

EPULIS FIBREUSE REMANIEE: Prise en charge chirurgicale d'un cas

Chirurgical treatment of atypia fibrous epulis : 1 case

Traoré H¹, Kamissoko K¹, Traoré D², Coulibaly AD¹, Théra TD¹, Touré K¹, Garango A¹, Coulibaly B¹, Ba A¹, Mallé B³, Traoré CB³, Togora S¹

1 - Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie – Bamako ; 2 - Service de chirurgie B, CHU du Point G ; 3 - Service d'anatomopathologie et de cytologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point-G

* **Auteur correspondant** : Hamady Traoré, BP : E 3982, e-mail : traorhamady@yahoo.fr

RESUME

Les tumeurs bénignes sont des pathologies fréquemment rencontrées au niveau de la muqueuse buccale. Elles regroupent un ensemble de lésions dont l'épulis fibreuse. Le diagnostic positif de cette dernière n'est confirmé que par l'examen histologique.

Nous rapportons le cas d'un patient ayant consulté pour une tuméfaction maxillaire extériorisée. L'examen clinique a permis de trouver une tuméfaction de forme ovale, indolore, de consistance ferme n'intéressant pas l'os alvéolaire, recouverte par une membrane grisâtre d'aspect fibreux, prolongeant la fibro-muqueuse gingivale au niveau vestibulaire. Le traitement réalisé fut l'exérèse chirurgicale de la tumeur. L'examen histologique a conclu en une absence d'atypie cytonucléaire et a retenu le diagnostic d'épulis fibreuse remaniée. Nous avons passé en revue les données cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de ce type de tumeur. **Mots clés** : tumeurs, épulis, gencive, chirurgie

ABSTRACT

Benign tumors are frequently encountered diseases on the oral mucosa. There are a group of pathologies such like fibrous epulis whose positive diagnosis is confirmed by histological examination. That will be illustrated by the following observation of a patient who consulted for a jaw disease which clinical examination showed an oval, painless tumor with solid consistency, recovered by a grayish membrane. The treatment was surgical excision of the tumor. Histological examination concluded about a lack of cytonuclear atypia. We reviewed the clinical data, diagnosis and treatment of this type of tumor. **Keywords**: tumors, epulis, gingiva, surgery

INTRODUCTION

L'épulis est la tumeur la plus répandue parmi les tumeurs bénignes de la gencive. Connue depuis fort longtemps, elle est d'étiologie très diverse souvent intriquée avec un processus inflammatoire. Elle se trouve classiquement sur le versant vestibulaire de la région incisivo-canine inférieure, parfois entre les incisives supérieures, plus rarement dans la région molaire. La prise en charge de l'épulis est en général chirurgicale [1].

On distingue plusieurs types d'épulis : les épulis simples, les épulis inflammatoires, les épulis vasculaires ou angiomateuses, les épulis fibreuses et les épulis à cellules géantes.

L'épulis fibreuse présente cliniquement sous la forme d'un nodule ferme, recouvert par une muqueuse d'aspect normal ou un peu plus pâle, se prolongeant parfois dans la papille interdentaire et sur la fibro-muqueuse linguale ou palatine. Cette pseudo-tumeur est principalement formée par du tissu fibreux. Elle peut contenir des calcifications [2].

Au niveau de l'histologie, cette épulis est constituée de cellules granuleuses (grandes cellules claires). Les cellules sont disposées en nappe homogène. Le réseau capillaire est riche. L'épithélium de recouvrement est normal [1,3].

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait de monsieur K.T, âgé de 28 ans, qui nous a été adressé en consultation au service de stomatologie au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie pour une tuméfaction gingivale au niveau du maxillaire supérieur évoluant depuis 4 ans, sans trouble fonctionnel notoire, à part l'occlusion labiale due au volume de la masse tumorale.

Le patient ne présentait aucune particularité sur le plan général.

L'interrogatoire ne rapportait aucun antécédent d'extraction, ni d'épisode infectieux antérieur. L'examen exobuccal montrait une symétrie faciale respectée mais aussi l'existence d'une tuméfaction de la région antérieure du maxillaire supérieur faisant une saillie (Photo 1); les téguments des lèvres étaient normaux et bien mobiles. Par ailleurs, il n'existait aucun trouble de la sensibilité labiale et aucune adénopathie ; la fermeture buccale était impossible (Photo 2).

L'examen endobuccal mettait en évidence une tuméfaction intéressant la gencive, s'étendant de la 11 jusqu'à la 22 tout en refoulant les 11, 21, 22 en position linguale.

Cette tuméfaction était de forme ovale. A la palpation, elle était indolore, de consistance ferme n'intéressant pas l'os alvéolaire. Elle avait une forme nodulaire et était recouverte par une membrane grisâtre d'aspect fibreux,

prolongeant la fibro-muqueuse gingivale au niveau vestibulaire.

Toutes les dents étaient présentes sur l'arcade. Les dents du secteur intéressé étaient vivantes, mais mobiles. Par ailleurs, le reste de l'examen endobuccal retrouvait une mauvaise hygiène avec présence de blocs de tartre au niveau du secteur antéro-inférieur ; une gingivite généralisée ; la présence de caries multiples, surtout au niveau de l'arcade mandibulaire où les 36, 35, 46, et 48 étaient concernées ; la 47 était délabrée.

En résumé, la présence d'une tuméfaction d'évolution lente et indolore et l'absence de signes neurologiques et généraux, nous ont fait évoquer le diagnostic de tumeur épulidienne.

Le patient a été opéré. La technique opératoire a été une installation type chirurgie orale.

Sous anesthésie locale, un décollement lingual intrasulculaire est réalisé de la 11 à la 23. Après une incision vestibulaire horizontale, le lambeau muco-périosté est récliné et chargé sur une pince hémostatique. L'exérèse de la masse tumorale a été faite (voir Photo 3a). Avulsion des dents 11, 21, 22 (voir Photo 3b). Après régularisation des bords et curetage des cavités alvéolaires, les sutures sont réalisées par des points séparés avec la polyglactine 910 serti 4/0 système USP (voir Photo 4a). La pièce opératoire mesurant 3 cm dans le sens antéropostérieur et 2 cm dans le sens vertical est envoyée pour l'étude anatomopathologique après sa fixation dans le formol à 10%.

Les suites opératoires ont été simples avec un contrôle à J-4 (voir Photo 4b).

L'examen anatomopathologique montre une prolifération tumorale faite de plage de cellules fibroblastiques. On note un important infiltrat inflammatoire fait d'histiocytes et de lymphoplasmocytes et une absence d'atypie cytonucléaire.

Cet examen anatomopathologique a conclu à un aspect histologique évoquant une épulis fibreuse remaniée.

DISCUSSION

L'épulis fibreuse présente cliniquement sous la forme d'un nodule ferme, recouvert par une muqueuse d'aspect normal ou un peu plus pâle, se prolongeant parfois dans la papille inter dentaire et sur la fibro-muqueuse linguale ou palatine, cette pseudo-tumeur est principalement formée par du tissu fibreux, elle peut contenir des calcifications. Elle fait partie des tumeurs bénignes gingivales [4].

On ne peut parler des tumeurs bénignes sans les différencier des tumeurs malignes :

- Leur accroissement est exclusivement local par mitose typique (division bipolaire directe).
- L'expansion s'effectue sans envahissement, par simple refoulement des structures environnantes.

➤ Une capsule fibreuse délimite le plus souvent la tumeur.

➤ Elles ne donnent pas de métastases.

➤ Elles ne sont pas accompagnées de signes généraux (asthénie, anorexie, fièvre) ni d'adénopathies.

➤ Elles ne donnent pas de récurrences lorsque l'exérèse de la tumeur est totale [2].

Dans notre cas l'évolution est locale, les structures voisines sont intactes et la tumeur est délimitée par une capsule grisâtre, le malade ne présente pas de signes généraux ni d'adénopathies.

L'épulis a un aspect clinique qui permet en général d'évoquer le diagnostic, sauf pour les lésions rares qui ont un aspect caractéristique [5].

La radiographie est nécessaire mais pas obligatoire pour le diagnostic et la démarche thérapeutique. Mais si elle est réalisée (notamment la radiographie panoramique), elle permet de voir si la base d'implantation est au niveau de l'os et éventuellement d'observer une zone d'alvéolyse [3, 4].

Dans notre cas le cliché n'a pas été réalisé.

La recherche de signes de malignité doit constituer un temps de la démarche diagnostique. En conséquence, le recours à l'examen histologique doit être systématique pour confirmer ou infirmer le diagnostic [2].

L'épulis est une pseudo-tumeur de nature inflammatoire ayant pour siège la surface de la gencive.

Ses étiologies sont nombreuses et variées telle une mauvaise hygiène bucco-dentaire, un traumatisme prothétique (blessure par une prothèse mal adaptée), une cause dentaire, une épine irritative telle que du tartre ou une racine, ou bien une variation endocrine : grossesse, diabète [6].

L'ensemble des éléments cliniques et histologiques retrouvés dans l'épulis fibreuse gingivale sont comparés aux éléments observés chez notre patient dans le **tableau ci-dessous**. La thérapeutique chirurgicale a été privilégiée dans le cas de notre patient.

La chirurgie avec le bistouri électrique est préférable, les avantages connus pour le bistouri électrique notamment l'hémostase per-opératoire et la rapidité de cicatrisation [1].

Dans notre cas, la lame froide a été utilisée et l'hémostase était faite par compression des bords de la plaie opératoire, refermée ensuite par points séparés de vicryl 4/0.

La pénicillothérapie locale essentielle est une alternative à la chirurgie représente une nouvelle méthode de traitement. Elle consiste en l'injection au sein de la tumeur de 1 000 000 UI de pénicilline G. Ces injections sont espacées de trois jours jusqu'à disparition complète de la tumeur et nécessitent

préalablement de vérifier l'absence d'allergie à la pénicilline [7].

L'examen anatomo-pathologique peut ne pas être concordant avec les données cliniques ; dans notre cas l'examen anatomopathologique a confirmé l'examen clinique.

Initialement les lésions étaient catégorisées en 4 entités spécifiques : épulis fibreuses proprement dites, polypes épithélio-fibreux, granulomes fibroblastiques calcifiés et les fibromes ossifiants.

Une étude histologique portant sur l'analyse de 204 cas de lésions fibreuses de la gencive par rapport à la calcification des tissus, la nature du tissu conjonctif et le type de kératinisation a permis de trouver les résultats suivants:

- 46,5% des lésions contenaient des calcifications
- Le tissu conjonctif était surtout du collagène (50,5%) ou mixte (44,6%).
- 36% des lésions étaient ulcéreuses
- 79,5% des lésions associaient le tissu conjonctif aux calcifications
- 15,7% étaient mixtes.

Ceci permet d'envisager l'hypothèse que les différentes lésions seraient des étapes d'un même processus pathologique. Ainsi le terme « lésions fibroblastiques de la gencive » regrouperait les fibromes, les épulis fibreuses avec ou sans ossification [8, 9].

Cependant, il convient d'évoquer la particularité de l'épulis congénitale (EC) encore appelée tumeur congénitale à cellules granuleuses ou tumeur de Neumann qui est une tumeur bénigne rare, naissant le plus souvent de la crête alvéolaire de l'os maxillaire. Elle peut être à l'origine d'une gêne respiratoire et/ou digestive si elle augmente de taille. Des observations ont permis de rapporter les caractéristiques anatomocliniques et évolutives ainsi que les problèmes diagnostiques de cette entité [10, 11,12].

L'abstention thérapeutique devant des épulis de taille petite ou moyenne, sans gêne fonctionnelle a été souvent la meilleure conduite à tenir [11].

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale sont très nombreuses et très variées. Ces lésions pathologiques ont des étiologies très variées. Elles peuvent être d'origine inflammatoire, infectieuse ou traumatique. C'est le premier cas reporté dans notre pays qui était particulier dont les suites opératoires ont été simples. Le pronostic de cette affection est généralement bon.

REFERENCES

1. Ennibi OK, Benfdil F, Taleb B, Amrani M, Benzarti N, Les épulis : aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques. Actualités odontostomatologiques, 1999;207:367-377.
2. Göran A, Åke S. Hyperplastic Lesions of the Gingiva and Alveolar Mucosa A Study of 175 Cases. Acta Odontologica Scandinavica,1983;41(2): 75-86.
3. Masashi M, Kohji H, Takashi S. Dynamic distribution of basic fibroblast growth factor during epulis formation: an immunohistochemical

study in an enhanced healing process of the gingiva. Journal of Oral Pathology & Medicine, 1997;26(5): 224-232

4. Laskaris G. Atlas des maladies buccales. 2ème éd. Ed: Médecine-Sciences. Flammarion Paris 1994.
5. Dridil M., Ejeil A.L., Vi-Fane B., Godeau G. Papillome buccal : présentation d'un cas clinique. Revue d'odonto-stomatologie, 2004;33(2):111-117.
6. Ndiaye-SR, Ngom-Ndoye M, Larroque G, Sembène M, Diallo P. D, Ngoullam P. Réactions gingivales aux contraceptifs oraux au sein d'une population féminine de la région de Dakar. Médecine d'Afrique noire,1989;36(8-9) : 658-661
7. El Wady W ; Lazrak H ; Cantaloube D . Penicillinothérapie in situ dans le traitement des épulis. Médecine tropicale,1998;58(2):149-154
8. Rosnah Binte Zain, Yeo Jinn Fei. Fibrous lesions of the gingiva: A histopathologic analysis of 204 cases. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, 1990;70(4):466-470
9. William H. Binie. Periodontal cysts and epulides. Periodontology 2000; 21:16-32
10. Lamhaouar L, Benyahya I, Khazana A. Rifki C, Purer R. Revue d'Odonto-Stomatologie, 2005 ; 34(2) :113-123.
11. Chiraz C, Lilia M H, Nadia BK, Sameh E, Fathi KKA, Mohamed A, et al. Une tumeur gingivale congénitale rare. ANN PATHOL, 2009 ;29(6) : 485-487.
12. Kadlub N, Galliani E, Oker N, Vazquez MP, Picard A. L'exérèse des épulis congénitales : savoir s'abstenir. À propos d'un cas de régression spontanée Arch Pediatr, 2011;18(6):657-9.

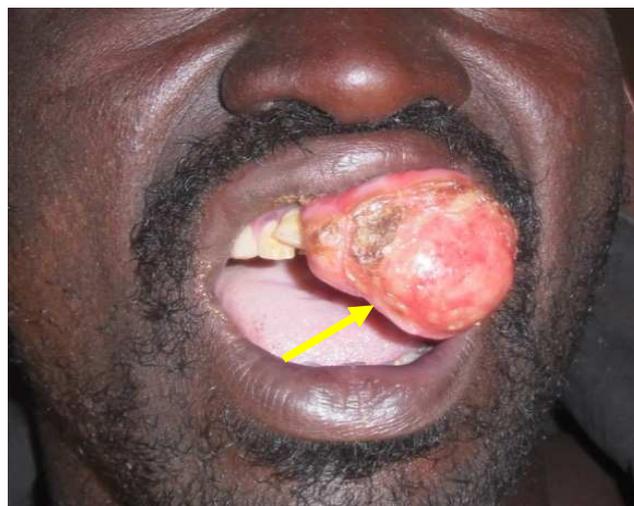


Photo 1 : Tuméfaction de la région antérieure du maxillaire supérieur faisant une saillie (flèche)



Photo 2 : Tumeur entraînant l'impossibilité de la fermeture de la bouche



Photos 3: L'exérèse de la masse tumorale a été faite avec avulsion des dents 11, 21, 22 (pièce opératoire : image de gauche ; avulsion des dents : image de droite)

Tableau 1. : Comparaison des éléments cliniques et histologiques selon la classification de Chomette et Auriol [3] et notre cas

	Eléments cliniques et histologiques selon la classification de Chomette et Auriol [3]	Notre cas
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Nodule ferme Recouvert par une muqueuse d'aspect normal ou un peu plus pâle Se prolongeant parfois dans la papille interdentaire et sur la fibro-muqueuse linguale ou palatine 	<ul style="list-style-type: none"> Tuméfaction de forme ovale. Indolore, de consistance ferme n'intéressant pas l'os alvéolaire. recouvert par une membrane grisâtre d'aspect fibreuse, prolongeant la fibro-muqueuse gingivale au niveau vestibulaire.
Histologie	<ul style="list-style-type: none"> Tissu conjonctif est diffus. Jamais encapsulé, recouvert d'un épithélium mince ou hyperplasique avec parfois une ossification métaplasique. 	<ul style="list-style-type: none"> Prolifération tumorale faites de plage de cellules fibroblastiques. Important infiltrat inflammatoire fait d'histiocytes et de lymphoplasmocytes, absence d'atypie cytonucléaire.