

A PROPOS D'UN CAS DE GRANULOME PERIPHERIQUE A CELLULES GEANTES

Yamina GUENANE*, Abdelhamid ATTALAH*, Nacim HAROUN *,
Khadidja MOKKADEM**

*Service de Pathologie et Chirurgie Buccales - Centre Hospitalo-universitaire CHU Mustapha Bacha - Alger Centre – ALGERIE

** Service anatomie Pathologie - Centre Hospitalo-universitaire CHU Mustapha Bacha - Alger Centre – ALGERIE

Résumé: Le granulome à cellules géantes périphérique (GCGP) se présente comme une prolifération anormale des tissus mous en réponse aux agressions locales. Il se développe localement, comme une lésion exophytique sur la muqueuse alvéolaire, sur la gencive, le mucopérioste ou le ligament parodontal. Cette lésion est généralement de taille réduite et asymptomatique. Sa progression est lente avec une activité ostéolytique limitée.

Dans cet article, nous rapportons le cas d'un granulome périphérique à cellule géantes chez une femme de 71 ans, qui était à l'origine d'une gêne lors du port de la prothèse

Une évaluation diagnostique rapide, associée à une vérification histopathologique adéquate, est essentielle pour améliorer la prise en charge et le pronostic de cette lésion.

Mots clés: Lésion exo phytique, épulis, lésion à cellules géantes, cellules multinucléées

Présentation du cas clinique

Patiente de 71 ans, aux antécédents de néoplasie du sein avec métastases osseuses actuellement sous **trastuzumab**. Orientée pour une formation fibro muqueuse maxillaire antérieure à l'origine d'une instabilité de la prothèse. Aucune notion de traumatisme n'a été retrouvée

La patiente a relaté l'apparition de cette formation depuis une année, asymptomatique et qui augmentait de taille jusqu'à atteindre un volume gênant le port de sa prothèse, ce qui a motivé sa consultation.



Figure (1)

L'examen clinique exo buccal note un léger soulèvement de la lèvre supérieure côté droit (Figure 1). En revanche, en endo buccal, la patiente est édentée totale. L'examen de cette région, objective la présence d'une formation fibromuqueuse bilobée, siégeant au niveau maxillaire antérieure, déportée du côté droit par rapport à la médiane proche de la crête mesurant environ 3 cm de grand diamètre dans le sens mésio-distal, et 2 cm dans le sens vestibule-palatin de forme grossièrement ovalaire et recouverte d'une muqueuse de couleur rouge violacée (Figure 2).

La palpation de la lésion est asymptomatique, non hémorragique sans signes neurologiques d'accompagnement : En l'occurrence à ce stade, une gêne lors du port de la prothèse est évidente, ce qui a engendré un problème fonctionnel. (Figure 3)



Figure (2)

Figure (3)

La radiographie panoramique objective la présence d'une résorption osseuse maxillaire antérieure en cuvette plus importante au côté droit .

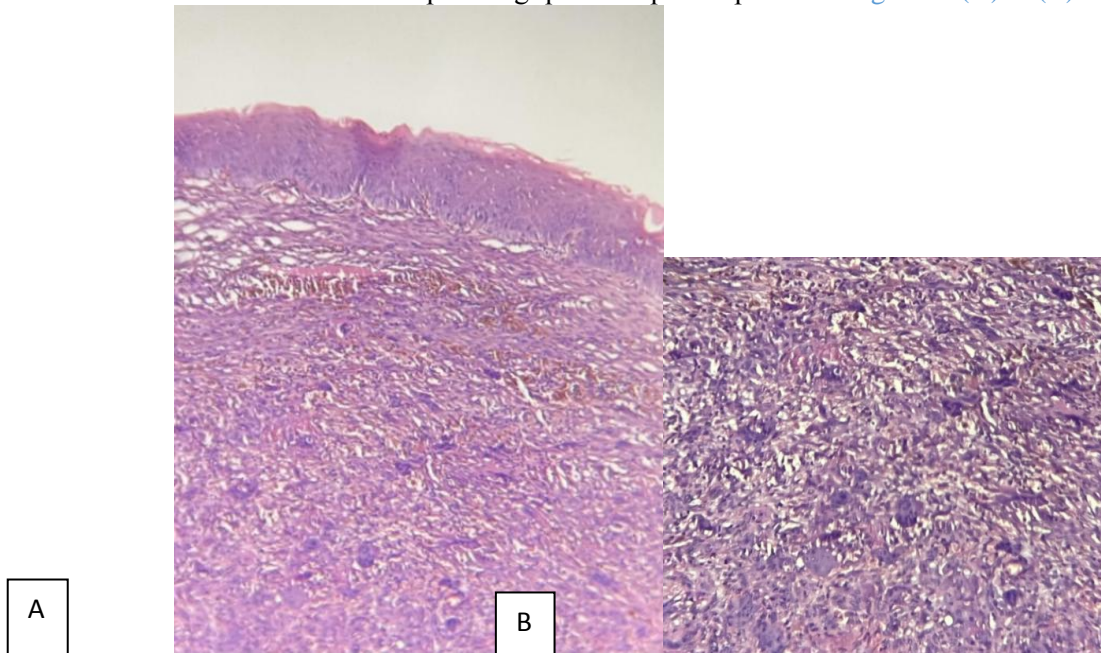
Les diagnostics évoqués sont : Granulome central à cellules géantes,épulis etle Botryomycome

La prise en charge a consisté en l'exérèse chirurgicale de la totalité de la lésion avec un curetage appuyé (Figure4). Cependant des précautionsnécessaires ontétéadoptées et respectées selon les recommandations vis à vis du risque d'ostéonécrose médicamenteuse (ONM), et/ou du risquéhémorragique en rapport avec la prise du **Trastuzumab** (Anticorps monoclonal humanisé recombinant)



Figure (4): Aspect de la lésion après exérèse

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire [Figure 5 .\(A\) et \(B\)](#).



L'examen microscopique de deux fragments nodulaires de 1,3x1x0,5 cm montre une muqueuse malpighiennesiée d'un granulome périphérique à cellules géantes.

Aspects histologiques de la coloration des granulomes à cellules géantes (GCG) à l'hématoxyline et à l'éosine.(A), faible grossissement ;(B), fort grossissement.Proliférations non encapsulées de cellules mononucléaires ovales et fusiformes associées à de multiples cellules géantes multinucléées dans un tissu stromal de soutien vasculaire, associées à des foyers d'hémorragie

DISCUSSION

Les granulomes à cellules géantes de la cavité buccale (anciennement appelé granulome réparateur) sont des lésions hyperplasiques réactives qui se développent soit en périphérie dans le muco-périoste, soit au centre de l'os(1)(2).

Deux entités ont été décrites en fonction de la localisation, de l'étiologie et de l'évolution clinique. Malgré leurs caractéristiques microscopiques similaires (3)(4).

Nous distinguons le granulome périphérique à cellules géantes (GCGP) et le granulome central à cellules géantes (GCGC)(5).

Le granulome à cellules géantes périphérique (GCGP) est une lésion bénigne.Sa prévalence est plus élevée chez les femmes (60%) et bien qu'elle puisse survenir à tout âge, elle a une incidence maximale entre 40 et 60 ans. Elle a également une prévalence plus élevée dans l'arc mandibulaire (64%) que dans la région prémolaire (43%)[6].

Cette lésion (GCGP) se présente comme une prolifération anormale des tissus mous en réponse aux agressions locales et se situe sur la gencive, la muqueuse alvéolaire, le distinguons ou le ligament parodontal[7].

Le (GCGP) est habituellement asymptomatique. Les patients signalent souvent cette lésion lorsqu'elle est importante et perceptible ou traumatisante en cours de fonctionnement.Ce qui correspondait au cas présenté.Il se développe lentement sous la forme d'une lésion sessile sur la muqueuse buccale. Occasionnellement, il peut se développer plus profondément dans la muqueuse alvéolaire tout en prenant l'aspect d'une masse exophytique rouge-violet avec une texture lisse ou ulcéreuse de consistance molle.Ce qui concordait au cas clinique rapporté.

L'examen radiographique du(GCGP) n'objective en général pas de lyse osseuse sous-jacente à la lésion, comme dans notre cas. Cependant, certains auteurs ont signalé des résorptions osseuses. Dans ce cas , il

infiltrer le périoste et provoque un "cupping" ou une dépression superficielle par l'érosion de l'os sous-jacent(7).Ce qui corroborait à notre cas d'observation

L'Étiopathogénie de cette lésion est généralement associée aux dents et sont causés par une irritation mécanique chronique ou un traumatisme répétitif de faible intensité dû à un impact alimentaire, à des restaurations dentaires défectueuses, à un traumatisme occlusal et peuvent être renforcés par la présence de plaque dentaire et de tartre sur les surfaces dentaires ou prothétiques rétentives(3)(4).D'autres causes peuvent être les extractions dentaires traumatiques et les réactions inflammatoires associées(7).Sur la crête alvéolaire édentée, la muqueuse buccale peut proliférer et former des lésionsgranulomateuses en raison de l'instabilité des pièces prothétiques(5).Ce qui est en concordance avec le cas de la publication

Histologiquementces lésions sont des proliférations non encapsulées de cellules mononucléaires ovales et fusiformes et de multiples cellules géantes multinucléées à type ostéoclastiques, situées dans un stroma très cellulaire et vasculaire(1).

En général, le PGCG à une progression lente et une activité ostéolytique limitée. Son traitement comprend une résection chirurgicale avec élimination de la base entière de la lésion et suppression des facteurs étiologiques (tartre, plaque bactérienne, restaurations défectueuses...). Pour le cas rapporté une nouvelle restauration prothétique a été suggérée après exérèse chirurgicale

La plupart des lésions répondent de façon satisfaisante à une résection chirurgicale complète. La récurrence est rare , elle est de (5 à 11% des cas)[8].

CONCLUSION

Le GCGP est généralement de taille réduite et asymptomatique. Il se développe localement, comme une lésion exophytique sur la muqueuse alvéolaire, mais peut devenir légèrement infiltrant dans le périoste et l'os sous-jacents. Après excision et curetage complets, le taux de récurrence est faible.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] 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.
- [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] Chaparro-Avendaño 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.
- [4] Torabinia N, Razavi SM, Shokrolahi Z. A comparative immunohistochemical evaluation of CD68 and TRAP protein expression in central and peripheral giant cell granulomas of the jaws. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. avr 2011;40(4):334- 7.
- [5] 5.LIU B., YU D.F., LI T.J. Multinucleated giant cells in various forms of giant cell containing lesions of the jaws express features of osteoclasts. *J Oral Pathol Med* 2003; 32: 367-375.
- [6] 6.BidraAvinash S, Persenaire Mitchell J, Natarajan E. Management of peripheral giant cell granuloma around complete-arch fixed implant-supported prosthesis: A case series. *J prosthet Dent*. 2019;122(3):181-188.
- [7] 7. Barthélémy I, Mondié J-M. Tumeurs et pseudotumeurs des maxillaires riches en cellules géantes. *RevStomatol Chir Maxillofac*. 1 sept 2009;110(4):209-13).
- [8] 8. NiloofarShadman, ShahramFarzinEbrahimi, ShahinJafari, Mohammad Eslami. PeripheralgiantcellGranuloma: areview of 123 Cases. *Dent Res J (Isfahan)*. 2009;6(1):47-50.