

A PROPOS D'UN CAS DE GRANULOME PERIPHERIQUE A CELLULES GEANTES DE LA MUQUEUSE GINGIVALE

BOUKAIS Hamid¹, ZERROUKI Wacila², BAHA Sabrina³, TAOUG. Amina¹

¹(CHU Blida –Service pathologie et chirurgie buccale /Université Saad Dahlab , Blida - Algérie)

²(CHU Béni Méssous- Service de pathologie et chirurgie buccale/ University d'Alger- Algérie)

³(Spécialiste en anatomie-Pathologique – Libéral- Azazga / Tizi Ouzou Algérie)

Résumé : Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG), encore appelé épulis à cellules géantes ou tumeur périphérique à myélopaxe, est 'une formation pseudo-tumorale qui touche exclusivement la gencive ou la crête alvéolaire édentée. Elle est indolore et de croissance rapide, parfois inquiétante, ce qui amène souvent les patients à consulter. Son étiopathogénie n'est pas encore bien élucidée, toutefois, l'origine traumatique locale est fortement incriminée par plusieurs auteurs (tartre, prothèse dentaire amovible, racine résiduelle à bord tranchant). Son traitement est purement chirurgical, le diagnostic de certitude relève de l'examen anatomo-pathologique, la récurrence après traitement reste possible, mais rare.

Le cas rapporté est celui d'une patiente de 32 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, qui nous a été orientée par son chirurgien dentiste, suite à la découverte d'une lésion inquiétante et volumineuse au niveau de la cavité buccale. Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale.

Mots clé: Granulome périphérique, muqueuse buccale, cellules géantes

INTRODUCTION

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG), encore appelé épulis à cellules géantes, anciennement appelée tumeur périphérique à myélopaxes, est 'une lésion non tumorale de la muqueuse buccale, encore appelée pseudo-tumeur [1-2], qui siège plus précisément au niveau de la muqueuse gingivale ou de la crête alvéolaire édentée. Même si son étiopathogénie n'est pas encore bien élucidée, il n'en demeure pas moins que l'origine traumatique locale a été incriminée comme facteur étiologique le plus probable (traumatisme prothétique, racine résiduelle tranchante, fragment de tarte calcifié). [3-4]. L'évolution du GPSG est lente, indolore, son volume peut atteindre jusqu'à 5 cm de diamètre et masquer les dents. L'augmentation du volume qui inquiète souvent le patient, constitue presque toujours le motif principal de la consultation. Le traitement comporte en plus de l'exérèse chirurgicale, l'élimination du facteur traumatogène chronique.

Nous rapportons à travers cette publication, le cas d'une patiente âgée de 32 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, qui nous a été adressée suite à la découverte d'une lésion inquiétante au niveau de la cavité buccale. Cette lésion s'est avérée être un granulome périphérique à cellules géantes, après exérèse chirurgicale et examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

CAS CLINIQUE

La patiente M.A, âgée de 45 ans, nous a été adressée par un chirurgien dentiste à la consultation de pathologie et chirurgie buccale du CHU Blida (Alger), suite à la découverte d'une formation pseudo-tumorale au niveau de la région prémolo-molaire partiellement édentée maxillaire droite, ayant évolué lentement jusqu'à recouvrir les dents adjacentes.

À l'interrogatoire, la patiente est sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, elle rapporte la notion d'apparition d'un bourgeon muqueux peu douloureux siégeant au contact de la racine résiduelle mobile de la 15, qui augmenta progressivement de volume jusqu'à atteindre la taille actuelle. Cette augmentation de volume a rendu difficile la mastication et a motivé la consultation chez un chirurgien dentiste généraliste, qui à son tour nous l'a adressée en consultation spécialisée.

L'examen de la face et des téguments était sans particularités, l'ouverture buccale n'était pas limitée. L'examen des aires ganglionnaire a permis de retrouver une adéno-pathie mobile d'allure inflammatoire, sous angulo-maxillaire droite.

À l'examen de la cavité buccale, l'hygiène bucco-dentaire était d'un niveau acceptable, la patiente est édentée partielle. Au niveau de la région prémolaire maxillaire droite, nous avons noté la présence d'une formation muqueuse asymétrique d'environ 05 cm de diamètre antéropostérieur, s'étendant aux versants vestibulaire et palatin de la crête qu'elle comble partiellement. Cette formation est non douloureuse, facilement mobilisable, elle est pédiculée au niveau de l'espace édenté de la 15, elle recouvre totalement les dents, elle est bilobée, d'aspect rouge ferme par endroits et violacée en d'autres. En bas, la masse dépasse le bord libre des dents, son centre est ulcéré par morsure due au contact de la dent antagoniste lors de la mastication. (fig 1)

Afin d'évaluer l'état de la structure osseuse sous-jacente, une radiographie panoramique fut demandée. Ce cliché a permis d'objectiver au niveau de la région concernée, à savoir la région prémolo-molaire droite, l'absence de la 16 et la présence de la racine résiduelle de la 15 déplacée en distal. On note à ce niveau une érosion superficielle de la crête osseuse. Le reste de l'examen radiologique était sans particularités. (Fig 2).

Le traitement a consisté en l'exérèse chirurgicale de la formation muqueuse sous anesthésie locale, suivie de l'élimination à la même séance du facteur traumatique incriminée (racine résiduelle de la 15), et d'un curetage osseux superficiel. (Fig 3 et 4). Une prescription médicamenteuse à bas d'antibiotiques analgésique et des bains de bouche a été instaurée. La malade a été suivie est contrôlée jusqu'à cicatrisation.

La pièce opératoire a fait l'objet d'une analyse anatomopathologique, le diagnostic était en faveur d'un granulome périphérique a cellules géantes. (Fig 5 et 6).



Fig 1 : vue préopératoire

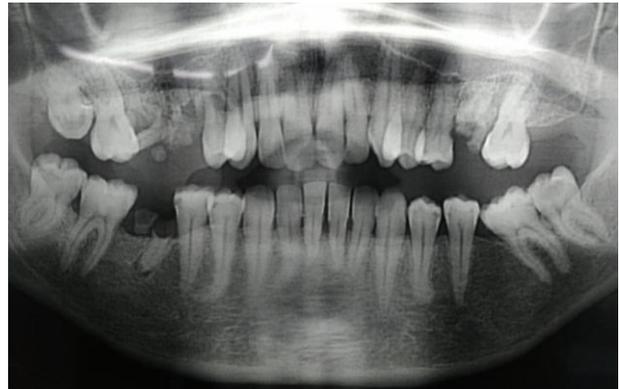


Fig 2 : Examen radiologique



Fig 3 : Exérèse chirurgicale de la lésion



Fig 4 : Pièce opératoire

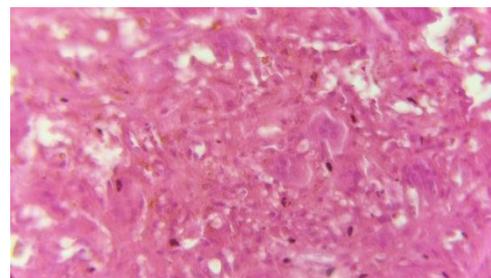
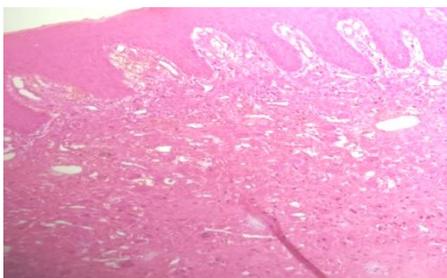


Fig 5 et 6 : Examen anatomo-pathologique montrant la présence de cellules géantes (Grossissement 100 et grossissement 400)

COMMENTAIRES

Le granulome réparateur a cellules géantes, actuellement appelé granulome a cellules géantes, avec ces deux entités cliniques (central et périphérique), fait partie d'un groupe hétérogène de tumeurs bénignes des maxillaires, dont l'élément fondamental base du diagnostic est la mise en évidence à l'examen anatomopathologique de cellules géantes. [5]

L'origine de ces tumeurs ou pseudo-tumeurs pour certains auteurs, est encore mal élucidée. Leur évolution est très variable. Se référant à la classification de l'OMS, ces pseudo tumeurs appartiennent à un groupe tumoral polymorphe

et hétérogène, d'origine non odontogénique qui comprend l'ensemble des tumeurs des maxillaires d'origine conjonctive (*Barthélemy et Mondié, 2009*). [6]

La dénomination de tumeurs a cellules géantes est basée sur l'histologie. Ainsi, ces Tumeurs se divisent en 03 grandes entités : [7]

- le chérubisme ou maladie kystique multiloculaire familiale des maxillaires,
- le granulome central à cellules géantes (GCCG),
- le kyste anévrisimal.

S'ajoutent à ces trois entités, 2 autres types de lésions : la tumeur vraie à cellule géante, les tumeurs brunes de l'hyperparathyroïdie (*Barthélémy et mondé*). [6]

Le granulome périphérique à cellules géantes, se différencie du granulome central à cellules géantes par l'absence de participation osseuse centrale, même si parfois et en rapport avec la durée de l'évolution est retrouvée une érosion superficielle de la table osseuse maxillaire ou mandibulaire, sans atteinte osseuse, ni destruction osseuse importante.

L'étiologie de cette lésion est encore incertaine, mais il semble que la présence de tartre, de maladie parodontale ou d'un traumatisme local chronique peuvent être autant de facteurs favorisants. (*Warrington et al., 1997*).[8] ; (*Bodner et al., 1997*).[9] ; (*Wolfson et al., 1989*). [10].

De même que, des cas de GPCG ont été associés à un hyperparathyroïdisme (*Burkes et White 1989*). [11]

Globalement, L'étiologie la plus évoquée actuellement du granulome périphérique à cellules géantes, est l'étiologie traumatique, soit par une prothèse ancienne mal conçue, irritante et traumatisante, soit par une racine dentaire résiduelle à bord tranchant traumatogène, cette étiologie est celle retrouvée chez notre patiente. (**Fig 2**)

Sur le plan épidémiologique, le granulome périphérique à cellules géantes peut survenir à tout âge, avec une prédilection pour le sexe féminin et la tranche d'âge 40-60 ans (*Dayan et al., 1990*). [12] ; (*Anneroth et Sigurdson, 1983*).[13]. Cet âge de prédilection est en concordance avec l'âge de notre patiente. Cette période d'âge correspond à l'âge où les changements hormonaux sont importants liés à la ménopause. Certains auteurs ont d'ailleurs suggéré une éventuelle influence hormonale dans son étiopathogénie (*Mc Gowan, 1969*).[14] ; (*Whitaker et Bouquot, 1994*). [15]

Cliniquement, le granulome périphérique à cellules géantes, apparait comme une lésion gingivale exophytique gingivale bénigne (*Dahl, 1981*).[16], dont la prévalence varie, selon les auteurs, entre 5,1 et 43,6 % des lésions gingivales dites réactives (*Mighell et al., 1995*). [17], elle est de couleur rouge ou violacée, souvent pédiculée, qui peut augmenter de volume jusqu'à recouvrir partiellement ou totalement les dents adjacentes. le tissu constituant la lésion est de nature friable ou ferme, sans tendance facile au saignement.

Le traitement fait appel à l'exérèse chirurgicale, avec suppression du facteur traumatique. Lorsqu'une érosion superficielle de l'os est retrouvée, un curetage superficiel de la surface osseuse est nécessaire. Lorsque l'exérèse est totale, la récurrence est rare voire exceptionnelle. C'est le cas de notre patiente, qui n'a présenté aucune récurrence après l'exérèse chirurgicale.

Quelle que soit la présomption diagnostic apportée par l'examen clinique, le diagnostic de certitude du granulome périphérique à cellules géantes est purement histologique.

Sur le plan histologique, le granulome périphérique à cellules géantes est recouvert d'un épithélium squameux, pluristratifié et kératinisé, parfois ulcéré (40 % des cas, selon *Dayan et al., 1990*), [12] et consiste en une masse cellulaire non encapsulée, pouvant quelques fois contenir un infiltrat inflammatoire assez modéré, de nombreux capillaires, des zones d'extravasation érythrocytaire avec des dépôts d'hémossidérine et, bien sûr, des amas de cellules géantes multinucléées caractéristiques associées ou non à du tissu osseux minéralisé (*Katsikeris et al., 1988*) ; [18]. Toutes ces caractéristiques anatomo-pathologiques du granulome périphérique à cellules géantes, ont été retrouvées dans l'analyse de la pièce opératoire de notre patiente. (fig 5 et 6)

CONCLUSION

Le granulome périphérique à cellules géantes, est une pseudotumeur bénigne, engendrée principalement par un facteur irritatif local (tartre, racine résiduelle tranchante, bord prothétique...ect).

Le traitement de cette lésion fait appel à l'exérèse chirurgicale en tissu sain, suivie systématiquement par la suppression de l'agent traumatogène. Quelle que soit la présomption diagnostic à l'examen clinique, le diagnostic positif repose sur l'examen anatomo-pathologique. La récurrence s'observe dans 10% des cas, c'est pourquoi la surveillance et les contrôles cliniques post-opératoires s'imposent.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Chaparro-Avenida AV, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. *Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral CirugiaBucal.* 2005;10(1):53-7; 48-52.
- [2] Jeyaraj P. *Management of Central Giant Cell Granulomas of the Jaws: An Unusual Case Report with Critical Appraisal of Existing Literature. Ann Maxillofac Surg.* 2019;9(1):37-47.
- [3] Niloofar Shadman, Shahram Farzin Ebrahimi, Shahin Jafari, Mohammad Eslami. *Peripheral giant cell Granuloma: a review of 123 Cases. Dent Res J (Isfahan).* 2009;6(1):47-50.
- [4] Saliha Chbicheb, Abdelkader Bennani, Karima El Harti, Wafaa El Wady. *Lésions périphériques à cellules géantes des maxillaires. Med Buccale Chir Buccale.* 2011;17(3):241-243.
- [5] Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. *Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants: a systematic review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019 Nov;120(5):456-461.
- [6] Barthélémy I, Mondié J-M. *Tumeurs et pseudotumeurs des maxillaires riches en cellules géantes. RevStomatol Chir Maxillofac.* 1 sept 2009;110(4):209-13).
- [7] Boşca AB, Şovrea AS, Miclăuş V, Ruxanda F, Mişu CM, Melincovici CS, et al. *Diagnostic and therapeutic approaches in oral cavity granulomas based on new data concerning their origin and pathogenesis. Romanian J MorpholEmbryol Rev RoumMorpholEmbryol.* 2018;59(3):679-90.
- [8] Warrington RD, Reese DJ, Allen G. *The peripheral giant cell granuloma. Gen Dent* 1997;45:577-579
- [9] Bodner I, Peist M, Gatot A, Fliss DM. *Growth potential of peripheral giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:548-551
- [10] Wolfson L, Tal H, Covo S. *Peripheral giant cell granuloma during orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1989;96:519-523
- [11] Burkes EJ, White JR. *A peripheral giant-cell granuloma manifestation of primary hyperparathyroidism report of case. J Am Dent Assoc* 1989;118:62-64
- [12] Dayan D, Buchner A, Spierer S. *Bone formation in peripheral giant cell granuloma. J Periodontol* 1990;61:444-446
- [13] Anneroth G, Sigurdson A. *Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa. Acta Odontol Scand* 1983;43:75-86
- [14] McGowan DA. *Central giant cell tumor of the mandible occurring in pregnancy. Br J Oral Surg* 1969;7:131-135
- [15] Whitaker SB, Bouquot JE. *Identification and semi-quantification of estrogen and progesterone receptors in peripheral giant cell lesions of the jaws. J Periodontol* 1994;65:280-283
- [16] Dahl EC. *Exophytic lesion of the maxillary gingiva. J Am Dent Assoc* 1981;102:62-63.
- [17] Mighell AJ, Robinson PA, Hume WJ. *Peripheral giant cell granuloma. A clinical study of 77 cases from 62 patients, and literature review. Oral Dis* 1995;1:12-19
- [18] Katsikeris N, Kakarantzà-Angelopoulou E, Angelopoulos AP. *Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:94-99