquant le plancher de la bouche et les muqueuses buccales	28
Figure 23: oral Línea alba.....	29
Figure 24: une leucoplasie de la face ventrale de la langue	29
Figure 25: lichen plan réticulé de la face interne de la joue gauche	30
Figure 26: vésicules et ulcérations dues à l'herpès chez un patient immunocompétent	35
Figure 27: granulome dentaire périapical fistulisé.....	36
Figure 28: neurofibrome du bord de la langue	37
Figure 29: diagramme de recrutement	46
Figure 30: nombre de cas par années	47

Figure 31 : répartition des cas retrouvés en fonction des tranches d'âge (%).....	48
Figure 32 : répartition de la population d'étude en fonction du genre	49
Figure 33: répartition des localisations des lésions dans la population	50
Figure 34: répartition de la population en fonction du type histologique (en %)	51
Figure 35: répartition de la population en fonction du diagnostic posé (en %).	56

LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES

CHUY	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HGOPY	Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HGY	Hôpital Général de Yaoundé
HPV	Human Papilloma Virus
UY1	Université de Yaoundé 1

SERMENT D'HIPPOCRATE

DECLARATION DE GENEVE 2017

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité :

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus :

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité :

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci :

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient :

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale :

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères :

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient :

Je garderai le respect absolu de la vie humaine :

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiles, même sous la menace :

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

RESUME

Introduction : La cavité buccale, en raison de sa localisation, morphologie et fonction, est une porte d'entrée pour le corps humain. Elle est tapissée de tissus mous spécialisés ou non, qui peuvent être exposés à diverses agressions, conduisant à des lésions variées telles que les lésions bénignes qui sont des anomalies tissulaires non-cancéreuses. Cette étude vise à établir le profil histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé.

Objectif : L'objectif général de cette étude était de décrire l'aspect histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé.

Méthodologie : L'étude a été descriptive à collecte rétrospective, et menée dans cinq hôpitaux et laboratoires de la ville de Yaoundé. Les données ont été collectées de janvier à mars 2024. La population source a inclut tous les patients ayant été diagnostiqués porteur d'une lésion bénigne de la muqueuse buccale à l'issu d'un examen anatomopathologique et documenté dans les registres de janvier 2014 et décembre 2023. L'échantillonnage était exhaustif. Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23 et du logiciel Microsoft Excel 2021.

Résultats : Nous avons enregistré 34,2% de lésions bénignes de la muqueuse orale sur de l'ensemble des lésions de la cavité buccale. Nous avons inclus dans notre étude 275 lésions bénignes de la muqueuse buccale. Nous avons obtenu pour un sex-ratio de 0,88, une moyenne d'âge de $36 \pm 21,8$ ans et un pourcentage de 30,9% de patients de moins de 20 ans. La localisation la plus fréquente des lésions était la langue, le type histologique le plus fréquent était les tumeurs conjonctives. Les diagnostics les plus fréquents étaient les papillomes, les épulis puis les hémangiomes avec des pourcentages respectifs de 28,7%, 13,5%, et 8%. Les papillomes étaient plus fréquents chez les femmes et dans la tranche d'âge des plus de 40 ans, les épulis chez les femmes et les personnes âgées de 20 à 40 ans. Et les hémangiomes chez les femmes et les personnes de moins de 20 ans. Ils avaient pour localisation préférentielle respective la langue, les gencives et les lèvres.

Conclusion : Cette étude a fourni une meilleure compréhension de la prévalence et de la distribution des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale à Yaoundé. Elle souligne l'importance de l'histopathologie dans le diagnostic et la gestion de ces lésions, et appelle à des études supplémentaires pour approfondir ces résultats et améliorer les soins des patients.

Mots clés : tumeur bénigne, muqueuse buccale

SUMMARY

Introduction: The oral cavity, due to its location, morphology, and function, serves as a gateway to the human body. It is lined with specialized or non-specialized soft tissues, which can be exposed to various aggressions, leading to various lesions such as benign lesions, which are non-cancerous tissue anomalies. This study aims to establish the histopathological profile of benign lesions of the soft tissues of the oral cavity in the city of Yaoundé.

Objective: The general objective of this study was to describe the histopathological appearance of benign lesions of the soft tissues of the oral cavity in the city of Yaoundé.

Methodology: The study was descriptive with retrospective data collection, conducted in five hospitals and laboratories in the city of Yaoundé. Data were collected from January to March 2024. The study population included all patients diagnosed with benign lesions of the oral mucosa following histopathological examination and documented in registers from January 2014 to December 2023. Sampling was exhaustive. Data collected were analyzed using SPSS version 23 and Microsoft Excel 2021.

Results: We recorded 34.2% benign lesions of the oral mucosa out of all oral cavity lesions. Our study included 275 benign lesions of the oral mucosa. We found a sex ratio of 0.88, a mean age of 36 ± 21.8 years, and 30.9% of patients under 20 years old. The most frequent location of lesions was the tongue, and the most common histological type was connective tissue tumors. The most frequent diagnoses were papillomas, epulis, and hemangiomas, with respective percentages of 28.7%, 13.5%, and 8%. Papillomas were more common in women and in individuals over 40 years old, epulis in women aged 20 to 40 years old, and hemangiomas in women and individuals under 20 years old. They predominantly affected the tongue, gums, and lips, respectively.

Conclusion: This study provided a better understanding of the prevalence and distribution of benign lesions of the soft tissues of the oral cavity in Yaoundé. It underscores the importance of histopathology in the diagnosis and management of these lesions and calls for further studies to deepen these findings and improve patient care.

Keywords : benign tumor, oral mucosa

INTRODUCTION

La cavité buccale représente une porte d'entrée pour le corps humain de par sa localisation, sa morphologie et sa fonction. Elle est entièrement tapissée de tissus mous ou muqueuse pouvant être spécialisés (gencive, langue, etc.) ou non. Ces tissus mous recouvrent de nombreuses structures telles que la langue, les joues, les lèvres, le palais, les glandes salivaires et l'oropharynx. Ils peuvent être exposés à toute sorte d'agression et sont le siège de lésions extrêmement variées.

Une lésion bénigne est une anomalie des tissus corporels qui est non cancéreuse. Elle ne se propage pas dans d'autres parties du corps et ne se métastase pas et sont le plus souvent bien délimitées et encapsulées, et leur croissance est généralement lente et localisée. Lorsqu'elles atteignent la muqueuse orale, ces lésions peuvent être aussi bien le signe d'une affection locale qu'un signe venant s'ajouter au tableau clinique d'une affection systémique. Ces lésions de la muqueuse buccale, malgré leur fréquence, restent difficiles à apprécier. Elles nécessitent assez souvent l'avis de nombreuses autres spécialités médicales telles que l'anatomopathologie. En effet, cette discipline devient indissociable de la prise en charge des lésions de la muqueuse buccale car elle permet de poser un diagnostic précis après biopsie et analyse de la lésion, ceci dans le but de déterminer le pronostic et proposer un traitement approprié.

De nombreuses études se sont intéressées aux pathologies de la muqueuse buccale. En 2000, l'étude menée par Kovac-Kovacic et al. En Slovénie a révélé que 61,6% de la population était affectée par une lésion de la cavité buccale [1]. Byakodi et al. En 2011 (Inde) ont également mené une étude qui a montré que 2,5% de la population générale présentait des pathologies de la muqueuse buccale [2]. Feng et al. En 2015 (Chine) ont trouvé une prévalence de 10,8% pour les lésions orales bénignes des tissus mous [3]. En 2019, au Sénégal, Gassama et al. Ont trouvé qu'un quart (25%) des lésions bénignes de la cavité buccale seraient retrouvées au niveau des tissus mous [4]. Au Cameroun en revanche, très peu d'études évaluent les lésions bénignes de la cavité buccale. Notre présente étude aura pour but d'établir le profil histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

I.1. JUSTIFICATION DU SUJET

Les lésions bénignes de la muqueuse buccale sont des pathologies fréquemment rencontrées dans la cavité buccale, leur diagnostic est clinique et anatomopathologique. L'histologie de ces lésions revêt une importance fondamentale, permettant de les classer en fonction de la nature des tissus qui les composent. Cependant, très peu d'études ont été réalisées à leur sujet et encore moins en Afrique et plus précisément au Cameroun.

I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE

I.2.1. Question Principale

Quels sont les aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale ?

I.2.2. Questions Secondaires

- Quelles sont les lésions bénignes des tissus mous diagnostiquées dans les laboratoires d'anatomopathologie de Yaoundé ?
- Quelle est leur répartition selon les données sociodémographiques ?
- Quelle est leur distribution en fonction de la localisation dans la cavité buccale ?

I.3. INTERET

L'intérêt de notre étude réside dans les points suivants :

- Le manque d'études au Cameroun sur le sujet
- La pluridisciplinarité du diagnostic et de la prise en charge des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale
- Mieux interpréter la fréquence, la prévalence, des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale

I.4.OBJECTIFS DE RECHERCHE

I.4.1. Objectif Général

L'objectif général de cette étude était d'établir les aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale.

I.4.2. Objectifs Spécifiques

- Recenser les lésions bénignes des tissus mous diagnostiquées retrouvées dans les laboratoires d'anatomopathologie de Yaoundé entre Janvier 2014 et décembre 2023
- Etudier leur répartition dans les différents types histologiques
- Déterminer leur répartition selon les données sociodémographiques
- Ressortir la distribution en fonction de la localisation dans la cavité buccale

I.5. LISTE DES VARIABLES CLES ET FACTEURS DE CONFUSION EVENTUELS

Les variables clés de notre étude étaient :

- Données sociodémographiques :
 - L'âge
 - Genre
- Présentation clinique de la lésion :
 - Localisation
- Types histologiques :
 - Tumeur épithéliale
 - Tumeur du tissu conjonctif
 - Tumeur vasculaire
 - Tumeurs des glandes salivaires accessoires
 - Lésions blanches
 - Autres
- Diagnostique histologique

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

II.1 GENERALITES SUR LA CAVITE BUCCALE

II.1.1 Anatomie de la cavité buccale [5]

La cavité buccale ou cavité orale, est la partie initiale de l'appareil digestif, située en dessous des fosses nasales et des maxillaires. Elle est limitée en avant par les deux lèvres, latéralement par la région génienne, en haut par le palais dur et le palais mou, en bas par le plancher buccal, et en arrière par l'isthme du gosier. Elle est divisée en deux parties par l'interposition des arcades alvéolo-dentaires :

- Le vestibule oral en avant
- La cavité orale proprement dite en arrière

Elle a pour fonction :

- La mastication
- La phonation (le langage) : la production des sons
- La gustation : perception des goûts
- La salivation : production la salive
- La déglutition : capacité à avaler
- La ventilation : la fonction de respiration
- Le sourire et le rire (esthétique)

II.1.1.1 LE VESTIBULE ORAL

a- Situation : Espace virtuel en forme de fer à cheval, situé entre les lèvres en avant, les joues latéralement, et les arcades gingivo-dentaires en arrières

b- Limites :

i) La région labiale

Elle constitue la limite antérieure du vestibule oral. Il s'agit de deux replis musculo-membraneux limitant la fente labiale réunies à leurs extrémités par les commissures labiales. Les lèvres sont situées en dessous de la base du nez et au-dessus du sillon mento-labial. Elles sont limitées latéralement par les sillons naso-géniens.

La lèvre supérieure présente un sillon médian et vertical appelé le philtrum. Chaque lèvre présente deux zones séparées par le limbus labial :

- Une zone cutanée appelée lèvre blanche
- Une zone muqueuse appelée lèvre rouge

ii) Les régions géniennes

Au nombre de deux (gauche et droite), elles forment les parois du vestibule oral. Elles sont constituées de la profondeur à la superficie par :

- Muqueuse buccale ;
- Muscle buccinateur ;
- Muscles cutanés profonds :
 - L'élévateur de la lèvre supérieure,
 - L'élévateur de l'angle de la bouche (canin),
 - L'abaisseur de la lèvre inférieure (carré du menton) ;
- Muscles cutanés superficiels :
 - L'élévateur naso-labial,
 - Le petit et grand zygomatiques,
 - Le risorius ;
- Le plan adipeux ;
- Peau.

iii) Les deux arcades alvéolo-dentaires :

Il s'agit de l'arcade supérieure ou maxillaire et de l'arcade inférieure ou mandibulaire, elles sont constituées des organes dentaires et d'une muqueuse appelée gencive.

La dent ou organe dentaire : est formée d'une couronne et d'une racine, les deux reliées par un collet. De cette description s'est substitué le concept plus large d'organe dentaire formé de l'odonte ou dent anatomique et ses tissus de soutien ou parodonte. L'odonte est constitué de trois éléments : l'émail, la dentine et la pulpe [6].

- L'émail : est le tissu le plus dur de l'organisme. Il est minéralisé à 96%. Il est formé de prismes, qui s'étirent chez l'adulte en faisceaux, les lamelles d'émail. [7]
- La dentine : il s'agit d'un tissu minéralisé à 70%, translucide et jaunâtre. Elle est avasculaire et traversée par des tubules sinueux, dans la couronne. La jonction amélo-dentinaire est caractérisée par l'envahissement de l'émail par de courtes digitations de la dentine. [7]
- Le ciment : c'est un tissu conjonctif avasculaire aussi minéralisé que l'os. Les fibres du ligament parodontal sont solidement fixées au ciment par les fibres perforantes. [7]

Le parodonte quant à lui est constitué de quatre éléments qui sont la gencive, le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire, le ciment et l'os alvéolaire.

On rencontre deux types de denture :

- Denture déciduale (lactéale ou temporaire) constituée de 10 dents par arcade
- Denture permanente ou denture de l'adulte constituée de 16 dents par arcade

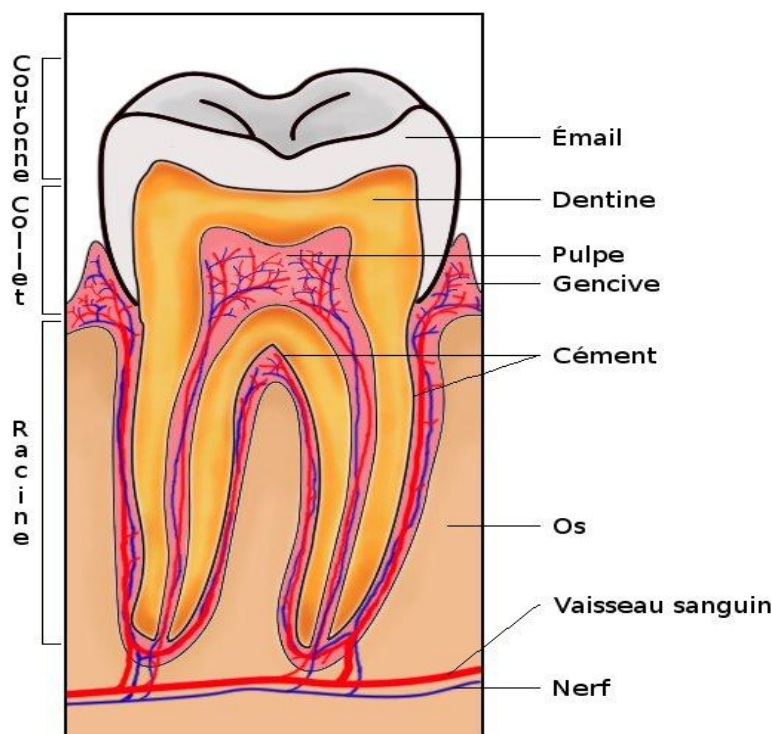


Figure 1: coupe frontale d'une dent [8]

II.1.1.2 LA CAVITE ORALE

i) Limites :

Elle est limitée en haut par le palais, en bas par le plancher buccal, latéralement par les arcades gingivo-dentaire et en arrière par l'isthme du gosier.

ii) Le contenu :

La grande partie de la cavité orale est occupée par un organe musculaire et muqueux, ovalaire à grande extrémité postérieure.

Elle est formée de 2 parties :

Partie fixe : racine (base).

Partie mobile : corps.

La langue est l'organe du goût et intervient dans la mastication, la déglutition et la phonation.

La langue a deux faces, la face supérieure (face dorsale) et la face inférieure (face ventrale), deux bords latéraux, une racine (base) et un apex (sommet). La Face supérieure est

rose, humide et présente des papilles gustatives, traversée par 2 sillons à savoir le sillon médian et le « V » lingual. La face inférieure présente au milieu le frein de la langue. Les bords latéraux répondent aux arcades dentaires, la racine regarde le pharynx, et l'apex est en contact avec les incisives.



Figure 2: la cavité orale [9]

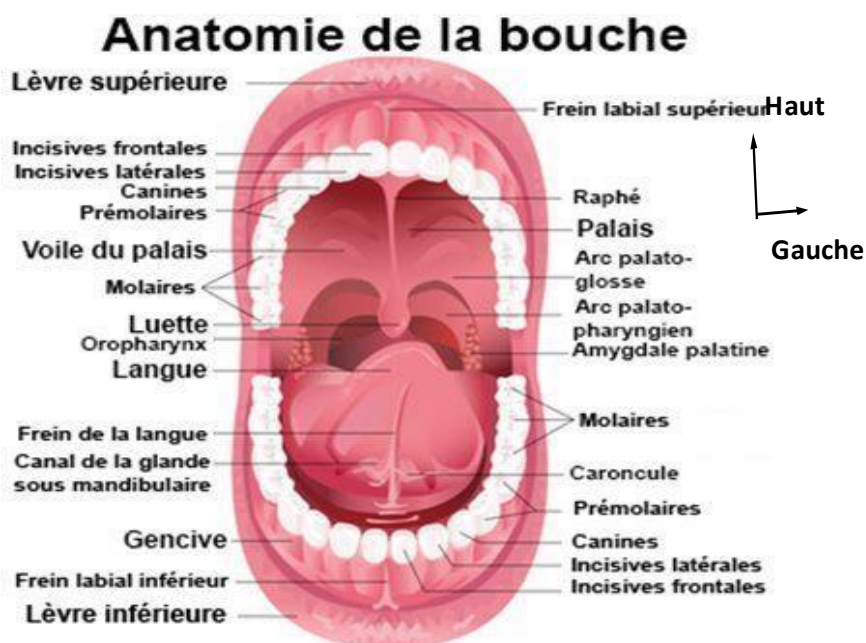


Figure 3: anatomie de la cavité buccale [10]

II.1.2. HISTOLOGIE DE LA CAVITÉ BUCCALE [11,12]

La muqueuse des lèvres et de la cavité buccale est recouverte d'un épithélium malpighien qui repose sur un chorion. Une membrane basale sépare l'épithélium du chorion. Selon sa topographie, l'épithélium peut être kératinisé ou non.

II.1.2.1 EPITHELIUM MALPIGHIEN

Il présente de nombreuses crêtes s'invaginant profondément dans le chorion. Cet épithélium est constitué essentiellement de kératinocytes, mais aussi de cellules dendritiques particulières qui sont les cellules de Langerhans et les mélanocytes.

a) Les kératinocytes

- Lorsque l'épithélium est kératinisé, il présente à décrire :
 - Une couche basale ou germinative (stratum germinatum), séparée du chorion par la membrane basale. Les cellules sont cubiques ou cylindriques pourvues d'un gros noyau, disposées en une ou deux assises. Elles assurent le renouvellement permanent des kératinocytes sus-jacents.
 - Une couche squameuse (stratum spinosum), située au-dessus de la couche basale. Les cellules sont polyédriques à gros noyaux et tendent à s'aplatir en surface. Des interstices inter- cellulaires traversés de petits ponts linéaires séparent les cellules entre elles.
 - Une couche granuleuse (stratum granulosum) qui est au-dessus de la couche squameuse. Les cellules sont plates, disposées en plusieurs assises, et contenant de nombreux granules de kératohyaline.
 - Une zone kératinisée (stratum comeum) faite de fines squames de kératine avec persistance par places de quelques noyaux résiduels ou d'espaces clairs.
- Lorsque l'épithélium est non kératinisé, le glycogène est abondant dans toutes les couches cellulaires.

b) Cellules dendritiques

Elles sont de 2 types : les mélanocytes et les cellules de Langerhans.

- **Les mélanocytes :** Ce sont des cellules étoilées qui sécrètent des pigments mélaniques. Elles peuvent se multiplier et entraîner une pigmentation brune de la muqueuse, dans certaines conditions pathologiques.

- **Les cellules de Langerhans** : Observées surtout dans la région supra basale et un peu dans le corps muqueux, ce sont des cellules globuleuses avec un cytoplasme clair abondant et un noyau allongé.
- **La membrane basale** : Elle sépare l'épithélium du tissu conjonctif sous-jacent. Cette membrane est composée de collagène, de glycoprotéine (laminine) et de réticuline.
- **Le tissu conjonctif** : Il est composé de fibroblastes, de Vaisseaux, de nerfs et de cellules immunocompétentes.
- **Les fibroblastes** : Ce sont des cellules allongées qui synthétisent les divers types de collagènes.
- **Les vaisseaux** Ils sont entourés d'une membrane basale à travers laquelle se font les échanges entre tissu conjonctif et cellules endothéliales.
- **Les nerfs** : Ils sont myélinisés ou amyéliniques
- **Les cellules immuno compétentes** : Ce sont les lymphocytes B, les lymphocytes T, les monocytes macrophages et les plasmocytes.

II.1.2.2 TOPOGRAPHIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE [12]

La structure histologique de la muqueuse buccale est différente selon la localisation

- a) **Au niveau des lèvres** : Il existe des invaginations très profondes de la couche malpighienne, correspondant à des papilles dermiques hautes et vascularisées.
- b) **Au niveau de la joue** : Le chorion a une texture lâche et l'épithélium n'est pas kératinisé.
- c) **Au niveau des gencives** : La kératinisation de l'épithélium est plus marquée sur la face vestibulaire que sur la face linguale.

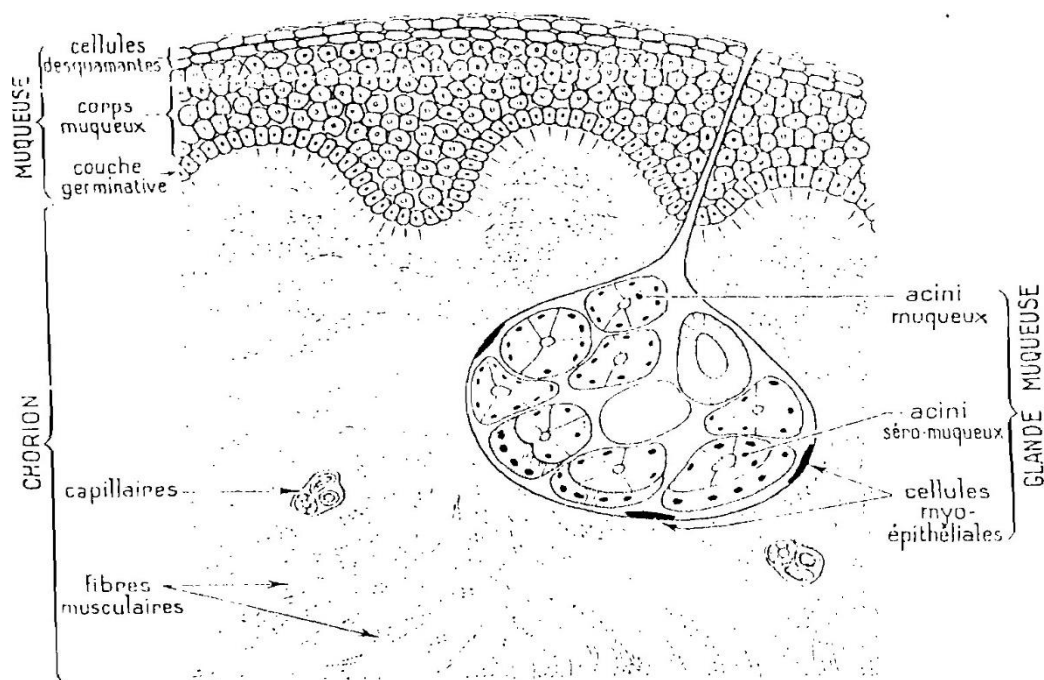


Figure 4: coupe schématique d'une muqueuse buccale [13]

II.2 ETIOLOGIE DES LÉSIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Les lésions de la muqueuse buccale sont d'origine variées. Elles peuvent être d'origine **génétique**, **congénitale**, **traumatique** (blessures mécaniques), lésion dues **aux agents chimiques** (alcool, eugénol, phénol résines acryliques, nitrate d'argent), dues à la chaleur (tabac, brûlures thermiques) d'origine **infectieuse** (bactériennes, virales, mycosique), dues à des **médicaments** (antibiotiques, méthotrexate, azathiopine, hydantoïne, cyclosporine...) **maladies auto-immunes**, **maladies systémiques** (maladies endocriniennes, maladies hématologiques maladies cutanées), des dépôts de **métaux et autre** (tatouage muqueux par l'amalgame, dépôt de bismuth).

II.3 CLASSIFICATIONS DES LÉSIONS DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE

II.3.1. Classification histologique des tumeurs bénignes des tissus mous de la cavité buccale

La classification des tumeurs bénignes de la cavité buccale est histologique, c'est-à-dire basée sur le type de tissu atteint.

II.3.1.1 LES HYPERPLASIES EPITHELIALES

i) Les papillomes [14,15,16]

Ce sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes de la cavité buccale, développées à partir de l'épithélium. Ils sont souvent d'origine virale en relation avec le virus HPV dont une cinquantaine de types a été individualisée actuellement.



Figure 5: papillome de la langue [17]

- **L'hyperplasie épithéliale focale ou maladie de Heck**

Cette affection décrite chez les amérindiens et chez les patients originaires du Maghreb est rare ; elle est caractérisée par la présence de koilocytes dans les couches superficielles de l'épithélium. Un facteur génétique en est probablement responsable.

- **Le syndrome de Goltz**

De multiples papillomes se retrouvent au niveau gingival, labial et buccal associés à une atrophie cutanée, une hyperpigmentation cutanée linéaire, des anomalies unguéales et dentaires.

- **La papillomatose orale floride**

Elle se caractérise par la prolifération de lésions papillomateuses dans la cavité buccale de façon souvent diffuse et exubérante. Il s'agit en fait le plus souvent d'un carcinome authentique très différencié.

ii) Les Condylomes

Les condylomes sont des verrues vénériennes développées dans la région ano-génitale. Ils peuvent être retrouvés au niveau de la cavité buccale. [15]

iii) La verrue

Ce sont des proliférations épidermiques contagieuses d'origine virale (associées à HPV-6 ou HPV-16), atteignant parfois la muqueuse buccale, souvent observées chez l'enfant par auto

inoculation à partir des verrues digitales. Cliniquement, elles siègent habituellement au niveau des lèvres et du vestibule, sous forme d'excroissance molle, en chou-fleur,

iv) Le kérato-acanthome

C'est une tumeur bénigne issue des structures pileuses. Elle siège sur les zones exposées du visage, la localisation labiale est aussi bien supérieure qu'inférieure. Elle est plus fréquente chez le sujet âgé, et touche plus l'homme que la femme. Cette néoformation saillante et fortement kératosique peut atteindre 1 à 2 cm de diamètre.



Figure 6: kératoacanthome du bord de la lèvre inférieure[17]

II.3.1.2 LES TUMEURS DU TISSU CONJONCTIF

Elles sont, à des degrés divers, associées à une hyperplasie du tissu conjonctif et peuvent réaliser des pseudo-tumeurs, et des tumeurs. Leurs caractéristiques varient en fonction du degré d'inflammation (botriomycome, fibrome...) [18]

1- Les pseudotumeurs de la muqueuse buccale

i) Le botriomycome [18]

C'est une prolifération exubérante de tissu conjonctif (bourgeon charnu) consécutive à une plaie muqueuse pouvant passer inaperçue. C'est une tumeur rouge, molle, pédiculée, saignant au moindre contact, recouverte d'une muqueuse inflammatoire avec un contingent vasculaire plus ou moins développé.



Figure 7: botriomycome de la pointe de la langue [17]

ii) Les diapneusies [18]

Ce sont des nodules fibro-épithéliaux bénins induits par des phénomènes d'aspiration, de succion ou de pulsion répétés de la muqueuse buccale le plus souvent au niveau de la face interne des joues mais également du bord de la langue ou du plancher de la bouche. Elles se développent aux dépens d'une zone d'édentation ou d'un diastème inter dentaire. Elles sont constituées de tissu conjonctif couvert d'une muqueuse normale.

iii) Les épulis [18]

C'est une pseudotumeur de la muqueuse gingivale plus fréquente chez la femme correspondant sur le plan histologique à une hyperplasie développée à la suite d'un facteur irritatif local. Elle se présente comme une lésion bourgeonnante, sessile ou pédiculée de coloration rouge vif arrondie ou ovale le plus souvent au niveau de la région incisivo- canine inférieure plus rarement entre les incisives supérieures et plus rarement encore dans la région molaire. Elle siège plus fréquemment sur la gencive vestibulaire mais elle peut déborder sur le versant palatin ou lingual pouvant alors aggraver un diastème préexistant. En fonction de l'intensité de l'inflammation, on décrit des épulis simples, inflammatoires, angiomateuses et fibreuses



Figure 8: épulis [17]

- **L'épulis à cellule géante**

Ces cellules géantes constituent un mode de cicatrisation. Les épulis ont une coloration brunâtre ; la radio rétro alvéolaire montre une décalcification localisée du rebord alvéolaire. Il faut penser à la possibilité d'une hyperparathyroïdie.

- **L'épulis gravidique**

Au cours de la grossesse, il existe presque toujours une stomatite érythémateuse. Cette inflammation gingivale apparaît dès le deuxième mois et se réduit à partir du huitième mois. Compliquant cette gingivite, l'épulis gravidique se présente comme une tumeur rouge violacée saignant au moindre contact et située au niveau des espaces inter dentaires. Cette tumeur s'épithélialise après l'accouchement laissant un nodule fibreux résiduel pouvant justifier son exérèse s'il est gênant. Par contre il faut éviter d'intervenir au cours de la grossesse car l'acte opératoire sera très hémorragique et la récurrence inévitable

- **L'épulis congénital [19]**

L'épulis congénitale survient de façon quasi exclusive chez la fille ; elle siège le plus souvent au niveau de la crête alvéolaire supérieure sur le versant labial. C'est un nodule rond ou ovale sessile plus rarement pédiculé.

De croissance habituellement limitée ou même susceptible de régresser spontanément, elle peut prendre un caractère exubérant responsable d'une gêne alimentaire voire même respiratoire justifiant alors en urgence une résection au laser. Cette tumeur possède des caractères histologiques proches de celles de la tumeur d'Abrikossoff et elle se distingue aisément des tumeurs angiomateuses.



Figure 9: épulis congénital du nouveau-né [17]

iv) **Les granulomes**

- **Granulome post-extraction** : ou épulis granulomateuse est un granulome qui apparait dans l'alvéole dentaire après une extraction. La cause est en général un corps étranger.



Figure 10: granulome d'une alvéole dentaire après extraction [17]

- **Granulome périphérique à cellule géante** : elle s'observe exclusivement sur les gencives des deux maxillaires. Ce n'est pas un néoplasie vrai mais une réaction tissulaire à des irritations locales réactionnelles à une denture mixte [17].



Figure 11: granulome périphérique à cellules géantes de la mandibule[17]

- **Les tumeurs bénignes vraies**

- i) **Les fibromes**

C'est la tumeur bénigne la plus fréquente de la cavité buccale avec pour origine le tissu conjonctif. Comme pour les diapneusies, leur cause est le plus souvent mécanique. Ces lésions fibro-épithéliales plus ou moins volumineuses apparaissent en regard des bords d'une prothèse instable ; c'est ainsi que cette hyperplasie fibreuse se retrouve au niveau des vestibules buccaux, parfois au bord antérieur du voile mou sous forme d'un sillon transversal plus ou moins ulcéré, bordé par un repli muqueux surélevé correspondant au bord postérieur de la prothèse [18].



Figure 12: fibrome de la muqueuse jugale[17]

ii) Les lipomes

Il s'agit d'une tumeur du tissu adipeux assez rare au niveau de la cavité buccale, située habituellement sur la muqueuse jugale. La masse est de consistance molle, donnant l'impression d'une fluctuation, mobile par rapport aux tissus voisins.

iii) Pathologies infectieuses et inflammatoires

- La Candidose papillomateuse hyperkératosique

Il s'agit d'une kératose nodulaire se présentant comme une plaque blanche surélevée bien limitée parfois bordée par une zone érythémateuse ou érosive, localisée au niveau de la zone muqueuse rétro commissurale, pouvant déborder sur le versant cutané de la commissure ou sur le dos de la langue.

- Les réactions inflammatoires pseudo-tumorales

Elles se situent au niveau des papilles foliées de la langue, ou au niveau de la partie antérieure du voile mou en regard du crochet de l'aile interne des ptérygoïdes.

II.3.1.3 tumeurs et hyperplasies vasculaires [20]

i) Les hémangiomes caverneux :

Ils sont caractérisés par une déformation de la muqueuse plus ou moins étendue ; la muqueuse est soulevée par une tuméfaction violacée molle à la palpation, sans caractère pulsatile ; la déformation parfois impressionnante contraste avec la bonne tolérance et il s'agit souvent d'une découverte fortuite lors de l'examen clinique de la cavité buccale. Ils ne justifient habituellement pas de traitement approprié du fait de la parfaite tolérance et de l'absence d'évolutivité.



Figure 13: hémangiome caverneux [17]

ii) Les lymphangiomes ou hémolymphangiomes

Ils siègent volontiers au niveau de la langue, la muqueuse linguale étant recouverte de multiples petites pseudo vésicules translucides et rosées. Elles peuvent être responsables de macroglossie justifiant alors à titre préventif une glossotomie partielle de réduction en raison des troubles de l'articulé dentaire qu'elles peuvent entraîner



Figure 14: lymphangiome de la langue [17]

iii) Les angiomes à haut débit artériel

Ils sont évoqués cliniquement sur leur caractère soufflant et expansif nécessitent une prise en charge par une équipe spécialisée.

II.3.1.4 Les tumeurs nerveuses [20]

i) Le Schwannome bénin

Il se présente sous la forme d'une tumeur aspécifique, sous muqueuse, de consistance molle à faible, dont la surface est lisse, parfois polyploïde. [17]



Figure 15: schwannome de la pointe de la langue[17]

ii) La maladie de Recklinghausen

Caractérisée par des schwannomes parfois multiples, associées entre autres à des taches café au lait.

iii) Les tumeurs d'Abrikossoffi ou tumeurs à cellules granuleuses

Ce sont des tumeurs habituellement uniques de coloration jaune ou blanchâtre, sous muqueuses, visibles en transparence travers l'épithélium.

II.3.1.5 TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES ACCESSOIRES [14, 16]

En dehors de la glande sublinguale, on retrouve des glandes muqueuses accessoires au niveau du versant muqueux des lèvres, des joues en particulier autour de l'orifice du canal de Sténon, de la face ventrale de la pointe de la langue et au niveau du voile mou.

i) Les kystes mucoides

Ils se présentent sous forme d'une néo-formation translucide plus ou moins volumineuse, bleutée, contenant à liquide mucoïde visqueux. Ils se rompent facilement mais récidivent. On retrouve ces kystes au niveau des sites des glandes salivaires accessoires, versant muqueux des lèvres, face ventrale de la pointe de langue le plus fréquemment. Au niveau de la glande sublinguale, ces kystes mucoides prennent le nom de grenouillette

ii) Les grenouillettes ou ranulas

Leur développement se fait habituellement au-dessus du muscle mylo-hyoidien de sorte que la tuméfaction apparaît sous forme d'une masse translucide bleutée dans le plancher de la bouche qu'elle déforme parfois de façon importante. Elle devient bilobée lorsqu'elle s'infiltré sous le frein de la langue. Parfois elle s'étend à travers les fibres du muscle mylo-hyoidien et son développement est alors mixte sus et sous mylo-hyoidien, dans la loge sous mandibulaire



Figure 16: une grenouillette [21]

iii) Les mucocèles [21]

Encore appelé kyste mucoïde, ils naissent des glandes salivaires accessoires ou de leurs canaux. Ce sont les kystes les plus fréquents, dus à la rupture d'un canal salivaire après traumatisme par morsure, et les mucocèles rétentionnelles plus rares, dont la pathogénie est une obstruction partielle du canal.

Cliniquement, ce sont des masses indolores, fluctuantes, arrondies et isolées dont le diamètre varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres.



Figure 17: mucocèle de la lèvre inférieure [21]

iv) Les adénomes pléomorphes

Ce sont les tumeurs les plus fréquentes des glandes salivaires accessoires. Elle apparaît sous forme de masse indolore, ferme et non adhérente. Le diagnostic de certitude se fera grâce aux examens complémentaires [14]

II.3.2. CLASSIFICATION SELON LES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES

En dermatologie, la lésion élémentaire traduit au plan morphologique le processus lésionnel et permet une classification de la pathologie. Dans la cavité buccale, on peut tenter une transposition des lésions élémentaires dermatologiques [22].

En pratique on adopte la classification simplifiée suivante : [23]

- **Les lésions blanches** : Ce sont des lésions de couleur plus blanche que la muqueuse normale adjacente, souvent légèrement surélevées et rugueuses [24]
- **Les lésions rouges** : ce sont des lésions de couleur plus rouge que la muqueuse normale adjacente
- **Les lésions pigmentées** : parfois dues à un pigment anormalement présent d'origine exogène ou endogène
- **Lésions vésiculeuses** : Les vésicules sont des collections liquidiennes à liquide clair ou hémorragique, de moins de 5mm. En bouche, toutes les infections vésiculeuses sont d'origine virales. [25].
- **Lésions bulleuses** : Une bulle est une collection liquidienne superficielle à contenu clair ou sérohématique de plusieurs millimètres de diamètre [26]. Elles font rapidement place aux érosions dans la cavité buccale.
- **Lésions pustuleuses** : Il s'agit d'un soulèvement circonscrit de la muqueuse, contenant du pus [27]
- **Erosions et ulcération non post bulleuses** : L'érosion est une perte de substance muqueuse, touchant uniquement l'épithélium, ne dépassant pas la membrane basale. L'ulcération quant à elle est une perte de substance muqueuse dépassant la membrane basale, touchant l'épithélium et le chorion [28]. En bouche il est souvent difficile de différencier une ulcération d'une lésion.
- **Tumeurs de la bouche**

En fonction de ces lésions élémentaires on obtiendra une classification des différentes pathologies retrouvées dans la cavité buccale. On obtiendra alors plusieurs formes cliniques.

II.4 LES FORMES CLINIQUES

En fonction des lésions élémentaires citées plus haut, on obtiendra les formes cliniques suivantes :

a) Les lésions blanches

Elles peuvent être kératosiques (dus à une anomalie du processus normal de kératinisation) ou non [26]

i) Lésions blanches non kératosiques

▪ Les candidoses orales

C'est la mycose la plus fréquente de la cavité buccale, provoquée par *Candida albicans*. Elle se manifeste par un dépôt blanc laiteux détachable, recouvrant une muqueuse érythémateuse inflammatoire. Les localisations préférentielles sont la joue, la langue et le palais. Il est habituellement asymptomatique en dehors d'une sensation de brûlure. [29]



Figure 18: candidose pseudomembraneuse se présentant sous la forme de plaques détachables au niveau du palais mou [30]

▪ Exfoliatio aerata linguae : langue géographique

Affection fréquente et bénigne se présentant sous la forme d'érythèmes avec liseré saillant blanchâtre. La lésion peut être localisée, unilatérale ou multiple. La cause pourrait être d'origine génétique. Généralement confinée au dos de la langue, la lésion peut migrer et parfois s'accompagner de localisations extra-linguales, ou d'une plicaturation de la langue. [29]



Figure 19: langue géographique [31]

- **Langue vilieuse noire ou chevelue**

Affection assez fréquente qui associe une accumulation de kératine au niveau des papilles filiformes et une coloration brune à noirâtre donnant cet aspect chevelu. La lésion peut intéresser le dos de la langue ou seulement l'avant du V lingual. [29]



Figure 20: photographie d'une langue noire vilieuse [32]

- **Leucoplasie vilieuse :**

Lésion fréquente due au virus d'Epstein-Barr (EBV), elle témoigne de manière caractéristique une immunodépression liée le plus souvent à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV). Elle se présente sous la forme de plaques blanches, confluence de stries verticales, non rugueuses au toucher et non détachables. Elles se localisent sur le bord de la langue, mais peuvent s'étendre sur le dos et la face ventrale de la langue. [31]

- **White sponge naevus ;**



Figure 21: photographie d'un hamatome spongieux muqueux [31]

- **La stomatite urémique**

La stomatite urémique est une complication rare de l'urémie due à l'avènement de la dialyse rénale qui peut survenir à la suite d'une insuffisance rénale avancée

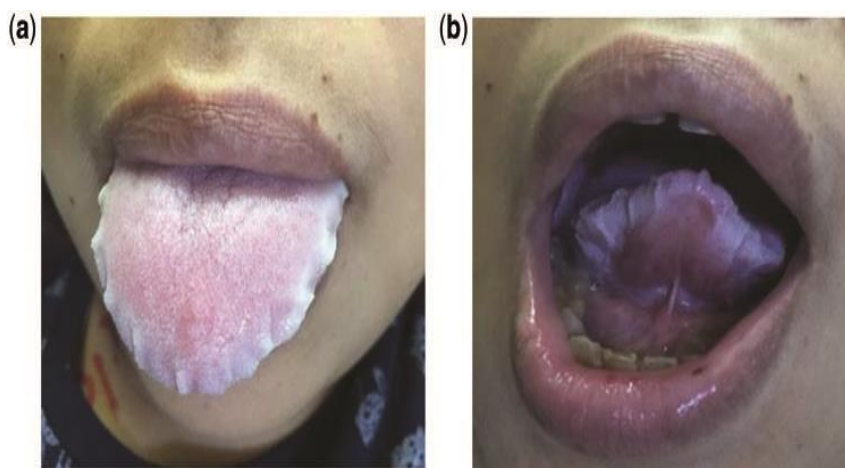


Figure 22: l'examen intraoral a révélé la présence de plaques blanches impliquant principalement les bordures latérales et la surface dorsale de la langue. (b) Plaques blanches impliquant le plancher de la bouche et les muqueuses buccales [32]

- **La ligne blanche (Línea alba)**

C'est un reliquat embryonnaire se manifestant par une ligne en relief horizontal au niveau du plan de morsure. Elle s'étend de la commissure labiale à la troisième molaire [24]



Figure 23: oral Línea alba [35]

- **Le leucoedème**

Le leucoedème est une teinte opalescente de la muqueuse jugale, qui a un aspect finement plissé dû à une augmentation de l'épaisseur de l'épithélium. [24]

- ii) **Lésions blanches kératosiques**

- **Les leucoplasies** : définies comme des lésions blanches de la muqueuse buccale de diamètre supérieur à 5mm qui ne disparaissent pas au grattage. Ce sont des kératoses souvent dues à un facteur irritatif externe [24].



Figure 24: une leucoplasie de la face ventrale de la langue [36]

- **Le lichen plan** est une maladie inflammatoire chronique pouvant être provoquée par différents stimuli. Il est plus fréquent chez les femmes [24].



Figure 25: lichen plan réticulé de la face interne de la joue gauche [37]

- **Syndrome de Zinsser-Cole-Engman ou dyskératose congénitale**
 - Kératodermies palmo-plantaires héréditaires
 - Le syndrome de Jadassohn-Lewandowsky ou pachyonychie congénitale
 - Le syndrome de Howell-Evans ou syndrome d'hyperkératose focale palmo-plantaire et de la muqueuse buccale
- **Maladies kératosiques** (lupus érythémateux, psoriasis...)
 - **Le lupus érythémateux** : qu'il soit cutané ou systémique, il est responsable de lésions kératosiques mais aussi érosives ou érythémateuses. Les kératoses lupiques sont histologiquement et cliniquement proches du lichen plan. Elles présentent une zone centrale atrophique érythémateuse entourée de stries blanchâtres périphériques légèrement surélevées. Les lésions se localisent plus fréquemment au niveau de la muqueuse jugale et quelques fois au niveau de la lèvre inférieure et du palais [36]
 - **Le psoriasis** : les lésions buccales sont des kératoses en plaques grises ou jaunâtre sur la muqueuse pérvilinguale ou jugale. [38]

b) Lésions rouges

- Erythroplasie orale : il s'agit d'une zone rouge de la cavité buccale, bien délimitée, qui ne peut être classée cliniquement ou histologiquement comme une inflammation ou une autre maladie, et dont l'histologie révèle une dysplasie ou un carcinome [44]

c) Aphtes et ulcérations buccales

i) Les aphtes [39]

L'aphte est une ulcération douloureuse et inflammatoire qui survient par poussées. On le distingue des autres par le fond déprimé nécrotique de couleur jaunâtre ou grisâtre, la base infiltrée, la netteté des bords et le halo érythémateux. Selon la taille du vaisseau atteint, l'aphte est plus ou moins profond. L'aphtose est caractérisée par des récurrences multiples évoluant par poussées de 3 à 10 jours. L'aphte est un symptôme banal puisque 50% de la population générale a au moins une fois dans la vie une poussée d'aphte et la prévalence des aphtes est de 10 à 65% suivant la population

- **La maladie de Behcet**

L'existence des aphtes buccaux est nécessaire pour poser le diagnostic de maladie de Behcet [38] les aphtes doivent être associés à deux des manifestations suivantes des ulcérations génitales, lésions oculaires, lésions cutanées, hyperergie cutanée [39]

- **L'aphtose buccale récidivante idiopathique**

Il en existe trois formes cliniques qui se différencient par la taille, la forme, le nombre et l'évolution des aphtes. [39]

- Aphtose buccale mineure
- Aphtose buccale herpétiforme
- Aphtose buccale majeure
- Les aphtoses buccales secondaires : il s'agit essentiellement des maladies inflammatoires du tube digestif, la maladie de Crohn, la maladie coeliaque, la rectocolite hémorragique.

ii) Ulcérations buccales

On distingue les ulcérations uniques et les ulcérations multiples.

- Ulcérations traumatiques

Il s'agit souvent d'une ulcération unique de taille, de siège, d'aspect variable, selon l'agent causal. Elle peut être due à une prothèse dentaire mal ajustée, une dent fracturée ou une morsure accidentelle.

- Sialométaplasie nécrosante

Affection bénigne des glandes salivaires le plus souvent accessoires

- Maladies systémiques

Le lupus érythémateux systémique. Des ulcérations buccales constituent un des critères de la maladie lupique.

Les vascularites ou maladie de Wegener, peuvent être révélées par des ulcérations palatines et gingivite. [41]

- Les hémopathies [39]
 - L'agranulocytose
 - La leucémie
 - Déficit en Fer, Zinc, Folate
- Les infections [42]

Elles peuvent être bactériennes, virales rarement parasitaires, ou dues à des mycoses profondes.

- La syphilis
 - La gingivite ulcéro-nécrotique
 - La tuberculose
 - L'herpès
 - La varicelle
 - Le VIH
-
- Ulcérations dues à des maladies dermatologiques [39]
 - Le syndrome de Stevens-Johnson
 - Le syndrome de Lyell
 - L'eczéma de contact

d) Lésions pigmentées [43]

i) Lésion pigmentée unique

- Le naevus naevovellulaire

Ils sont rares dans la muqueuse buccale et siègent préférentiellement sur le palais. Il s'agit habituellement d'une lésion maculeuse ou papuleuse, dont la teinte varie du bleu au noir.

- Le mélano-acanthome buccal

Tumeur épithéliale bénigne, considérée comme une forme rare de kératose saborrhéique.

- Le naevus de Ota

Caractérisé par une hyperpigmentation maculeuse bleu-gris unilatérale du visage, dans les territoires des 1^{ère} et 2^{ème} branche du nerf trijumeau avec atteinte de la muqueuse buccale.

- Tatouages muqueux

L'introduction volontaire ou accidentelle de corps étrangers dans la muqueuse buccale peut entraîner une pigmentation par tatouage. La situation la plus fréquente est celle du tatouage gingival par amalgame dentaire dû à l'inclusion du matériel dentaire métallique dans la gencive lors des soins.

- Lésions vasculaires

Certaines lésions vasculaires ou très vascularisées peuvent paraître pour des lésions pigmentées ou des tumeurs mélaniques, du fait de leur couleur rouge sombre ou noire. Il s'agit des angiomes, des brotryomycomes, et de l'angiomateuse éphitélinoïde bacillaire.

iii) Les lésions pigmentées multiples et diffuses

- Les macules pigmentées orales multiples
- Parfois associées à des lésions cutanées pigmentées et sont parfois le marqueur d'une affection cutané-systémique
- Le syndrome de Laugier-Hunziker
Pigmentation essentielle des lèvres et de la muqueuse buccale. Il s'agit de macules multiples dont la teinte est bleue mais peut varier du gris au gris-bleu
- Le syndrome de Peutz-Jeghers
C'est une genodermatose rare à transmission autosomique dominante associant les lésions cutanéomuqueuses pigmentées à une hamartomatose digestive
- Le syndrome de Léopard
- Autres (pigmentation ethnique, causes métaboliques, nutritionnelles et endocriniennes)

e) Lésions érythémateuses

Ce sont des zones dont la coloration est plus rouge que la zone avoisinante.

- L'érythroplasie :

Il s'agit d'une zone rouge de la cavité buccale, bien délimitée, qui ne peut être classée cliniquement ou histologiquement comme une inflammation ou une autre maladie, et dont l'histologie révèle une dysplasie ou un carcinome [44]

- Lésions érythémateuses de cause infectieuse [45]

Parmi les candidoses, **le muguet buccal** est fréquent chez l'enfant, il s'agit de la forme pseudomembraneuse avec des dépôts blanchâtres se décollant facilement et laissant place à une surface érythémateuse et érosive. **La candidose chronique** peut réaliser un érythème diffus ou des zones ressemblant à des pétéchies.

- Maladies dermatologiques [45]

- Le lichen plan dans sa forme érosive
- Le lupus érythémateux chronique
- Le psoriasis

- Les stomatites [46]

Ce sont des inflammations diffuses de la cavité buccale et des gencives, très souvent influencées par l'état local. Elles associent souvent plusieurs lésions élémentaires

- La stomatite érythémateuse simple
- La stomatite érythémato-pultacée
- La stomatite érosive
- La stomatite ulcérée
- Les stomatites nicotiques

f) Lésions bulleuses et vésiculeuse

i) Lésions bulleuses [47]

Dans la cavité buccale il est rare de voir des bulles, elles laissent rapidement place aux érosions. Les maladies bulleuses sont difficiles à différencier des maladies vésiculeuses. Elles peuvent être aiguës ou chroniques.

- Les lésions bulleuses aiguës : l'érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson, le syndrome de Lyell, l'angine bulleuse hémorragique
- Les lésions bulleuses chroniques : épidermolyse bulleuse, maladies bulleuses auto-immunes.
- Autres : la pemphigoïde bulleuse, l'épidermolyse bulleuse acquise, la dermatite herpétiforme

ii) Lésions vésiculeuses [48]

L'existence de lésions uniquement vésiculeuses oriente vers une origine virale.

- L'herpès : l'infection par Herpès virus 1 ou 2. Les lésions se présentent en bouquets de vésicules



Figure 26: vésicules et ulcérations dues à l'herpès chez un patient immunocompétent [49]

- La varicelle : due à une infection par le virus Varicelle-Zona qui est un herpès virus.
- Le Zona : conséquence de la réactivation du virus Varicelle-Zona qui après une varicelle, persiste dans différents ganglions nerveux sensitifs et va se réactiver sans cause particulière [50].
- L'hyper angine : causée par un coxsackie virus du groupe A.
- Le syndrome main-pied-bouche : causée par coxsackie A16

g) Lésions exophytiques

- **Lésions réactives/inflammatoires :**
 - Fibrome Il se traduit par une tuméfaction indolore, arrondie, sous muqueuse, bien limitée, de consistance ferme, de taille variable et le plus souvent sessile [50,51]
 - Granulome



Figure 27: granulome dentaire périapical fistulisé [49]

- **Mucocèle** : C'est la lésion la plus fréquente des glandes salivaires accessoires de la cavité buccale situées au niveau du versant interne des lèvres et des joues, du palais et de la langue. Il est le résultat d'un traumatisme au niveau des voies excrétrices [50]
- **Epulis fissuraire** c'est un aspect très particulier des pseudo - tumeurs inflammatoires de la région gingivale, réalisée par les irritations prothétiques chroniques. Le siège le plus habituel est le versant vestibulaire de la gencive, dans la région incisive en particulier au niveau du frein lingual [53].
- **Granulome périphérique à cellules géantes**

- **Epulis granulomateux** Neurofibrome



Figure 28: neurofibrome du bord de la langue [49]

▪ **Tumeurs bénignes**

- **Papillome oral** C'est une tumeur épithéliale se manifestant par une tuméfaction indolore, de couleur blanc-nacré, sessile, du volume d'une lentille, formée de fines digitations arborescentes d'aspect caractéristique [51,52]
- **Adénome pléomorphe** C'est une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire. Elle apparaît sous forme de masse indolore, ferme et non adhérente [51]
- **Lipome** C'est une tuméfaction jaunâtre évoquant facilement le diagnostic. Elle peut être sessile ou pédiculée. [53]
- **Schwannome**
- **Hémangiome** Ces tumeurs sont caractérisées par leur consistance et par leur teinte évocatrice [52]
- **Tumeurs nerveuses traumatiques**
- **Lymphangiome** C'est une tumeur généralement congénitale, traduite par une tuméfaction profonde surtout à la lèvre supérieure. Elle est de consistance ferme à peine dépressible et ne présente pas de risque hémorragique [53]
- **Adénome à cellules basales**
- Etc.

II.5 DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE : LA BIOPSIE

➤ Définition

La biopsie consiste à prélever un fragment tissulaire pour examen anatomopathologique afin d'apporter un diagnostic. Celle-ci sera réalisée le plus souvent sous anesthésie locale et sous conditions aseptiques [52].

Il existe de nombreux types ou techniques de biopsie : la biopsie simple, la biopsie exérèse, la biopsie extemporanée (ou biopsie per opératoire), la cytologie exfoliative, la cytoponction, la biopsie moléculaire et d'autres techniques particulières

➤ Indications de la biopsie

La biopsie est réalisable sur la majorité des lésions de la cavité buccale. Toutefois son indication est fonction de la localisation de la lésion.

La biopsie est contre-indiquée en cas de suspicion d'un angiome, car elle risque de provoquer une hémorragie. De même dans les lésions pigmentées, on lui préférera une exérèse d'emblée afin d'éviter les risques de dissémination d'un éventuel mélanome malin.

➤ Complications

Même quand toutes les précautions sont prises, il y'a un risque de complications. Telles que des hémorragies, des thromboses vasculaires, des infections, la lésion d'un organe, un nerf ou un vaisseau, une douleur persistante, et en cas de lésion maligne un risque potentiel de dissémination

➤ Suivi post-opératoire

Quelques jours après la biopsie, le patient doit être surveillé, le clinicien vérifie la plaie, le pansement, les fonctions vitales du patient. Le clinicien prendra en charge les éventuelles plaintes du patient et les séquelles (si elles sont présentes)

➤ Confection du document histologique

Après avoir réalisé le prélèvement,

- On réalise la **fixation** qui dans le formol dilué à 10% tamponné neutre si disponible, si non, on peut également mettre l'échantillon prélevé dans de l'eau ou de l'alcool, on l'emmène rapidement pour éviter l'ischémie.
- Ensuite, on étiquette l'échantillon
- Vérification de la fixation
- Vérification de la conformité entre le bulletin d'examen, l'identification et l'échantillon

Arrivé au laboratoire d'anatomie pathologique, le prélèvement subit une série de manipulations stéréotypées qui conduisent à la confection de bloc de paraffine, sécable au microtome :

- Après déshydratation dans différents alcools à la concentration croissante et passage dans le xylène, le fragment est inclus dans la paraffine chaude.
- Celle-ci se solidifie après refroidissement et on obtient un bloc que l'on coupe au microtome.
- Ces coupes sont ensuite éclatées sur lames de verre et colorées par la méthode de routine (hématoxyline-éosine, hématoxyline-éosine-safran : HES), éventuellement complétées par des techniques d'appoint qui permettent par exemple la détection d'une micro sécrétion (acide périodique Schiff : PAS ou bleu alcian) ou l'appréciation de la teneur en fibres de collagène, en réticuline ou en élastine d'un tissu conjonctif (trichrome de Masson, argentation de Vilder, orcéine).
- La durée totale de cette technique est de 2 à 5 jours selon la taille du fragment.

La coloration la plus communément utilisée est l'hématoxyline-éosine ou l'hématoxyline-éosine-safran. Les noyaux sont colorés en bleu-violet, les cytoplasmes en rose et le tissu conjonctif en rouge. D'autres colorations spéciales peuvent être utilisées :

- A la recherche des germes : Wiehl Nielsen (mycobactéries), PAS (muccopolysaccharides), Grocott (champignons et certains parasites), Gram (bactéries) ;
- Dans la visualisation des structures de cellules : orcéine (fibres élastiques), Giemsa (corps de Leishman), et bleu de Toluidine ;
- Dans la mise en évidence des dépôts : Fontana (mélanine), bleu alcian (mucine), rouge Congo.

CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES

III.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective.

III.2 durée d'étude

Elle s'est déroulée sur une durée de 08 mois, allant du mois d'octobre 2023 à Mai 2024.

III.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période allant d'Octobre 2023 à Mai 2024. Notre période de collecte des données allait de Janvier 2014 à décembre 2023 soit 10 ans.

III.4. Sites d'étude

L'étude a été menée dans les laboratoires d'anatomopathologie du Centre Hospitalier Universitaire, de l'Hôpital Central de Yaoundé, de l'Hôpital Général de Yaoundé, du Centre Pasteur du Cameroun et de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

III.5. Population d'étude

III.5.1. Population cible

Tout patient ayant bénéficié d'un examen anatomopathologique pour une lésion de la cavité buccale dans les laboratoires des sites retenus.

III.5.2. Population source

Tous les patients ayant été diagnostiqués porteurs de lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans les laboratoires d'anatomopathologie de Yaoundé entre Janvier 2014 et Décembre 2023.

III.5.3. Echantillonnage

III.5.3.1. RECRUTEMENT

Les participants ont été recrutés de manière consécutive et exhaustive.

III.5.4. CRITÈRES DE SÉLECTION

III.5.4.1. Critères d'inclusion

Les cas que nous avons retenu pour notre étude remplissaient les critères suivants :

- Patients dont les données étaient contenues dans les registres de données de la période allant du 01er janvier 2014 au 31 décembre 2023, sans distinction d'âge et de genre ;
- Résultats d'examen validés par un anatomopathologiste

III.5.4.2. Critères d'exclusion

- Données de patient incomplètes pour cause d'absence de données sociodémographiques ou morphologiques dans les registres ;
- Absence de lames et blocs de paraffine pour la vérification des résultats ;

III.6. OUTILS DE LA COLLECTE

III.6.1 matériel médical

- blouse blanche
- masques

III.6.2 matériels de rédaction et recueil des données

Nous avons utilisé pour ce travail, une fiche d'enquête, des stylos à bille, des crayons ordinaires, les gommes, un correcteur à bille, des livres, des revues et journaux scientifiques, des publications scientifiques, un ordinateur portable, un téléphone portable, une clé USB, et une imprimante

III.7. PROCEDURE

III.7.1. Considérations éthiques et administratives

Après validation de notre protocole de recherche par nos encadreurs, nous avons obtenu l'approbation et l'autorisation du Comité Institutionnel d'Ethique et de Recherche (CIER) de la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I (FMSB) en vue de l'obtention d'une clairance éthique.

Nous avons par la suite introduit par une demande d'autorisation de recherches auprès des responsables des formations sanitaires cibles à savoir le CHU, l'HCY, l'HGOPY, l'HGY et le CPC.

Sur une période de 03 mois nous avons recueilli nos données à partir des registres où étaient renseignées les informations des patients ayant été diagnostiqués d'une lésion bénigne des tissus de la cavité buccale, et remplissant nos critères d'inclusions. Les résultats de cette enquête n'ont été exploités que dans le cadre de la recherche.

III.7.1. Collecte des données sources d'information

Nous avons recueilli les données retrouvées dans les registres en suivant le canevas de la fiche d'enquête préétablie.

Après avoir renseigné les données sociodémographiques, nous nous sommes intéressés au diagnostic histopathologique, celui-ci était déjà validé et précisé dans le registre. Si ce n'était pas le cas, c'est-à-dire en cas de résultats non-précis ou non validé par l'anatomopathologiste, nous aurions redemandé un examen anatomopathologique avec les lames ou les blocs ayant été archivés et bien conservés

Les données obtenues durant l'étude sont restées confidentielles. Après correction de la thèse, nous déposerons le document final à la bibliothèque de la FMSB-UY1.

III.8. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 23.0 et du logiciel Microsoft Excel 2021. Le traitement de texte a été fait grâce au logiciel Microsoft Word. Les fréquences ont été présentées sous forme de pourcentage. Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé un seuil d'erreur de 5%. Les valeurs moyennes ont été exprimées avec leur intervalle de confiance à 95%.

Les valeurs ont été présentées sous forme de tableaux et de figures.

III.9. VARIABLES D'ETUDE

Les données recueillies ont été consignées sur une fiche technique recensant les caractéristiques suivantes :

- Sociodémographiques : âge, et genre ;
- Le type histologique de la lésion :
 - Lésion épithéliale, lésion du tissu conjonctif
 - Lésion des glandes salivaires accessoires
 - Lésions blanches
 - Autres lésions
- La localisation de la lésion :

- Lèvre supérieure ou inférieure
- Face interne des joues,
- Plancher buccal
- Palais dur et mou
- Pointe de la langue
- Bord latéral de la langue
- Face dorsale de la langue et face ventrale de la langue.
- Le diagnostic histologique :
 - Epulis
 - Papillome
 - Hémangiome
 - Botryomycome
 - Kératoacanthome
 - Verrue
 - Lipome
 - Granulome
 - Neurofibrome
 - Leucoplasie
 - Adénome pléomorphe
 - Mucocèle
 - Harmatome
 - Condylome
 - Angiome
 - Tumeur d'Abrikossofi
 - Condylome
 - Diapneusie
 - Ulcération traumatique
 - Lymphangiome

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. Recrutement des participantes dans l'étude

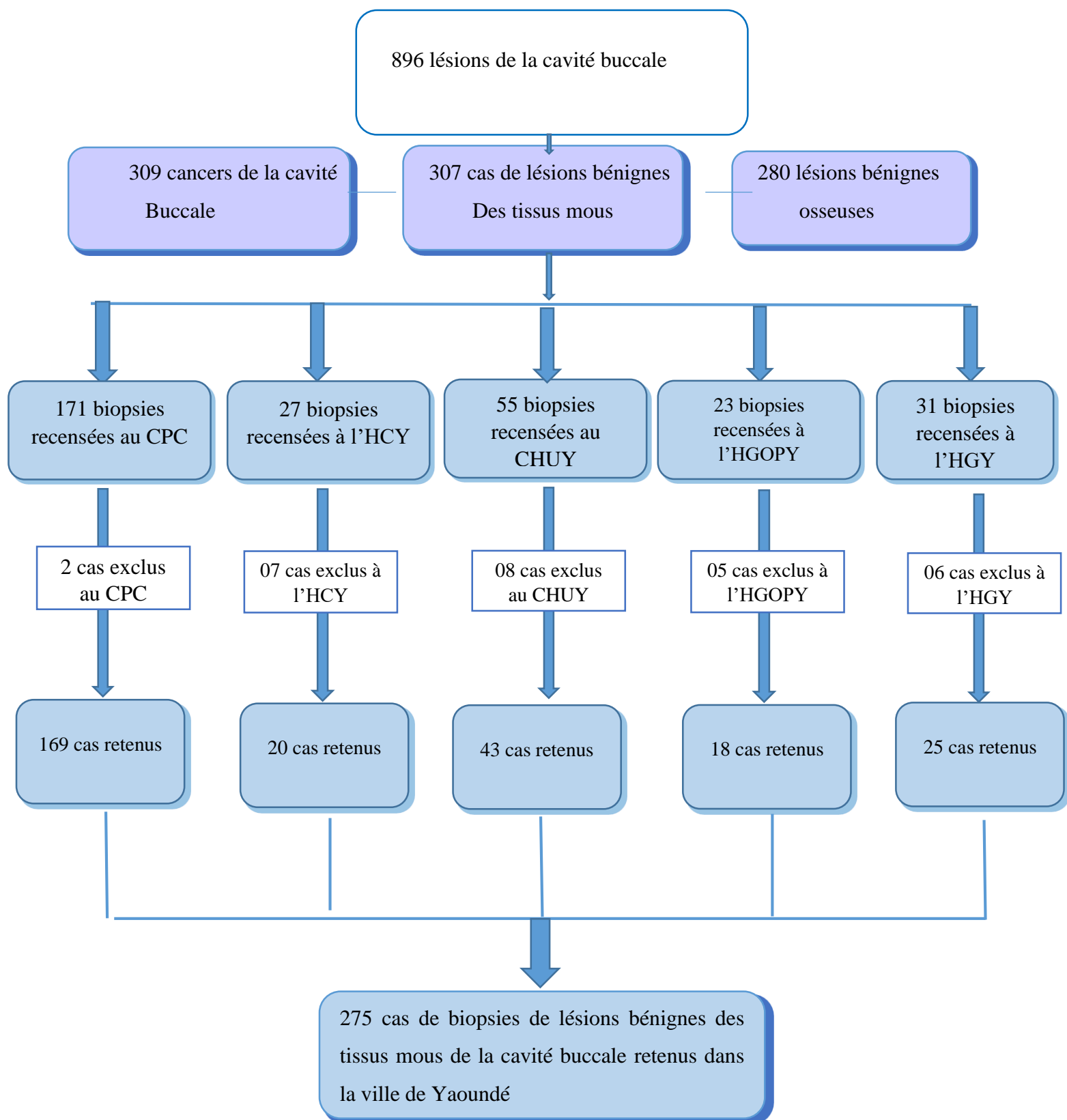


Figure 29: diagramme de recrutement

IV.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS AVEC LESIONS BENIGNES DE LA CAVITE BUCCALE

IV.1.1. Fréquence et incidence

Tout au long de notre étude, nous avons enregistré 896 cas de lésions de la cavité buccale dans les laboratoires d'anatomopathologie de nos cinq sites d'études de 2014 à 2023. Parmi ceux-là nous avons eu 307 cas de lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale, c'est-à-dire 33,8% de l'effectif total. Ceci signifie une **moyenne de 30,7 cas** par an. Avec un pic de 37 cas atteint en 2014 et une valeur minimale de 21 cas en 2023. Nous avons présenté le nombre de cas par année dans la figure suivante :

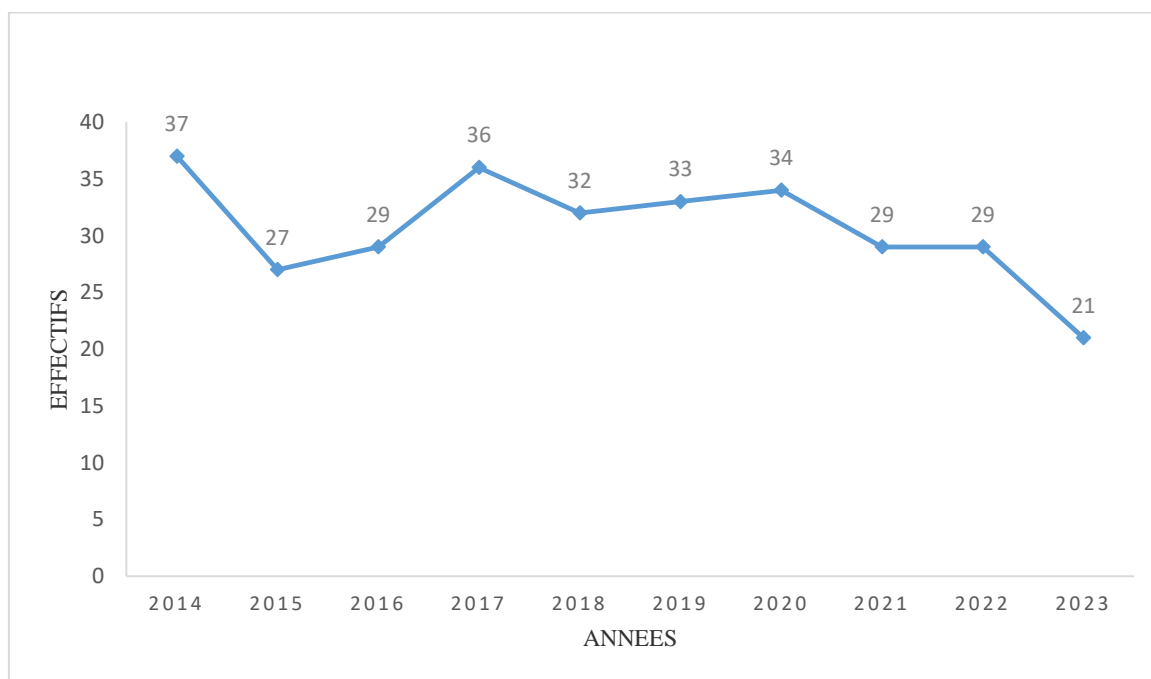


Figure 30: nombre de cas par années

IV.1.2. Répartition en fonction de l'âge des patients avec lésions bénignes des tissus mous.

Afin de faciliter l'interprétation des données relatives à la variable âge, nous l'avons regroupée en classes, ceci a conduit à l'obtention des dix classes d'âge comme présentées dans le graphique ci-dessous. Il ressort de l'analyse de ce graphique que notre population avait un âge évoluant entre 02 jours et 85 ans la classe d'âge la plus représentée dans le cadre de notre travail est celle des 0 à 10 ans et de 11 à 20 ans avec des pourcentages de population de 15,6% et 15,3% respectivement soit 43 patients et 42 patients. La moyenne d'âge était de 36 ans ($\pm 21,8$). Les classes les moins représentées étaient celles des individus ayant les âges compris entre 71 et 80 ans et ceux compris entre 81 et 90 ans, ces deux classes ont eu respectivement un pourcentage d'apparition de 4,7% (n=13) et de 0,7 % (n=02) comme peut le montrer le graphique ci-dessous

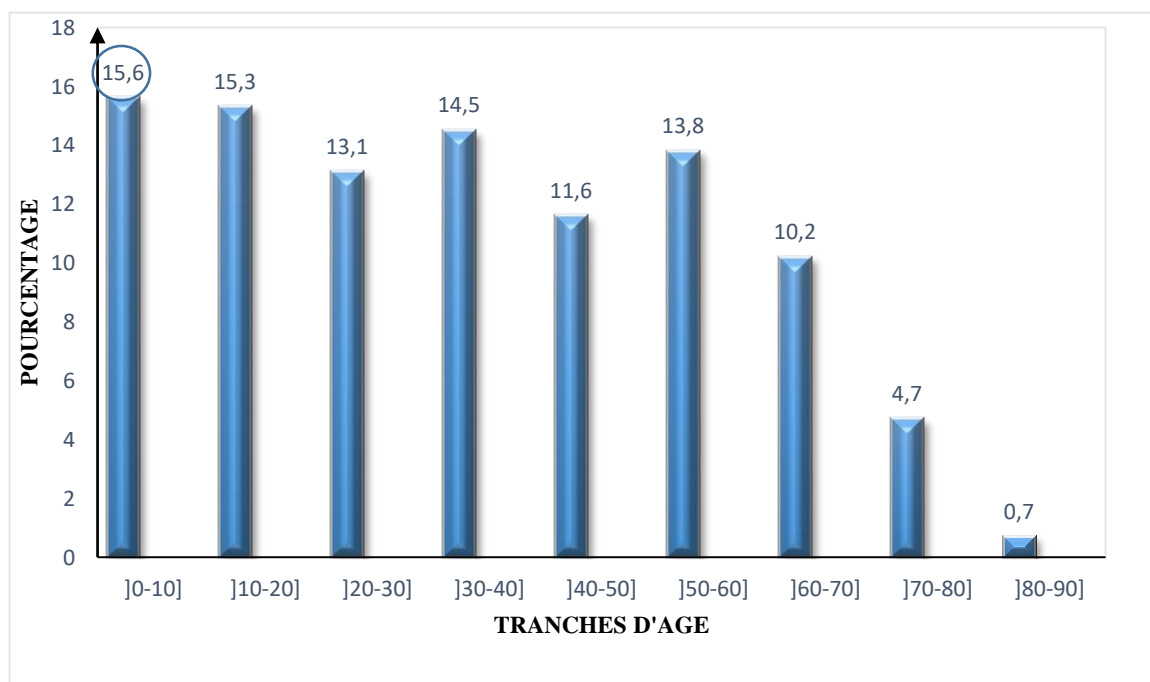


Figure 31 : répartition des cas retrouvés en fonction des tranches d'âge (%)

IV.1.3 répartition en fonction du genre des patients

La population d'étude était constituée en majorité de femmes. En effet comme le montre le graphique ci-dessous, pour un effectif de 275 patients, les femmes représentaient 53,1% (n=146) de cet effectif, et les hommes représentaient 46,9% (n=129) pour un sex- ratio de 0,88.

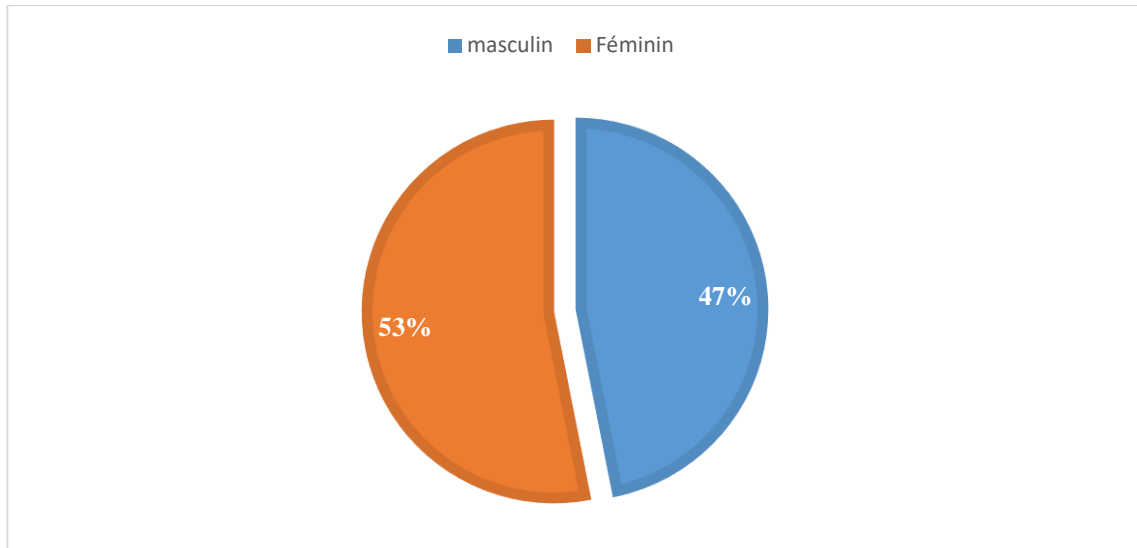


Figure 32 : répartition de la population d'étude en fonction du genre

IV.2. CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES

IV.2.1 répartitions des différentes localisations rencontrées dans la population

Durant notre étude nous avons enregistré plusieurs localisations pour les différentes lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale. Le diagramme suivant représente la répartition des localisations obtenues durant nos travaux. Il en ressort que la localisation la plus fréquente était la langue (30%), suivie des gencives (21,5%).

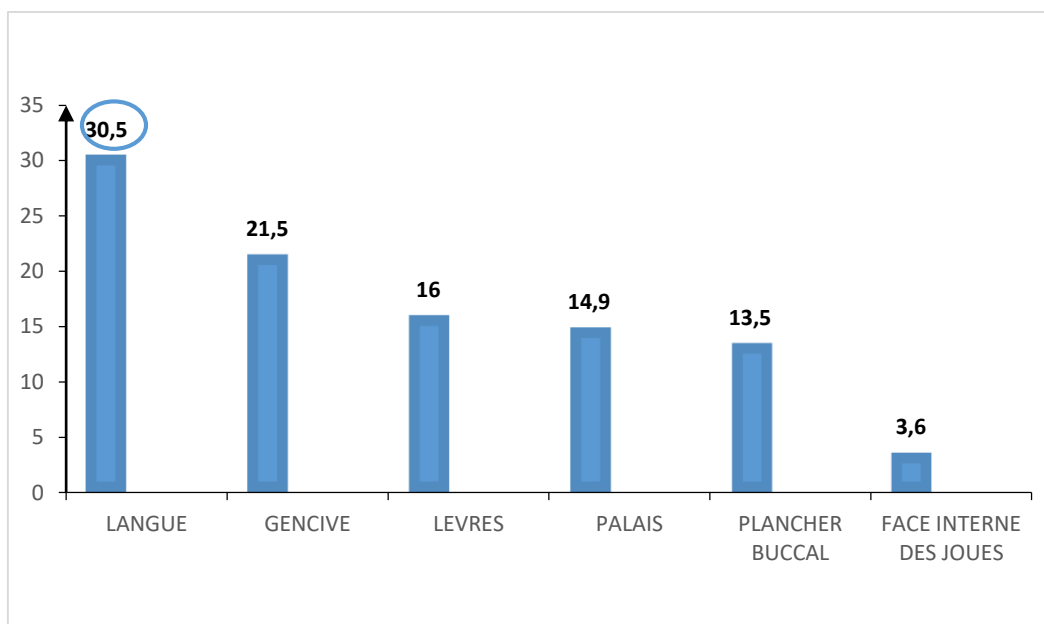


Figure 33: répartition des localisations des lésions dans la population

IV.2.2 Types histologiques

IV.2.2.1 Répartition des types histologiques dans la population

Le graphique ci-dessous présente la fréquence d'apparition des différents types histologiques recensés dans le cadre de notre étude. Les trois types présentant les fréquences d'apparition les plus élevées sur les 275 patients ayant fait l'objet de notre étude sont les types **Tumeur conjonctives, tumeurs épithéliales, les tumeurs vasculaires et les tumeurs des glandes salivaires accessoires** » qui ont eu des fréquences respectives de 39,3% (n=108), 34,2% (n=94), 14,5% (n=40) 4,7% (n=13). A contrario, le type histologique le moins fréquent était le groupe des lésions blanches avec une fréquence de 3,3%.

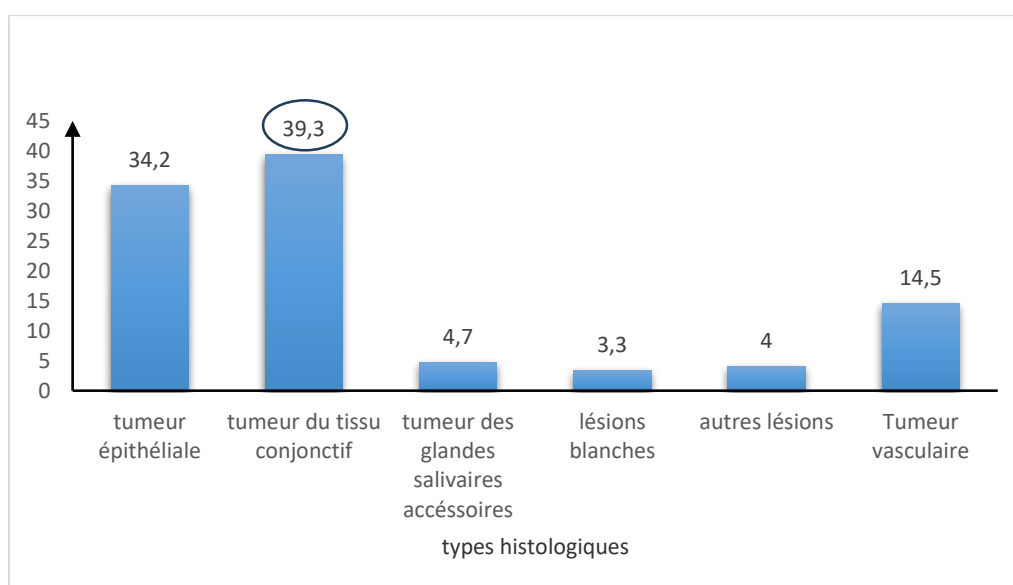


Figure 34: répartition de la population en fonction du type histologique (en %)

IV.2.2.1 Répartition des diagnostics par types histologiques

Les différentes lésions rencontrées peuvent être classées en fonction du type histologique qui leur correspond.

- **Tumeurs épithéliales**

Parmi les 94 tumeurs épithéliales recensées, les papillomes représentaient 84% des cas soit un effectif de 79.

Tableau I: diagnostics retrouvés dans les tumeurs épithéliales

Diagnostiques	Effectif (n=94)	Pourcentage (%)
Papillomes	79	84
Verrues	12	13
Condylomes	3	3
Total	94	100

- **Tumeurs conjonctives**

Durant notre étude nous avons obtenus 148 cas de tumeurs épithéliales, parmi lesquelles 47% (n= 37) étaient des épulis.

Tableau II: diagnostics retrouvés dans les tumeurs conjonctives

Diagnostics	Effectif (n=148)	Pourcentage(%)
Epulis	37	25
Neurofibrome	10	6,8
Angiome	14	9,5
T. d'Abrikossofi	2	1,4
Lymphangiome	5	3,4
Schwanome	3	2
Diapneusie	19	12,8
Lipome	8	5,4
Hémangiome	22	14,9
Fibrome	10	6,8
Botryomycome	12	8,1
Granulome	6	4,1
Total	148	100

T= tumeur.

- **Tumeurs vasculaires**

Sur l'ensemble des 40 lésions vasculaires enregistrées, 22 étaient des hémangiomes, pour un pourcentage de 55%, suivies des angiomes avec 35% (n=14). Comme le présente le tableau suivant :

Tableau III: diagnostics retrouvés parmi les tumeurs vasculaires.

Diagnostics	Effectif (n=40)	Pourcentage (%)
Hémangiomes	22	55
Angiomes	14	35
lymphangiomes	4	10
Total	40	100

- **Tumeurs des glandes salivaires**

Sur un effectif total de 13 lésions, les adénomes pléomorphes représentaient 84,6% des cas, soit un effectif de 11. Le tableau ci-après présente les différentes tumeurs vasculaires

Tableau IV: diagnostics retrouvés dans les tumeurs des glandes salivaires accessoires

Diagnostics	Effectif (n=13)	Pourcentage (%)
Adénome pléomorphe	11	84,6
Mucocèle	2	15,4
Total	13	100,0

IV.2.3 répartition des diagnostics rencontrés dans population

La répartition de la population de l'étude en fonction du diagnostic histologique posé est présentée dans le graphique ci-dessous. A l'analyse de ce graphique, il en ressort que le diagnostic le plus fréquent était le « Papillome » avec une fréquence d'apparition de 28,7% pour les 275 patients soit 79 patients de notre étude. Il est suivi par les diagnostics « Epulis » et « Hémangiome » qui présentaient respectivement des fréquences d'apparition de 13,5% soit 37 patients et de 8% soit 22 patients.

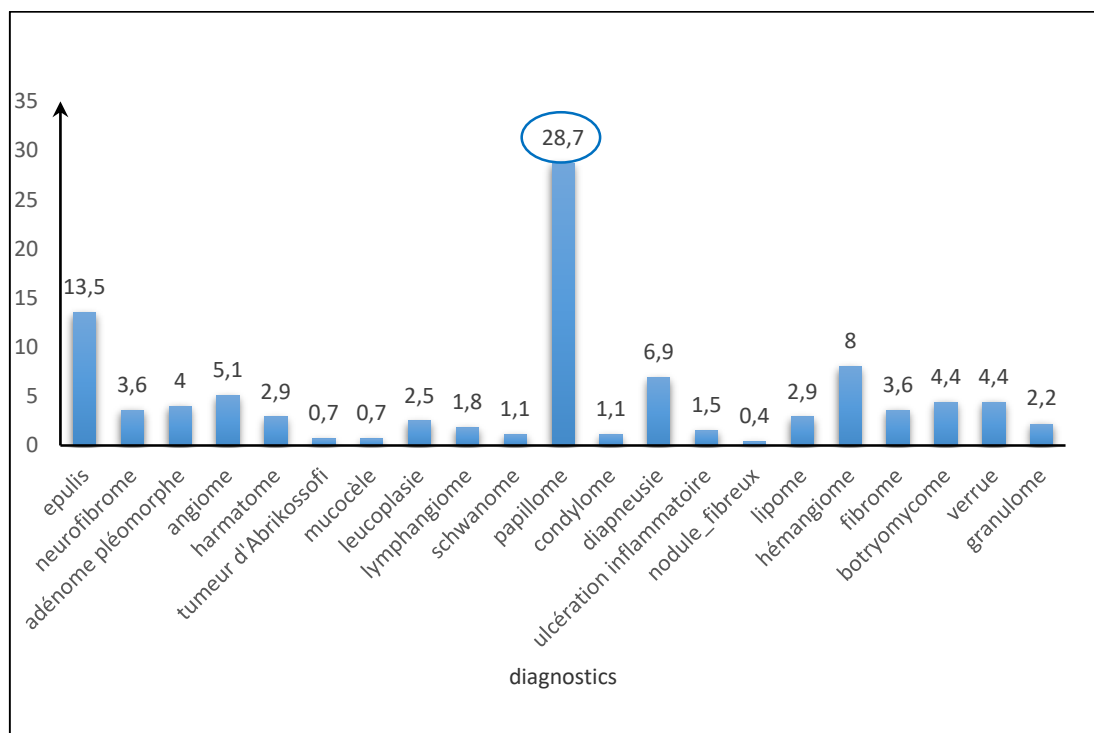


Figure 35: répartition de la population en fonction du diagnostic posé (en %).

IV.3. ANALYSES BIVARIEES

IV. 3.1. Répartition des diagnostics en fonction de données sociodémographiques

- **En fonction du genre des patients**

Le tableau ci-dessous présente la répartition des diagnostics en fonction du genre des patients. En ce qui concerne les cinq diagnostics les plus fréquents, il en ressort que : le papillome était plus représenté chez les femmes que chez les hommes (48,5% d'hommes et 51,9% de femmes), les femmes étaient plus touchées par les épulis que les hommes (29,5% d'hommes et 28,1% de femmes), les hémangiomes étaient plus retrouvés chez les femmes que les hommes (59,1,0% d'hommes et 40,9% de femmes) ;

Tableau V: répartition des diagnostics en fonction du genre (%)

Variables	Masculin (n=129) %	Féminin (n=146) %
Epulis	15 (40,5)	22 (59,5)
Neurofibrome	6 (60,0)	4 (40,0)
Adénome Pléomorphe	2 (18,2)	9 (81,8)
Angiome	9 (64,3)	5 (35,7)
Harmatome	3 (37,5)	5 (62,5)
Tumeur d'Abrikossofi	0	2 (100,0)
Mucocèle	1 (50,0)	1 (50,0)
Leucoplasie	4 (57,1)	3 (42,9)
Lymphangiome	4 (80,0)	1 (20,0)
Schwanome	2 (66,7)	1 (33,3)
Papillome	38 (48,1)	41 (51,9)
Condylome	0	3 (100)
Diapneusie	9 (47,4)	10 (52,6)
Ulcération Inflammatoire	3 (75,0)	1 (25)
Nodule_Fibreux	0	1 (100)
Lipome	4 (50,0)	4 (50,0)
Hémangiome	9 (40,9)	13 (59,1)
Fibrome	3 (30,0)	7 (70,0)
Botryomycome	5 (41,7)	7 (58,3)
Verrue	9 (75,0)	3 (25,0)
Granulome	3 (50,0)	3 (50,0)

• **En fonction de l'âge**

Le tableau dessous représente la répartition des diagnostics en fonction de l'âge. Il en ressort que les tranches d'âge les plus concernées par les différents diagnostics étaient pour les papillomes les personnes de **plus de 40 ans** pour les épulis la classe des **[20 -40] ans** en ce qui concerne les hémangiomes, les diapneusies et les angiomes il s'agissait **des moins de 20 ans**.

Tableau VI: Répartition des diagnostics en fonction de l'âge (%)

Variables	Moins de 20 ans	[20 ans ; 40 ans[40 ans et plus
Epulis	10 (27,0)	17 (45,9)	10 (27,0)
Neurofibrome	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)
Adénome Pléomorphe	0	3 (27,3)	8 (72,7)
Angiome	7 (50,0)	3 (21,4)	4 (28,6)
Harmatome	5 (62,5)	0	3 (37,5)
Tumeur d'Abrikossofi	2 (100,0)	0	0
Mucocèle	0	1 (50,0)	1 (50,0)
Leucoplasie	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)
Lymphangiome	2 (40,0)	3 (60,0)	0
Schwanome	1 (33,3)	0	2 (66,7)
Papillome	24 (30,4)	17 (21,5)	38 (48,1)
Condylome	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Diapneusie	8 (42,1)	5 (26,3)	6 (31,6)
Ulcération	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Inflammatoire			
Nodule_Fibreux	0	1 (100,0)	0
Lipome	0	3 (37,5)	5 (62,5)
Hémangiome	10 (45,5)	6 (27,3)	6 (27,3)
Fibrome	1 (10,0)	3 (30,0)	6 (60,0)
Botryomycome	0	7 (58,3)	5 (41,7)
Verrue	6 (50,0)	0	6 (50,0)
Granulome	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)

IV.2.4 répartition des diagnostics en fonction de la localisation

Le tableau suivant présente les localisations préférentielles des lésions bénignes de la muqueuse buccale. Il en ressort que les localisations préférentielles des cinq principaux diagnostics étaient respectivement : la langue, la gencive, les lèvres, la face interne de la joue, et la langue.

Tableau VII: Fréquence d'apparition des diagnostics en fonction des localisations (en %)

variables	Lèvres	Langue	Gencive	Palais	Face interne de la joue	Plancher Buccal
Epulis	0	1 (2,7)	34 (91,9)	1 (2,7)	0	1 (2,7)
Neurofibrome	1 (10,0)	3 (30,0)	0	3 (30,0)	0	3 (30,0)
Adénome Pléomorphe	2 (18,2)	0	0	8 (72,7)	0	1 (9,1)
Angiome	3 (21,4)	7 (50,0)	2 (14,3)	0	1 (7,1)	1 (7,1)
Harmatome	2 (25,0)	4 (50,0)	0	1 (12,5)	0	1 (12,5)
Tumeur d'Abrikossofi	0	2 (100,0)	0	0	0	0
Mucocèle	1 (50,0)	1 (50,0)	0	0	0	0
Leucoplasie	0	4 (57,1)	0	0	0	3 (42,9)
Lymphangiome	0	0	0	1 (20,0)	4 (80,0)	0
Schwanome	0	3 (100,0)	0	0	0	0
Papillome	11 (13,9)	36 (45,6)	8 (10,1)	15 (19,0)	1 (1,3)	8 (10,1)
Condylome	0	0	0	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Diapneusie	2 (10,5)	2 (10,5)	0	3 (15,8)	9 (48,6)	6 (14,6)
Ulcération Inflammatoire	0	0	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Nodule_Fibreux	0	0	1 (100,0)	0	0	0
Lipome	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0	1 (12,5)	4 (50,0)
Hémangiome	7 (31,8)	11 (50,0)	0	3 (13,6)	1 (4,5)	0
Fibrome	1 (10,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	0	2 (20,0)
Botryomycome	3 (25,0)	2 (16,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	0	3 (25,0)
Verrue	9 (75,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	0	0	0
Granulome	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	0	2 (33,3)

CHAPITRE V : DISCUSSION

V.1- LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Notre travail de recherche avait pour but de présenter l'aspect histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé. Pour ce faire, nous avons mené une étude descriptive à collecte rétrospective de Février 2024 à Avril 2024 dans les laboratoires d'anatomopathologie du CHUY, de l'HGOPY, de l'HCY de l'HGY et du CPC où nous nous sommes servis des registres contenant des informations nécessaires pour remplir notre fiche de collecte.

Cette étude a présenté des forces et des faiblesses durant tout son déroulement.

➤ Les forces

Les forces de cette étude ont été les suivantes

- La mise à notre disposition des registres et dossiers des patients par les personnels des différents laboratoires ainsi que de tout renseignements dont nous avons besoin
- L'existence des blocs de paraffine conservés
- Le bon état de certains registres

➤ Les limites

Bien que cette étude apporte des informations précieuses sur les lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale à Yaoundé, les limites mentionnées doivent être prises en compte pour l'interprétation des résultats et la conception de futures recherches.

- Le système de remplissage des registres où toutes les informations étaient parfois incomplètes
- Le mauvais état de certains registres
- La variabilité dans les techniques de prélèvements et d'analyses pouvant affecter la comparabilité des résultats.
- Certains laboratoires parmi nos sites ne réalisaient plus d'histologie depuis plusieurs années

V.2. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES

V.2.1. Caractéristiques épidémiologiques

Au terme de notre étude nous avons pu enregistrer un pourcentage de 34,2% de lésions bénignes des tissus mous, sur l'ensemble des lésions de la cavité buccale recensées. Nos résultats sont similaires à ceux de K. El Khatib et al au Maroc en 2011 où près d'un tiers de la population était atteint de lésions bénignes de la cavité buccale [57]. Ces chiffres pourraient s'expliquer par le fait que selon nos réalités sociales, les patients ne viennent pas en consultation hospitalière tant que la situation clinique ne semble pas grave ou alarmante donc beaucoup de lésions peuvent avoir échappé au diagnostic clinique et du fait que certains praticiens n'exigent pas toujours des examens anatomopathologiques devant une suspicion de lésion bénigne. Les patients quant à eux ne réalisent pas souvent des examens histopathologiques pour ces lésions en raison du cout de l'examen parfois supporté par le patient lui-même. Cependant, nos résultats sont contraires à ceux obtenus en 2013 par Renandon et Al en France qui durant leur étude avaient obtenu une proportion plus importante de lésions bénignes de la muqueuse buccale (86%) [55], et à ceux de D. Ouedraogo et Al au Burkina Faso en 2006 qui avaient trouvé 52 % de tumeurs bénignes de la muqueuse. Ceci pourrait s'expliquer par la différence d'attitude de leurs populations qui les pousserait à aller en consultation de façon plus courante et à effectuer les examens anatomopathologiques.

V.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

La répartition des diagnostics des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale varie considérablement en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patients, telles que l'âge et le genre.

- **Le genre**

Nous avons recensé 275 cas de lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale durant notre étude. Cette population était caractérisée par une prédominance féminine avec 53,1% de femmes et 46,9% d'hommes soit une sex-ratio H/F de 0,88. Des études montrent des résultats similaires c'est-à-dire une prédominance des lésions buccales bénignes des tissus mous de la cavité buccale chez un genre par rapport à l'autre. Par exemple, une étude menée en Inde par Byakodi et al. (2011) a révélé une prévalence plus élevée de lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale chez les femmes, attribuée à des facteurs hormonaux . [2]

Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés au Sénégal par Gassama et al. En 2019 où une prédominance féminine avait été observée avec un sex-ratio de 0,39 [4]. Ils sont cependant différents de ceux de Karim El Khatib et al. En 2011 (Maroc) où une prédominance masculine a été enregistrée avec un sex-ratio de 1,4 [57] ; et de ceux de Feng et al. (2015) en Chine qui avaient trouvé une prévalence plus élevée chez les hommes, liée à une plus grande exposition à des facteurs de risque comme le tabac et l'alcool. [3]

Cette différence pourrait s'expliquer dans notre cas par le fait que la population camerounaise comporte plus de femmes que d'hommes et que les habitudes de vie à risque sont moins rencontrées dans notre société.

- **L'âge**

La moyenne d'âge pour notre étude était de 36 ans ($\pm 21,8$). Avec des valeurs allant de la période néonatale à 85 ans. Une moyenne d'âge semblable avait été retrouvée en 2019 au Sénégal par Gassama et al (32 \pm 6 ans) [4]. Une moyenne d'âge similaire a également été retrouvée au Maroc en 2011 par K. El Khatib et al, [57] en effet durant leur étude, pour des valeurs allant de 9 à 80 ans, ils ont eu un âge moyen de 38 ans. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les individus de cet âge sont exposés à des lésions dues au stress, aux modifications hormonales et aux mauvaises habitudes de vie qui sont des étiologies des lésions bénignes de la muqueuse buccale.

La classe d'âge la plus représentée dans le cadre de notre travail était des]0 à 10 ans] et celle des 11 à 20 ans avec des pourcentages de 15,6 % et 15,3% respectivement.

Notre classe d'âge modale différait de celle de Gassama et al au Sénégal en 2019 qui était dans leur étude de 20 à 40 ans et également de la tranche d'âge obtenue lors de l'étude de K. El Khatib et al en 2011 au Maroc où la plus représentée était celle de 20 à 49 ans. [4] [57]. Ces résultats pourraient être dus au fait que cette tranche d'âge représente une période de la vie où les individus sont plus susceptibles d'être exposés à des facteurs de risque comme le tabac, l'alcool et le stress.

Cette différence de résultats dans le cadre de notre étude pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population camerounaise [58] et par la prévalence de lésions bénignes vasculaires congénitales ou pas chez les enfants. [59]

V.3. ETUDE DES CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES

V.3.1. Localisations des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale

Durant notre étude nous avons recensé de nombreuses localisations pour les différentes lésions bénignes.

Il a pu ressortir de là que la localisation la plus fréquente des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale était la langue (30%) ensuite c'étaient les gencives (21%). Notre résultat est similaire aux données de la littérature comme l'a décrit Beauvillain et al. En 2009 (France) qui présentaient une prédominance de la localisation linguale dans les lésions bénignes de la muqueuse orale. [15] ainsi que celle de Byakodi et al. (2011) dans laquelle la langue était le siège d'une proportion significative de toutes les lésions buccales bénignes, en raison de l'exposition constante de la langue à divers traumatismes et irritations. [2] D'autres localisations ont été trouvées dans d'autres travaux, c'est ainsi que Gassama et al. Ont trouvé en 2019 au Sénégal que la majeure partie (75%) des tumeurs bénignes étaient localisées au niveau de la gencive [4] La lèvre inférieure était concernée dans 15% des cas. Et K. El Khatib et al. Qui ont rapporté que les lésions siègent dans plus de 29 % des cas sur la muqueuse labiale avec une nette prédominance pour la lèvre inférieure ; La gencive vient ensuite avec 23 % des tumeurs bénignes de la muqueuse buccale, suivie par la langue et par la muqueuse jugale avec respectivement 19 % et 16 % des cas.

Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que la langue comporte plusieurs types de muqueuses à savoir la muqueuse spécialisée de la face dorsale de la langue et la muqueuse bordante représentée par la face ventrale de langue et peut être le siège de lésions multiples en raison de son exposition constante et de son implication dans de diverses fonctions comme la déglutition, la respiration, la mastication etc. A de nombreux traumatismes et peut également présenter de signes de maladies systémiques.

La grande représentativité des gencives peut s'expliquer par la fréquence élevée des épulis, les rapports avec les organes dentaires, de nombreux facteurs irritatifs locaux, tels que la plaque dentaire et les restaurations dentaires défectueuses, les prothèses dentaires ainsi qu'à des changements hormonaux chez les femmes en âge de procréer.

V.3.1 Types histologiques

V. 3.1.1. Répartition des types histologiques dans la population

Durant notre travail nous avons pu étudier la répartition des types histologiques dans la population. Le type histologique le plus représenté était les tumeurs conjonctives avec une fréquence 39,2%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le tissu conjonctif comporte plusieurs autres sous-groupes à savoir les tumeurs nerveuses, du tissu adipeux qui sont nombreuses. Le tissu conjonctif comporte également des cellules migratoires telles que les macrophages, les plasmocytes, les lymphocytes qui sont des cellules immunitaires. Nous notons que parmi les étiologies principales des tumeurs conjonctives on a le processus inflammatoire liées aux facteurs exogènes divers tels que les mouvements compulsifs répétés involontairement, les agressions bactériennes multiples sur la muqueuse). [60]

De nombreuses études présentaient également les tumeurs conjonctives comme le type histologique le plus fréquent c'est le cas de Gassama et Al au Sénégal en 2019[4] où l'examen histopathologique a montré une nette prévalence des tumeurs bénignes d'origine conjonctive représentant environ 81% des cas colligés. Cependant, Renaudon A. et al. En 2011 (France) avaient trouvé durant leur étude que l'histologie des lésions était dominée par ordre décroissant par les pseudotumeurs inflammatoires, les tumeurs épithéliales bénignes et ensuite les tumeurs conjonctives bénignes [55]

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société les populations peuvent être victimes d'irritations et d'infections de la muqueuse orale dû au fait qu'elles accordent moins d'importance au maintien de l'hygiène bucco-dentaire ;

V. 3.2. Répartition des diagnostics dans les types histologiques

- **Les tumeurs conjonctives**

L'étude des diagnostics retrouvés dans les tumeurs conjonctives a révélé que le diagnostic le plus fréquent était l'**épulis** avec un pourcentage de 25%. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Gassama et al. En 2019 au Sénégal et K. El Khatib et al en 2011 au Maroc. En effet ces études ont rapporté que l'épulis était la tumeur conjonctive la plus fréquente, suivie des diapneusies. Nous pourrions justifier ces résultats par le fait que les épulis ont des étiologies diverses, elles peuvent être causées par des facteurs irritatifs, la mauvaise

hygiène bucco-dentaire et les variations hormonales [4]. Il en découle alors plusieurs types à savoir l'épulis inflammatoire, l'épulis vasculaire, fibreuse, et à cellules géantes.

- **Les tumeurs épithéliales**

Parmi les tumeurs épithéliales rencontrées, **84% étaient des papillomes**. Cette prédominance des papillomes a également été retrouvée par Bouquot et al. Aux USA [61]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'HPV est sa principale étiologie et comporte plus de 200 génotypes différents dont 120 ont été enregistrés chez l'homme et au moins 25 ont été associés aux lésions orales [62]. Il se transmet par voie sexuelle mais aussi, lors de la période de vie intra-utérine et lors de l'accouchement. [63]

- **Les tumeurs vasculaires**

Nous avons enregistré une fréquence de **55% d'hémangiomes** sur l'ensemble des tumeurs vasculaires. Il s'agit en effet de la lésion prédominante dans ce type histologique. Dans notre série, les personnes âgées de]0-20] ans représentaient la tranche d'âge la plus fréquente. Ces résultats sont similaires à ceux de D. Ouedraogo et al. Au Burkina Faso qui avaient retrouvé dans leur étude que la tumeur vasculaire prédominante était l'hémangiome chez l'enfant de moins de 15 ans. [56]

- **Les tumeurs des glandes salivaires accessoires**

Nous avons enregistré 13 tumeurs des glandes salivaires accessoires durant notre étude dont 84,6% d'entre elles étaient des adénomes pléomorphes contre 15,4 % de mucocèles. Ces résultats sont comparables à ceux de K. El Khatib et al en 2011 au Maroc qui trouvaient que l'adénome pléomorphe était la lésion prédominante parmi les tumeurs des glandes salivaires accessoires [57] ; ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les adénomes pléomorphes se manifestent par d'importantes tuméfactions qui gênent la réalisation de certaines fonctions telles que la mastication et la déglutition qui peuvent être alarmantes et pousser les patients à consulter et à réaliser un examen anatomopathologique.

V. 3. 3. Etude de la répartition des diagnostics dans la population

Il était question pour nous durant notre étude de recenser les différentes lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale diagnostiquées après un examen anatomopathologique dans la ville de Yaoundé et ainsi nous avons pu mettre en exergue que les diagnostics les plus fréquents étaient « **Papillome** » (28,7%), « **Epulis** » (13,5%), « **Hémangiome** » Les autres lésions représentaient chacune un pourcentage faible inférieur à 8%. Des résultats similaires

sont retrouvés dans une étude de Kovac-Kovac et al. (2000) en Slovénie dans laquelle les papillomes représentaient la majorité des lésions bénignes diagnostiquées, suivis par les fibromes et les épulis [1].

Ces résultats sont cependant différents de ceux de Juliette Rousset en 2021 (France) et de Gassama et al au Sénégal (2019) où les lésions les plus fréquentes étaient les épulis suivies des diapneusies [64] [4].

Cette différence de résultats peut s'expliquer dans notre cas par l'augmentation des pratiques malsaines et la dépravation des mœurs dans notre société du fait de la mondialisation et de l'influence néfaste des réseaux sociaux qui entretiennent la transmission du Human Papilloma Virus et ces multiples types. Cette seconde position des épulis en terme de fréquence pourrait s'expliquer par le fait que dans notre population on retrouvait plus de femmes de que d'hommes, les femmes étant les plus concernées par épulis. [4]

V.5 DISCUSSION DE L'ANALYSE BIVARIEE

V.5.1. Répartition des diagnostics en fonction des données sociodémographiques

Chaque diagnostic rencontré présentait des variations en fonction des données sociodémographiques, nous allons discuter les résultats des trois lésions les plus représentées dans notre échantillon.

V.5.1.1. L'âge

- **Le papillome**

Notre étude a pu démontrer que la moyenne d'âge pour les papillomes était de 37,7 ($\pm 21,7$) ans. Ce résultat est inférieur à ceux de Juliette Rousset En 2021 en France [64] qui avait retrouvé une moyenne d'âge de 48,45 ans et à ceux de K. El Khatib et al. [57] Qui avaient obtenu un âge moyen de 43 ans.

La tranche d'âge la plus concernée par les papillomes étaient les personnes âgées de 40 ans et plus (54,3%). Nous avons également pu démontrer que à partir de 41 ans le taux de papillomes augmentaient avec 28,1% chez les]40-50] ans, 36,8% chez les]50-60] ans, et 42,9% chez les]60-70] ans.

Nos résultats sont comparables à ceux de Al-Khateeb et al. En 2009 en Jordanie, qui avaient retrouvé que le papillome oral touche le plus souvent l'adulte entre 35 et 50 ans. [65]

Cependant ils sont différents de ceux de Carneiro et al. Qui en 2009 au Brésil avaient une proportion importante de papillomes chez les personnes âgées de 20 à 30 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette étude ne comptait que 12 cas de papillomes. [66] D'autres études montrent également une prévalence des papillomes oraux chez les jeunes adultes, c'est le cas de de Byakodi et al. (2011) qui montraient une prévalence élevée chez les individus âgés de 20 à 40 ans, ceci était attribué à une plus grande exposition aux infections virales pendant les années de vie active et sociale. [2]

Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'infection peut rester asymptomatique pendant de nombreuses années avant de se manifester sous forme de papillome oral. De plus, le système immunitaire peut être moins efficace pour lutter contre le HPV à mesure que nous vieillissons.

- **Epulis**

La moyenne d'âge en ce qui concerne les épulis était de $38,2 \pm 23,8$ ans. Ces résultats sont semblables à ceux de K. El Khatib et al qui trouvaient une moyenne d'âge de 36,7 ans en ce qui concerne les épulis. Cette moyenne est cependant inférieure à celle trouvée par Juliette Rousset En 2021 en France [64]

La tranche d'âge la plus représentée était les adultes de 20 à 40 ans (45,9% des cas). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par K. El Khatib et al en 2011 (Maroc) où la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 20 et 30 ans [57]. Contrairement à Rousset en 2021(France) [64] qui avait trouvé que les épulis étaient rencontrées majoritairement chez les femmes âgées de 50 à 60 ans.

Nos résultats pourraient être justifiés par le fait que cette tranche d'âge représente la période où les femmes ont la plupart de leurs grossesses et sont soumises aux changements hormonaux qu'elles entraînent et qui peuvent causer des épulis.

- **Les hémangiomes**

En ce qui concerne les hémangiomes, la moyenne d'âge était de $31,4 \pm 20,9$ ans. Ces résultats sont similaires à ceux de K. El Khatib et al qui avaient retrouvé une moyenne d'âge de 30 ans pour les hémangiomes.

Durant notre étude les hémangiomes ont été enregistrés plus souvent dans la tranche d'âge des moins de 20 ans (45,5% des personnes de cette tranche d'âge présentaient un hémangiome)

Ces résultats sont en adéquation avec de nombreuses études dont celle de D. Ouedraogo et al. Au Burkina Faso en 2006 qui avaient identifié l'hémangiome comme la lésion bénigne des tissus mous la plus fréquente chez l'enfant. [56]

Ceci peut s'expliquer par le fait que les hémangiomes peuvent être classés comme infantiles (anciennement appelés juvéniles ou fraises) ou congénitaux. Les hémangiomes infantiles se développent au cours des 2 premiers mois de vie et présentent une prolifération rapide entre 6 et 12 mois, suivie d'une période d'involution lente. La plupart des hémangiomes régressent spontanément entre 6 et 9 ans. La majorité des hémangiomes disparaissent complètement, 10 à 20 % persistent cependant à l'adolescence ou à l'âge adulte [67]

V.5.1.2. Le genre

- **Papillome**

Avec un sex-ratio de 0,93, les femmes étaient plus atteintes par le papillome que les hommes (48,5% d'hommes contre 51,1% de femmes). Cette plus grande représentativité des femmes a été retrouvé par Carneiro et al en 2009 au Brésil qui retrouvaient une prédominance féminine. [69]. Contrairement à Frigerio M et al. En 2015 (Scandinavie) qui observaient une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,26 [68]. Cette différence peut s'expliquer par le fait de la forte sensibilisation réalisée essentiellement chez les femmes du Human Papilloma Virus et de sa prévention en Europe et en Asie. Les hommes seraient donc moins informés que les femmes à ce sujet comme l'a démontré une étude réalisée par Turhan E. et al en 2019 (Turquie) [70]. Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que certains types de HPV impliqués dans les lésions orales sont plus persistants chez l'homme que chez la femme, c'est le cas du type 16. [62]

- **Epulis**

L'épulis était plus présente chez les femmes que les hommes (59,5% chez les femmes contre 40,5% chez les hommes) soit un sex-ratio H/F de 0,7. Cette prédominance s'expliquerait, dans notre étude, par la fréquence élevée des cas épulis chez la femme due aux variations périodiques des cycles hormonaux, ainsi qu'aux grossesses [71]. D'autres études ont obtenu

des résultats semblables avec des sex-ratio de 0,6 dans le cas de Allon I et Al en 2014 en Israël, [72] et de 0,39 dans l'étude menée par Gassama et Al. Au Sénégal en 2019. [4]

- **Hémangiome**

Durant notre étude nous avons pu trouver une proportion plus élevée de femmes que d'hommes présentant des hémangiomes (59,1% chez les femmes contre 40,9% chez les hommes) ces résultats concordent avec ceux de Correa et al en 2007 (Brésil) [67] où il avait été trouvé que les femmes étaient plus atteintes que les hommes ceci pourrait s'expliquer par le rôle des facteurs hormonaux tels que l'œstrogène dans la survenue des hémangiomes, contrairement à l'étude menée au Maroc par K. El Khatib et al. En 2011 [57] qui a démontré une plus grande prévalence chez les hommes que chez les femmes (71% d'hommes et 29% de femmes).

V.5.2. REPATITION DES DIAGNOSTICS EN FONCTION DES LOCALISATIONS

La localisation des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale joue un rôle crucial dans le diagnostic, le traitement et la compréhension épidémiologique de ces pathologies. Cette discussion s'appuie sur les résultats obtenus dans cette étude ainsi que sur les données de la littérature existante pour fournir une analyse détaillée.

- **Papillome**

45,6% des papillomes étaient retrouvés sur la langue durant notre étude, il s'agissait en effet de sa localisation préférentielle.

Ces résultats sont différents de ceux de Frigerio M et al. En Scandinavie (2015) qui avaient enregistré une prédominance des papillomes sur le palais. [68]. Nos résultats concordent néanmoins avec ceux de K. El Khatib et al. En 2011 au Maroc qui avaient obtenus 57% des cas de papillomes sur la langue. [57]. Nous pourrions justifier nos résultats par le fait que la langue est un organe complexe soumis régulièrement à des différents agents irritatifs et pathogènes. Nous notons également que le virus du papillome humain (VPH) infecte les cellules basales de l'épithélium squameux stratifié qui sont exposées après une blessure ou un microtraumatisme [62]

- **Epulis**

Sa localisation la plus fréquente était la gencive avec 91% des cas comme retrouvé par K. El Khatib et al. Au Maroc en 2011 et par Rousset en 2021 en France qui trouvaient que les

épulis siégeaient exclusivement sur les gencives [57] [64]. Cette localisation peut s'expliquer par le fait que les irritations chroniques des gencives, les infections, les diastèmes et certaines hyperplasies gingivales peuvent contribuer à la formation d'une épulis.

- **Hémangiome**

La localisation la plus fréquente des hémangiomes était les lèvres avec 50% des cas retrouvés sur celles-ci. Ces résultats sont similaires à K. El Khatib et al. En 2011 [57] qui avait trouvé le plus grand nombre d'hémangiomes au niveau des lèvres et des joues. Nos résultats pourraient s'expliquer par la micro vascularisation importante au niveau de la muqueuse labiale et l'exposition des lèvres à de divers traumatismes divers et à sa proximité avec le milieu extérieur.

**CHAPITRE VI : CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VI.1. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'établir les aspects histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé. Pour ce faire, nous avons mené une étude descriptive à collecte rétrospective sur une période de dix ans allant de janvier 2014 à décembre 2023. Dans cinq hôpitaux et laboratoires de la ville de Yaoundé. Nous avons pour objectifs de recenser les lésions, de les classer par types histologiques, puis de présenter leurs répartitions suivant les données sociodémographiques et leurs localisations dans la cavité buccale. Il en est ressorti que :

- Le genre le plus représenté durant notre étude était le genre féminin et la tranche d'âge de]0 à 10 ans] était la plus fréquente.
- Sur l'ensemble des 275 lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale recensées, la plus fréquente était le papillome suivi de l'épulis et des hémangiomes avec pour type histologique respectifs les tumeurs épithéliales, les tumeurs conjonctives et les tumeurs vasculaires.
- Les lésions étaient localisées majoritairement sur la langue.
- Pour les trois diagnostics prédominants dans notre étude il en ressort que les papillomes étaient plus fréquemment retrouvées chez les personnes de plus de 40 ans, de genre féminin et avaient pour localisation préférentielle la langue. Les épulis étaient retrouvées chez les personnes âgées de 20 à 40 ans, de genre féminin et retrouvées majoritairement sur la langue. Quant aux hémangiomes, ils ont été rencontrés dans la tranche d'âge allant de 0 à 20 ans, chez les femmes et principalement retrouvés sur les lèvres.

Nous avons pu à la fin de notre étude avoir une meilleure compréhension de ces lésions ce qui facilitera leur diagnostic et leur prise en charge.

VI.2. RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé publique :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la santé bucco-dentaire et sur le fait de consulter au premier symptôme
- Promouvoir les campagnes de lutte contre les comportements à risque
- Mettre à la disposition des hôpitaux le plateau technique adéquat dans les laboratoires d'anatomopathologie
- Continuer la sensibilisation sur le HPV et son vaccin.

A la communauté scientifique

- Encourager à faire des études similaires sur un plus grand échantillon dans d'autres villes du pays

Aux responsables des formations sanitaires

- Améliorer le système d'archivage des données dans les services.

Aux médecins bucco-dentaires, ORL et anatomopathologistes

- Renforcer la prise en charge pluridisciplinaire
- Rechercher le diagnostic histologique avant la prise en charge des lésions tumorales
- Être plus précis sur la localisation d'origine du prélèvement envoyé au laboratoire
- Effectuer des counselings chez les patients

Au public

- S'orienter toujours vers un médecin à l'apparition du premier symptôme
- D'éviter l'automédication
- De consulter un médecin bucco-dentaire au moins deux fois par an

REFERENCES

1. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med.* 2000;29:331-5.
2. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health.* 2011;36(5):756-9.
3. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med.* 2015;44(7):490-4.
4. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2019 Jun; 26(2):37-41.
5. Kamina P. Livre d'anatomie. Paris: Masson; 2002.P66.
6. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Paris: Elsevier Masson SAS; 2017. P 32.
7. Istria N, Richbourg B. Anatomie sensitive de la face. *Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris) Médecine buccale.* 2008;28-020-P-10.
8. Netter F. Atlas d'anatomie humaine. Trad. de la 5e éd. originale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.P87.
9. Akintoye SO, Mupparapu M. Clinical Evaluation and Anatomic Variation of the Oral Cavity. *Dermatol Clin.* 2020.
10. Paulsen F, Waschke J, Sobotta J. Sobotta Atlas of Human Anatomy. 15th ed. Munich: Urban & Fischer; 2011.
11. Chomette G, Auriol M. Histopathologie buccale et Cervico-faciale. Paris: Masson; 1986.
12. Chomette G, Auriol M. Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires. *Encycl Méd Chir (Paris, Stomatologie).* 1991;22:007.

13. Wahl PN, Cohen B, Luthra UK, Torloni H. Types histologiques des tumeurs de la bouche et de l'oropharynx. Genève: OMS; 1971.
14. Dechaume M, Grellet M, Laudénbach P, Payen J. Précis de stomatologie. Paris: Masson; 1980. p. 45-66.
15. Beauvillain de Montreuil C, Dreno B, Tessier MH. Tumeurs bénignes et malignes des lèvres. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Oto-rhino-laryngologie*. 1998;20-625-A-10.
16. Ostwald C, Rutsats K, Schweder J, Schmidt W, Gundlach K, Barten M. Human papillomavirus 6/11, 16 and 18 in oral carcinoma and benign oral lesions. *Med Microbiol Immunol*. 2003;192(3):145-8.
17. Laskaris G. Atlas des maladies buccales. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1989. p. 264-314.
18. Suresh L, Radfar L. Oral sarcoidosis: a review of literature. *Oral Dis*. 2005;11(2):138-45.
19. Beauvillain C. Les tumeurs bénignes de la muqueuse buccale. In: Beauvillain C, Vaillant L, editors. *Pathologie de la muqueuse buccale*. Paris: Société française oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou; 2009. p. 305-25.
20. Lapid O, N-laco-levy R, Krieger Y, et al. Congenital epulis. *Pediatrics*. 2001;107(2):E22.
21. Laskaris G. Atlas des maladies buccales. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1989. p. 97-9.
22. Romanet P. Pathologie vasculaire en ORL. Rapport de la société française de ORL et de CCF. 2000.
23. Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Lésions élémentaires. In: *Précis de dermatologie et vénérologie*. Paris: Masson; 1990.
24. Callens A. Lésions élémentaires. In: *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 31-4.
25. Vaillant L. Lésions blanches. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 37-46.
26. Vaillant L. Lésions bulleuses. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 75-86.

27. Beauvillain C, Vaillant L. Pathologie de la muqueuse buccale. Paris: Société française oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou; 2009. p. 56-8.
28. Callens A. Les lésions élémentaires. In: Vaillant L, Goga D, editors. Dermatologie buccale. Paris: Doin; 1997. p. 31-4.
29. Vaillant L, Jan V, Huttenberger B. Ulcération de la muqueuse buccale. Ann Dermatol Venereol. 1999;126:853-9.
30. Kuffer R. Lésions blanches non ou peu kératosiques. La muqueuse buccale de la clinique au traitement. Paris: Med'com; 2009. p. 70.
31. Lewis MAO, Williams DW. Diagnosis and management of oral candidosis. Br Dent J. 2017;223(9):675-81.
32. Chaubal T, Bapat R. Geographic Tongue. Am J Med. 2017;130(12):e533-4.
33. Hamad Y, Warren DK. Black Hairy Tongue. N Engl J Med. 2018;379(10):e16.
34. Iamaroon A, Pongsiriwet S. Oral White Sponge Naevus: Case Report. Dent Update. 2003;30(5):252-3.
35. Liao CY, Wu CC, Chu PL. Uremic stomatitis. QJM. 2017;hcx007.
36. Ferreli C, Giannetti L, Robustelli Test E, Atzori L, Rongioletti F. Linear white lesion in the oral mucosa. JAAD Case Rep. 2019;5(8):694-6.
37. Palmerín-Donoso A, Cantero-Macedo AM, Tejero-Mas M. Leucoplasia oral. Aten Primaria. 2019.
38. Hamour AF, Klieb H, Eskander A. Oral lichen planus. CMAJ. 2020;192(31):E892-2.
39. Mamet M. Lésions de la muqueuse buccale: clinique et traitement. Sci Pharm. 2012.
40. Mhalla S, Revus J. Ulcérations et aphtes buccaux. In: Vaillant L, Goga D, editors. Dermatologie buccale. Paris: Doin; 1997.
41. International study group for Behcet's disease. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. Lancet. 1990;335:1078-80.
42. Boisnic S, Biaggi A. Pathologie de la cavité buccale. Ann Pathol. 1992;12(5):303-13.
43. Laskaris G. Atlas des maladies buccales. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1889.

44. Lacour JP. Lésions pigmentées. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 47-55.
45. Balciunas BA, Kelly M, Siegel M. Clinical management of common oral lesions. *Cutis*. 1991;41:31-6.
46. Callens A. Les lésions érythémateuses. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 69-74.
47. Vaillant L. Lésions bulleuses. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 74-86.
48. Lorette G. Lésions vésiculeuses. In: Vaillant L, Goga D, editors. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 87-93.
49. Westley S, Seymour RA, Staines K. Recurrent intra-oral herpes simplex 1 infection. *Dent Update*. 2011;38
50. Malhalingam R, Wellism M, Wolf W, et al. Latent Varicella-zoster viral DNA in human trigeminal and thoracic ganglion. *N Engl J Med*. 1990;323:627-31.
51. Flot P, Picard JT, Helly M, Chassagne JF, Grunennwald J. Traitement des angiomes de la mandibule. *Ann Méd Nancy Est*. 1981;20:485-6.
52. Freidel M, Rougier M. Affection des lèvres. *Encycl Méd Chir (Paris, Stomatologie)*. 1985;22054 A10:1-10.
53. Vigneul JC, Lezy JP. Affections du plancher de la bouche. *Encycl Méd Chir (Paris, Stomatologie)*. 1986;22056 A10:1-7.
54. Vaillant L, Goda D. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997. p. 24-30.
55. Renaudon, A., Gouget-Audry, I., Baranes, M., Dame, M., Maire, T., Poulesquen, V., & Alantar, A. (2013). Prévalence et topographie des lésions de la muqueuse buccale : à propos de 256 biopsies. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, (261), 29–32.
56. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.*, Vol. 13, n° 2, 2006, pp. 52-56.
57. El Khatib K, Guerrouani A, Hajji F, et al. Tumeurs bénignes de la cavité buccale: étude rétrospective de 209 cas. *Med Buccale Chir Buccale*. 2011;17:115-9.
58. Institut National de la statistique. *Annuaire statistique du Cameroun ; Edition 2019 CHAP 3 caractéristiques de la population* p23-29.

59. TANAKA N., MURATA A., YAMAGUCHI A., KOHAMA G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics USA ; DA. 1999 ; Vol. 88 ; N° 1 ; pp. 11-15.
60. Beauvillain C, Vaillant L. Pathologie de la muqueuse buccale. 2009. Société français oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Editeur p 307-330.
61. Bouquot JE, Gundlach KK. Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of ages. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;62:284–91.
62. Syrjänen S. Human papillomavirus infections and oral tumors. Med Microbiol Immunol 2003 ;192 :123-8.
63. TSENG CJ, Liang Cc, Soong YK, Pao Cc, perinatal transimission of humanpapilloma in infants: relationship between infection rate and mode of delivery. Obstet Gynecol 1998; 91-96.
64. Rousset J. Étude rétrospective des lésions des muqueuses orales au sein d'un service de consultation spécialisé du CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2021: ffdumas-03431439.
65. Al-Khateeb TH. Benign oral masses in a Northern Jordanian population a retrospective study. Open Dent J. 2009 ; 3 :147-153.
66. Carneiro TE, Marinho SA, Verli FD, Mesquita AT, Lima NL, Miranda JL. Oral squamous papilloma: clinical, histologic and immunohistochemical analyses. J Oral Sci. 2009; 51:367-372.
67. Corrêa, P. H., Nunes, L. C. C., Johann, A. C. B. R., Aguiar, M. C. F. de, Gomez, R. S., & Mesquita, R. A. (2007). Prévalence de l'hémangiome buccal, des malformations vasculaires et des varices dans une population brésilienne. Recherche orale brésilienne, 21(1), 40-45.
68. Frigerio, M., Martinelli-Kläy, C. P. et Lombardi, T. (2015). Etude clinique, histopathologique et immunohistochimique des papillomes épidermoïdes buccaux. Acta Odontologica Scandinavica, 73(7), 508-515.
69. Carneiro TE, Marinho SA, Verli FD, Mesquita AT, Lima NL, Miranda JL. Oral squamous papilloma: clinical, histologic and immunohistochemical analyses. J Oral Sci. 2009; 51:367-372.
70. Turhan E., Cetin S., Cetin M., Abacigil F. Niveaux de sensibilisation et de connaissances des personnes de 18 ans et plus concernant le virus du papillome humain (VPH) et le vaccin contre le VPH à Hatay, Turquie. J. Cancer Educ. 2019 ; 34 :234.

71. Piette E, Harkemanne JM, Reychler H. Le papillome inversé: un diagnostic rare pour le chirurgien maxillofacial. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1987 ;88(2) :133-3.
72. Allon I, Kaplan I, Gal G, Chaushu G, Allon DM. The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Buccal*. 2014 ;19(5) :438-43

ANNEXES

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref. : N° 0890 /UY1/FMSB/VDRC/DAASR/CSD

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUIN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : ABBO YAMPILI DJUICHOU SERANGE

Matricule: 17M191

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Pr MENDIMI NKODO Joseph-Marie
- ♦ Pr KABEYENE OKONO Angèle
- ♦ Dr KWEDI Karl Guy Grégoire
- ♦ Dr NDOUMBA AFOUBA Alice Ghislaine

Concernant le projet de recherche intitulé : **Aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé**

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole.


La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées.

En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRÉSIDENT DU COMITE ETHIQUE



[Signature]

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE</p> <p>HUMILITE - INTEGRITE - VERITE - SERVICE</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL</p> <p>HUMILITY - INTEGRITY - TRUTH - SERVICE</p>
--	---	--

**COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)**

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 622 /CIERSH/DM/2024

CLAIRANCE ETHIQUE



Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 21 février 2024, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « **aspects histopathologiques des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé** » soumis par l'étudiant ABBO YAMPILI DJUICHOU SERANGE.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

ABBO YAMPILI DJUICHOU SERANGE devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.


Yaoundé, le **28 FEV 2024**

LE PRESIDENT



Prof MBU Robinson
Directeur Général
HGOPY

N°1827 ; Rue 1564 ; Ngousso ; Yaoundé 5ème
BP : 4362 Tél. : 242 05 92 94 / 222 21 24 33 / 222 21 24 31 Fax : 222 21 24 30
E-mail : hgopy@hotmail.com / hgopy@hgopy.cm

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail - Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE</p> <p>DIRECTION GENERALE</p> <p>BP 5408 YAOUNDE - CAMEROUN TEL : (237) 22 21 31 61 FAX : (237) 22 21 20 15.</p> <p>N/Réf.: 169-24 /HGY/DG/DPM/APM-TR.</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace - Work - Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>YAOUNDE GENERAL HOSPITAL</p> <p>GENERAL MANAGEMENT DEPARTMENT</p>
--	---	--

Yaoundé, le **12 MARS 2024**

Le Directeur Général
A/TO

Madame ABBO YAMPILI DJUICHOU Serange
Etudiante en 7^{ème} année de Médecine Bucco-Dentaire – Mle 17M191
FMSB – UNIVERSITE DE YAOUNDE I

Objet/subject :
V/demande d'autorisations de recherches.

Madame,

Nous accusons réception de votre correspondance du 05 février 2024 relative à l'objet porté en marge.

Y faisant suite, nous marquons un avis favorable pour que vous effectuiez vos travaux des recherches au service ANATOMO-PATHOLOGIE de l'Hôpital Général de Yaoundé dans le cadre de votre étude portant sur : « Aspect histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé »

Cette étude sera supervisée par le Docteur MENZY, médecin anatomo-pathologiste.

Pendant la durée des recherches, vous observerez le règlement intérieur de la formation hospitalière. Toutefois, les publications se rapportant à ce travail devraient inclure les médecins de l'Hôpital Général de Yaoundé

Recevez, Madame, nos salutations distinguées./-



Le Directeur Général,
Le Directeur Général Adjoint

Prof. EYENGA Victor

Copies :

- DPM
- Chef service Anatomopathologie
- Archives/chrono.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix -Travail-Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace -Work- Fatherland



Yaoundé le 13 mars 2024

N° 000346 /2024/CPC/DG/DM

LE DIRECTEUR GENERAL
A
Madame ABBO YAMPILI DJUICHOU
Yaoundé

Objet : Demande d'autorisation de recherche

Madame,

Nous accusons réception de votre courrier du 29 février 2024 dont l'objet est repris en marge et nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre institution.

Y faisant suite, une autorisation de recherche vous est accordée dans le service d'ANAPATH du Centre Pasteur Cameroun de Yaoundé, dans le cadre de votre mémoire intitulé « **Profil histopathologique des lésions bénignes des tissus osseux de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé** » sous la supervision du **Dr BODO Edmond**, Médecin service Anapath durant la période du 25 mars au 25 avril 2024.

Les données recueillies restent la propriété exclusive du Centre Pasteur du Cameroun et toute publication de ce travail devra préserver les intérêts de l'institution ainsi que ceux des personnels y ayant participé.

Vous en souhaitant bonne réception, Veuillez agréer, Madame, nos meilleures salutations.



Dr Mirdad KAZANJI

Laboratoire de Référence et de Santé Publique

Membre du PASTEUR
NETWORK

BP : 1274 YAOUNDE, 451, Rue 2005, Yaoundé 2 -Cameroun

www.pasteur-yaounde.org ; Tél : (237) 691819685 ; Email : cpc@pasteur-yaounde.org

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE L' HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

SECRETARIAT MEDICAL



N° 103/24 / AP/MINSANTE/SG/DHCY/CM/SM

REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARY

DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL OF YAOUNDE

MEDICAL SECRETARY

Yaoundé, le 1^{er} 8 MARS 2024

ACCORD DE PRINCIPE

Je soussigné **Professeur FOU DA Pierre Joseph**, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, marque mon Accord de Principe à Madame **ABBO YAMPILI DJUICHOU Serange**, étudiante de 7^{ème} année de Médecine Bucco-dentaire à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, sous le thème « ASPECT HISTOPATHOLOGIQUE DES LESIONS BENINGNES DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE DANS LA VILLE DE YAOUNDE » à l'Hôpital Central de Yaoundé, sous la codirection du docteur NDOUMBA Alice.

Ampliations .

- Conseiller Médical ;
- Chef service concerné ;
- Intéressée ;
- Chrono/Archives.

Pour Le Directeur et par ordre
Le Conseiller Médical,



Dr. Abbo Yampili Djuichou Serange

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE
YAOUNDE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL
Tél. : 222 31 25 66 Fax : 222 31 25 67



DIRECTION GENERALE

CELLULE D'APPUI PEDAGOGIQUE
DE LA RECHERCHE ET DE LA COOPERATION
BUREAU DE LA CAPRC

N°164/AR/CHUY/DG/DGA/DM/CAPRC/CEAAP/CEARC

AUTORISATION DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Médecine Bucco-dentaire, Madame ABBO YAMPILI DJUICHOU Sérange est autorisée à mener une recherche au CHUY sur le thème : « **Aspect histopathologique des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale dans la ville de Yaoundé** ».

Ces travaux se dérouleront dans le service d'Odontostomatologie sous la supervision de Dr KWEDI Karl, Chirurgien maxillo-facial.

Toutefois, elle devra obligatoirement déposer un exemplaire de mémoire au CHUY (Bureau de la CAPRC).

En foi de quoi la présente autorisation dont la durée de validité est de 03 mois à compter de la date de signature, lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Yaoundé, le 26 MARS 2024

LE DIRECTEUR GENERAL



*Dr. Marie Enyime
Félicien*

COPIE :

- CAPRC
- BCAPRC
- SUPERVISEUR
- CHRONO

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE
UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL YAOUNDE
Téléphone : 237 231 21 03, 231 25 00

Grille d'évaluation des protocoles de recherche en vue d'une Autorisation de Recherche au CHU de Yaoundé

Nom de l'investigateur : **ABBO YAMPILI DJUICHOU SERANGE**

Préambule

Cette grille est établie pour l'évaluation de recherche au CHU dans l'esprit de la déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale datant depuis 1975 et plusieurs fois révisée et qui porte sur « les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables »

Cette grille de plus tient compte des missions du CHU de participation à la recherche (accompagnement à la formation des étudiants), de la protection de l'intérêt des personnels (données de recherches) et du développement de l'institution

Item	Contenu	oui	non
Cadre	Recherches de fin d'études	✓	
	Recherches non académiques		
Titre	pertinent	✓	
Qualification	Investigateur	✓	
	Superviseurs si applicable	✓	
Protocole	Protocole	✓	
	Cohérences des données et hypothèses	✓	
	Accès aux dossiers	✓	
	Réalisation d'une procédure médicale		✓
	Expérimentation/manipulation de prélèvements biologiques		✓
	Manipulation d'ADN ou ARN		✓
	Elément de consentement/ fiche	Retrospective	
Clairance éthique	Prise en compte de la confidentialité	✓	
	Perspective d'amélioration des soins	✓	
	Respect de l'intérêt du patient	✓	
Conflits d'intérêt	Présence d'un document de clairance	✓	
	Financements déclinés	✓	
	Tiers ou service générateur de données avisés, impliqués et/ou consentants	Codirecteur CHU	
Autres			
Observations			

Avis final

Farrakp

Fait à Yaoundé le **27/02/2024**

[Signature]
Maitre de Conférences
Chirurgie Générale et Orthopédique

Annexe

Fiche de collecte

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES : Lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale

N° de la fiche : __

Code patient : __

Date : __/__/__

Section 1 : Caractéristiques sociodémographiques

N°	QUESTIONS	PROPOSITIONS
S1Q1	Age (années)	
S1Q2	Genre	-Masculin <input type="checkbox"/> -Féminin <input type="checkbox"/>
S1Q3	Statut matrimonial	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/>
S1Q4	Résidence	Urbaine <input type="checkbox"/> Rurale <input type="checkbox"/>

Section 2 : Antécédents

S2Q1	Médicaux	HTA <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Malformations congénitales <input type="checkbox"/> Autre . A préciser...
------	----------	--

S2Q2	Toxicologiques	Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/>
S2Q3	Médicamenteux	...
S2Q4	Familiaux	HTA <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Malformations <input type="checkbox"/> congénitales <input type="checkbox"/> Autres à préciser...

Section 3 : Aspects cliniques et diagnostic

S3Q1	Localisation de la lésion	Pointe de la langue <input type="checkbox"/> Bord latéral de la langue <input type="checkbox"/> Face ventrale de la langue <input type="checkbox"/> face dorsale de la langue <input type="checkbox"/> Palais mou <input type="checkbox"/> Gencive <input type="checkbox"/> Lèvres <input type="checkbox"/> Commissure labiale <input type="checkbox"/> Palais dur <input type="checkbox"/> Face interne des joues <input type="checkbox"/> Plancher buccal <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/>
------	---------------------------	---

		Base de la langue <input type="checkbox"/>
S3Q2	Impression Diagnostique	

Section 4 : résultat de la biopsie

S4Q1	Resultat de la biopsie	<p>epulis <input type="checkbox"/></p> <p>papillome <input type="checkbox"/></p> <p>hemangiome <input type="checkbox"/></p> <p>botryomycome <input type="checkbox"/></p> <p>kératoacanthome <input type="checkbox"/></p> <p>Verrue <input type="checkbox"/></p> <p>Lipome <input type="checkbox"/></p> <p>Granulome <input type="checkbox"/></p> <p>Neurofibrome <input type="checkbox"/></p> <p>Leucoplasie <input type="checkbox"/></p> <p>Adénome pléomorphe <input type="checkbox"/></p> <p>Mucocèle <input type="checkbox"/></p> <p>harmatome <input type="checkbox"/></p> <p>condylome <input type="checkbox"/></p> <p>angiome <input type="checkbox"/></p> <p>tumeur d'Abrikossofi <input type="checkbox"/></p> <p>condylome <input type="checkbox"/></p> <p>diapneusie <input type="checkbox"/></p> <p>ulcération traumatique <input type="checkbox"/></p> <p>lymphangiome <input type="checkbox"/></p>
------	------------------------	---

Section 5: Analyse histopathologique

S5Q1	Type histologique	Tumeur benigne épithéliale <input type="checkbox"/> Tumeurs bénignes du tissu conjonctif <input type="checkbox"/> Tumeurs bénignes vasculaires <input type="checkbox"/> Lésions blanches <input type="checkbox"/> Tumeurs des glandes salivaires accessoires <input type="checkbox"/>
------	-------------------	--

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xvii
LISTE DES FIGURES.....	xviii
LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES	xx
SERMENT D’HYPPOCRATE.....	xxi
RESUME.....	xxii
SUMMARY	xxiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L’ETUDE	3
I.1. JUSTIFICATION DU SUJET	4
I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	4
I.2.1. Question Principale.....	4
I.2.2. Questions Secondaires	4
I.3. INTERET	4
I.4.OBJECTIFS DE RECHERCHE	5
I.4.1. Objectif Général.....	5
I.4.2. Objectifs Spécifiques	5
I.5. LISTE DES VARIABLES CLES ET FACTEURS DE CONFUSION EVENTUELS... 6	
I.6. DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES Error! Bookmark not defined.	
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
II.1 GENERALITES SUR LA CAVITE BUCCALE	8
II.1.1 Anatomie de la cavité buccale [5]	8
II.1.2. Histologie de la cavité buccale [11,12]	12
II.2 ETIOLOGIE DES LESIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE.....	14
II.3 CLASSIFICATIONS DES LESIONS DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE.....	14
II.3.1. Classification histologique des tumeurs bénignes des tissus mous de la cavité buccale	14
Figure 15: schwannome de la pointe de la langue[17]	23

II.3.2. Classification selon les lésions élémentaires.....	25
II.4 LES FORMES CLINIQUES	26
II.5 DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE : LA BIOPSIE.....	38
CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES	40
III.1. Type d'étude	41
III.3. Période d'étude	41
III.4. Sites d'étude	41
III.5. Population d'étude	41
III.5.1. Population cible	41
III.5.2. Population source	41
III.5.3. Echantillonnage.....	41
III.5.4. Critères de sélection	42
III.6. OUTILS DE LA COLLECTE	42
III.6.1 matériel médical.....	42
III.6.2 matériels de rédaction et recueil des données	42
III.7. PROCEDURE	42
III.8. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	43
III.9. VARIABLES D'ETUDE	43
CHAPITRE IV : RESULTATS	45
IV.1. Recrutement des participantes dans l'étude	46
IV.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS AVEC LESIONS BENIGNES DE LA CAVITE BUCCALE.....	47
IV.1.2. Répartition en fonction de l'âge des patients avec lésions bénignes des tissus mous.	48
IV.1.3 répartition en fonction du genre des patients.....	49
IV.2.1 répartitions des différentes localisations rencontrées dans la population.....	50
IV.2.2 Types histologiques	51
IV.2.2.1 Répartition des types histologiques dans la population.....	51
IV.2.2.1 Répartition des diagnostics par types histologiques.....	52
IV.2.3 répartition des diagnostics rencontrés dans population	56
IV.3. ANALYSES BIVARIEES	56
IV. 3.1. Répartition des diagnostics en fonction de données sociodémographiques.....	56
IV.2.4 répartition des diagnostics en fonction de la localisation.....	59
CHAPITRE V : DISCUSSION	60

V.3. ETUDE DES CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES	64
V.3.1. Localisations des lésions bénignes des tissus mous de la cavité buccale	64
V.3.1 Types histologiques.....	65
V. 3.1.1. Répartition des types histologiques dans la population	65
V. 3.2. Répartition des diagnostics dans les types histologiques.....	65
V. 3. 3. Etude de la répartition des diagnostics dans la population	66
V.5 DISCUSSION DE L'ANALYSE BIVARIEE	67
V.5.1. Répartition des diagnostics en fonction des données sociodémographiques	67
V.5.1.1. L'âge	67
V.5.1.2. Le genre.....	69
CHAPITRE VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	72
VI.1. CONCLUSION	73
VI.2. RECOMMANDATIONS.....	74
REFERENCES.....	75
ANNEXES	xxiv