

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

MIISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID  
FACULTE DE MEDECINE  
DR. B. BENZERDJEB - TLEMEN



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد  
كلية الطب  
د. ب. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE

THÈME :

***Les Pseudotumeurs De La Muqueuse Gingivale  
Diagnostic Et Thérapeutique***

PRÉSENTÉ PAR :

BENYELLOUL SARAH

BETAOUAF MOHAMMED AMINE

Soutenue publiquement le 25 Juin 2013 devant le jury constitué de :

**Professeur Badr-Eddine SARI**  
**Professeur Zakia Oussadit**  
**Docteur Hafsa Taleb**  
**Docteur Amel Zouaoui**  
**Encadreur**  
**Co-encadreur**

(CHU-Tlemcen, Algérie)  
(CHU-Tlemcen, Algérie)  
(Maitre-assistant CHU-Tlemcen, Algérie)  
(Maitre-assistant CHU-Tlemcen, Algérie)  
Docteur Nadera HOUALEF  
Docteur Fethallah EL OUCHDI

**Président**  
**Examinateur**  
**Examinateur**  
**Examinateur**

**Année Universitaire 2012-2013**

14

*[Handwritten signature]*

*A cœur vaillant rien d'impossible  
A conscience tranquille tout est accessible  
Quand il y a la soif d'apprendre  
Tout vient à point à qui sait attendre  
Malgré les obstacles qui s'opposent  
En dépit des difficultés qui s'interposent  
Les études sont avant tout  
Notre unique et seul atout  
Ils représentent la lumière de notre existence  
Espérant des lendemains épiques  
Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis  
Jour et nuit, nous mènera vers un avenir glorieux et  
magique  
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys,  
Nous prions dieu que cette soutenance  
Fera signe de persévérance  
Et que nous serions enchantés  
Par notre travail honoré.*



Remerciements  
&  
Dédicaces



*A notre président de jury*

*Professeur Badr-Eddine Sari*

*Professeur en pathologie bucco-dentaire*

*Professeur des universités de la faculté de médecine,*



*Département de médecine dentaire de l'université de Tlemcen*

*Praticien hospitalier CHU Tlemcen*

*Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations la présidence de ce jury  
de mémoire.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité et conseils si précieux.  
C'est une fierté et un grand honneur pour nous, d'avoir été l'un de vos  
étudiants.*

*Vos qualités humaines ne nous ont pas échappé.  
Veillez accepter, ici cher Maître l'expression de toute notre gratitude.*





*A notre membre de jury :*

*Professeur Zakia Oussadit*



*Professeur en prothèse de la faculté de médecine de Tlemcen,*

*Département de médecine dentaire de l'université de Tlemcen*

*Praticienne hospitalier CHU Tlemcen*

*Nous tenons à vous remercier de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger  
notre travail.*

*L'illustre personnage que vous êtes, fait la fierté de l'institution. Votre  
simplicité, votre modestie et votre disponibilité ne sont qu'une infime partie de  
vos qualités humaines. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère  
gratitude.*





*A notre membre du jury*

*Docteur Hafsa Taleb*

*Maitre-assistant en parodontologie de la faculté de médecine de Tlemcen.*



*Département de médecine dentaire de l'université de Tlemcen*

*Praticienne hospitalier CHU Tlemcen*

*Nous vous adressons nos sincères remerciements d'avoir accepté d'examiner  
cette mémoire et de participer à ce jury.*

*Votre rigueur intellectuelle, vos qualités éminemment scientifiques et humaines,  
et votre parfaite maîtrise de la parodontologie suscitent l'admiration et forcent  
le respect.*

*Veillez trouver en la réalisation de ce travail occasion de vous témoigner notre  
profond respect*





*A notre membre de jury*

*Docteur Amel Zouaoui*

*Maitre-assistant en parodontologie de la faculté de médecine de Tlemcen,*


*Département de médecine dentaire.*

*Praticienne hospitalier CHU Tlemcen*

*C'est avec beaucoup de reconnaissance et de gratitude  
que nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.*

*Votre simplicité et votre rigueur au travail nous ont séduits*

*Veillez trouver en la réalisation de ce travail l'occasion de vous témoigner  
notre profond respect*







*A notre encadreur :*

*Docteur Nadera Houalef*

*Maitre-assistant en parodontologie de la faculté de médecine de Tlemcen.*



*Département de médecine dentaire*

*Praticienne hospitalier CHU Tlemcen*

*On tient à vous remercier d'avoir toujours consacré votre temps pour nous aider, et nous guider à effectuer ce travail.*

*Vos conseils judicieux, vos encouragements ont grandement facilité la réalisation de ce mémoire.*

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez recevoir cher Maitre le témoignage de toute notre admiration pour vos qualités humaines ainsi que notre sympathie a votre égard.*





*A notre maitre et co-encadreur :*

*Dr Fethallah Ouchdi*

*Assistant en parodontologie de la faculté de médecine de Tlemcen,*

*Département de médecine dentaire*

*Praticien hospitalier CHU Tlemcen*

*On tient à vous remercier de vous êtes toujours montré à l'écoute et disponible  
tout au long de la réalisation de ce mémoire, Ainsi pour l'inspiration, l'aide et  
le temps que vous nous avez consacré*

*On admire votre conscience professionnelle qui fait de vous un praticien  
exemplaire.*





*Docteur Nabil Belbachir*

*Assistant en parodontologie de la faculté de médecine de Tlemcen,*



*Département de médecine dentaire de l'université de Tlemcen*



*Praticien hospitalier CHU Tlemcen*

*On tient à vous remercier pour tous l'aide que vous nous avez apportés tout au long de l'élaboration de ce travail*

*Votre simplicité, votre modestie et votre disponibilité ne sont qu'une infime partie de vos qualités humaines.*


*Veillez recevoir cher Maître le témoignage de toute notre admiration et notre sympathie à votre égard.*





*Au corps professoral, au personnel du Décanat de la faculté de Médecine de  
Tlemcen merci pour l'encadrement exemplaire.*

*A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.*





*Je dédie ce travail*

- *ALLAH, le miséricordieux, le tout puissant pour nous avoir permis de le réaliser*
- *A ma mère: Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu en as fait depuis ma naissance. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.*
- *A mon père: Ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices j'espère qu'il pourra faire votre fierté ; trouvez-y ma profonde reconnaissance et ma gratitude. Vous m'avez toujours soutenu dans toutes mes entreprises. Soyez assuré de ma profonde affection.*
- *A ma sœur : Ce travail est aussi le vôtre. En témoignage de notre grande affection et de mon profond attachement.*
- *A YASMIN ton soutien moral, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont été d'une aide précieuse. et a toi SARAH amie et binôme exceptionnelle.*
- *A mes grands parents et particulièrement ma grand-mère pour tout le sacrifice consenti*
  - *A toute ma famille (BETAOUAF et ABOURA) et a toi « MOH»*
  - *A mes amis*
  - *A mes confrères et au « département »*

*A Mon Pays l'ALGERIE, à qui je dois beaucoup*



**BETAOUAF MOHAMMED AMINE**

*J'adresse en premier lieu ma reconnaissance à notre DIEU tout puissant de m'avoir donné la capacité d'écrire et de réfléchir, la force d'y croire, ainsi que la patience d'aller jusqu'au bout de mon travail.*

*Aux êtres les plus chers à mon cœur :*

*J'exprime mes sincères remerciements à l'encontre de mes très chers parents qui m'ont tant soutenu et encouragé tout au long de ma vie.*

*Rien au monde ne pourrait compenser les efforts et les sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation, et la poursuite de mes études dans de bonnes conditions. Ce travail est le fruit et la récompense de vos sacrifices*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, L'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous*

*Puisse DIEU, vous procure santé, bonheur et longue vie.*

*A mon unique et très cher frère Malik et mes deux sœurs adorées Hindou ET Fatema zohra qui ont toujours été là pour moi.*

*A la mémoire de mes grands parents paternelle « youcef et zoulikha Allah yerhamhoum »*

*A mes grands parents maternels moustapha et en particulier **ma grand-mère SABIHA** la mémoire de la grande dame qui a comblé ma vie d'amour, de tendresse et d'affection.*

*A mes oncles, tantes, cousins et cousines*

*A tous les membres de mes familles (BENYELLOUL, HAMZAOU), petits et grands*

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon Affection*

*A mon ami et binôme Betouaf Med Amine qui m'a soutenu et aider à accomplir ce travaille*

*A mes chers collègues Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble c'es six dernières années, en particulier Hidayet , Samia, Sarra ,Amine , Réda ,kheiro,Riyad,Sifou,Sofiane ,Nassim*

*A Docteur BOUAYAD AGHA Mohamed et son équipe du cabinet qui m'on beaucoup aidé à enrichir et approfondir mes connaissances dans ce vaste domaine.*

*Je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur*

*J'adresse mes profonds remerciements à une personne unique et exceptionnelle qui n'a jamais cessé de croire en moi et qui a toujours su trouver les mots justes pour m'encourager et m'aider à aller jusqu'au bout de la réalisation de ce travail, A toi **LIFE IS GOOD**. Sans oublier mon Suaresse que j'adore.*

*A tous ceux qui a contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail et à toute personne qui m'a enseigné ou guidé durant tout mon cursus.*

**BENYELLOUL SARAH**

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	01
<b>Chapitre I : Rappels</b> .....	
1. Le parodonte sain.....	02
1.1 Définition.....	02
1.2 Les constituants du parodonte.....	02
2. La muqueuse gingivale.....	05
2.1 Définition.....	05
2.2 Biotype gingival : structure anatomique.....	05
2.3 Vascularisation et Innervation.....	07
2.4 Histologie le la gencive.....	08
2.5 Physiologies de la gencive.....	18
2.6 Caractéristiques clinique d'une gencive saine.....	21
3. La pathologie parodontale.....	22
3.1 Définition.....	22
3.2 Etiologies.....	22
3.3 Processus pathologiques.....	31
3.3.1 Processus inflammatoire.....	31
3.3.2 Processus dégénérative.....	36
3.3.3 Processus tumoral.....	36
3.4 Signes cliniques de la maladie parodontale.....	37
3.5 Aspect histopathologique des les lésions parodontale.....	38
4. Généralités sur le processus tumoral.....	40
4.1 Définition.....	40
4.2 Etiologies.....	41
4.3 Composition.....	41
4.4 Caractères.....	41
4.5 Catégories des tumeurs.....	42
4.5.1 Tumeurs malignes.....	42
4.5.2 Tumeurs bénignes.....	43
4.6 Nomenclature des tumeurs.....	44
4.7 Evaluation du pronostic des tumeurs.....	44
4.8 Méthodes de diagnostic des tumeurs.....	45
<b>Chapitre II : Classification des tumeurs parodontales</b> .....	
1. Classifications générales.....	47
1.1 Classification de CRAIG B.FOWLER 1999.....	47
1.2 Classification de Jan Lindhe 2003.....	48
2. Classification des tumeurs bénignes gingivales.....	50
2.1. Classifications de Jean Pierre CARREL et coll 1999.....	50
2.2. Classification de Laskaris 2006.....	51
<b>Chapitre III : Lésion pseudo-tumorale gingivale ou tumeur epulidienne</b> .....	
1. Historique du terme épulis.....	53
2. Forme cliniques des pseudotumeurs ou des tumeurs épulidiennes.....	54
2.1. Epulis.....	54
2.1.1. Epidémiologie.....	54
2.1.2. Etiologie.....	54
2.1.3. Histologie.....	55
2.1.4. Aspect clinique et radiologique de la gencive épulidienne et son évolution.....	55
2.1.5. Les différentes formes cliniques.....	56

2.1.5.1. L'épulis du sujet denté.....	56
2.1.5.2. L'épulis du sujet édenté appareillé.....	57
2.1.5.3. L'épulis de la femme enceinte.....	59
2.1.5.4. Epulis du nouveau-né ou congénital.....	59
2.1.5.5. Epulis d'origine médicamenteuse.....	60
2.1.6. Les différentes formes histopathologiques d'épulis.....	61
2.1.6.1. Epulis hyperplasiques simple.....	61
- Epulis inflammatoire.....	61
- Epulis vasculaires.....	61
- Epulis fibreuse.....	62
2.1.6.2. Epulis myélopaxes.....	63
2.1.7. Diagnostic positif.....	63
2.1.8. Diagnostic différentiel.....	64
2.2 Botryomycome ou granulome pyogenique.....	65
2.3 Granulomes peripheriques a cellules geantes.....	66
2.4 Granulome post-extraction.....	67
<b>Chapitre IV : Examen clinique.....</b>	
1. Interrogatoire.....	68
2. Examen clinique proprement dit.....	70
2.1. Examen exobuccal.....	70
2.2. Examen endobuccal.....	71
✚ Examen de l'environnement buccal.....	71
• Examen dentaire.....	72
• Examen de l'occlusion.....	72
• Examen de la salive.....	73
✚ Muqueuse buccale.....	73
✚ Examen de la gencive.....	73
• L'état de la gencive.....	73
Les indices parodontaux.....	74
<b>Chapitre V : Les différentes approches thérapeutiques des tumeurs epulidiennes.....</b>	
1. La base des traitements des pseudotumeurs.....	78
2. Le but.....	78
3. Les gestes primordiaux après confirmation du diagnostic.....	78
4. Traitement préventif.....	78
5. Traitement étiologique.....	78
6. La thérapeutique classique des tumeurs épulidiennes.....	79
6.1. Protocole opératoire.....	79
6.2. Maintenance ou soins parodontaux de soutien.....	81
6.3. Traitement de l'épulis gravidique.....	81
7. Autres traitements.....	82
7.1. Traitements historiques.....	82
7.1.1. Traitement par injection d'acide trichloracétique.....	82
7.1.2. Fibrogenèse.....	82
7.1.3. La pénicillinothérapie locale.....	83
7.2. Traitement par laser (nouvelle technique) pour épulis fibreuse.....	84
<b>Chapitre VI : Examen anatomo-cyto-pathologique.....</b>	
1. Place de l'anatomo-cytopathologie dans la médecine dentaire moderne.....	85
2. Les différents types de prélèvements.....	86



2.1. Les prélèvements cytologiques.....	86
2.2. Les prélèvements tissulaires.....	86
3. Indication de la biopsie gingivale.....	87
4. Techniques de prélèvement des biopsies chirurgicales.....	87
4.1. Biopsie simple « incisional biopsy » .....	87
4.2. Biopsie-exérèse « excisional biopsy » .....	88
4.3. Biopsie extemporanée ou préopératoire.....	89
5. Gestes à proscrire lors du prélèvement.....	90
6. Techniques d'étude morphologique des prélèvements cellulaires et tissulaires.....	90
7. Les résultats. Le compte-rendu anatomopathologique.....	93
8. Déontologie. Aspects législatifs.....	93
<b>Chapitre VII : Notre étude</b> .....	
1. Objectifs de notre étude.....	94
2. Patients et méthodes.....	94
2.1. Lieu et cadre d'étude. ....	94
2.2. Type d'enquêtes et période d'étude. ....	94
2.3. Population d'étude. ....	94
2.4. Matériels utilisés.....	94
2.5. Faisabilité. ....	95
2.6. Considérations déontologiques et ethniques.....	96
3. Cas cliniques.....	96
4. Discussions et commentaires.....	125
5. Recommandations.....	128
<b>Conclusion</b> .....	129
<b>Références bibliographique</b> .....	130
<b>Résumé</b> .....	133
<b>Annexes</b> .....	134

A decorative oval frame with a light gray border. At each of the four corners, there is a small, stylized floral or vine-like ornament. The word "Introduction" is centered within the frame in a dark gray, serif font.

# Introduction

Le médecin dentiste est amené au cours de son activité professionnelle à rencontrer des lésions buccales diverses parmi lesquelles certaines, malgré leur faible fréquence doivent être reconnues. C'est le cas des pseudotumeurs de la muqueuse gingivale qui de par leurs manifestations cliniques sont souvent plus impressionnantes que graves.

L'état actuel des prises en charge des pathologies tumorales parodontales montre que les dentistes sont mal avertis à diagnostiquer ces tumeurs. En dépit du fait que la muqueuse gingivale et la muqueuse buccale sont deux structures histologiquement différentes, la plupart des dentistes ne font pas la distinction entre les tumeurs gingivales et les tumeurs de la muqueuse buccale ; ils utilisent habituellement le terme de « orale » pour les deux localisations.

L'épulis est la lésion la plus répandue parmi les pseudotumeurs de la gencive et elle est d'étiologies très diverses souvent intriquées avec un processus inflammatoire, elle s'observe à tout âge, et elles posent un problème chirurgical qui doit être conservateur au maximum puisque le granulome périphérique n'est qu'un processus réparateur dévié par des facteurs locaux et généraux.

Les épulis ont été largement décrites tant en Europe qu'en Afrique et en Asie. Elles restent encore une pathologie d'actualité, elles peuvent souvent évoluer vers des complications en absence d'un traitement correct.



# Chapitre I

*Rappels*

## 1. LE PARODONTE SAIN :

### 1.1. Définition:

Le parodonte, du grec "par"(à côté de) et "odontos"(dent), C'est un système fonctionnel de différents tissus qui entourent et soutiennent la dent. Il comprend : la gencive, le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, et le cément

S'il est devenu classique de dire que *l'alvéole naît, vit et meurt avec la dent* ; il n'est pas inutile de souligner que la forme et la fonction de cette dent conditionne l'architecture de l'ensemble des tissus parodontaux ; C'est la dent qui dirige la formation de tout le parodonte et le modèle. On distingue :

**Le parodonte superficiel** : La Gencive

**Le parodonte profond** : il comprend :

- ✓ L'Os alvéolaire.
- ✓ Le Desmodonte.
- ✓ Le Cément.

### 1.2. Les constituants du parodonte

#### ✱ La gencive :

C'est la partie la plus superficielle du parodonte qui recouvre la portion coronaire des procès alvéolaires et les septa osseux inter dentaires. Elle est attachée à la surface de la dent par l'épithélium de jonction qui constitue le fond du sillon gingivo-dentaire ou sulcus gingival.

#### ✱ L'os alvéolaire :

L'os alvéolaire est la partie de l'os maxillaire et de l'os mandibulaire qui contient les alvéoles dentaires, Il comprend une corticale alvéolaire interne que l'on appelle aussi lame cribiforme ou lamina dura ; et une cortical externe qui est recouverte par le périoste. Il est vascularisé et innervé.

L'os alvéolaire est en perpétuel remaniement. Il se constitue conjointement avec le développement et l'éruption des dents et se résorbe progressivement après leur chute. Par conséquent, les procès alvéolaires sont des structures dépendantes de la présence des dents. Avec le cément et les fibres desmodontales,

L'os alvéolaire forme le tissu de soutien de tout le système dentaire ; il distribue et absorbe les forces générées lors de la mastication ou d'autres contacts dentaires.

### ★ Le ciment :

Le ciment est un tissu calcifié d'origine conjonctive spécialisé recouvrant les surfaces radiculaires et occasionnellement, de petites portions de la couronne dentaire. Il possède beaucoup de caractéristiques communes avec le tissu osseux. Cependant, le ciment ne contient pas de vaisseaux sanguins ou lymphatiques, n'est pas innervé, et ne subit pas de résorption physiologique ni de remodelage, mais il est caractérisé par une apposition continue tout au long de la vie. Il fixe les fibres du desmodonte à la racine et contribue au processus de réparation qui intervient après lésion de la surface radiculaire.

On distingue deux types différents de ciment :

- 1) Le ciment primaire ou ciment acellulaire qui se forme lors du développement de la racine et de l'éruption de la dent
- 2) Le ciment secondaire ou ciment cellulaire qui se forme après l'éruption de la dent et en réponse aux exigences fonctionnelles.

### ★ Le desmodonte :

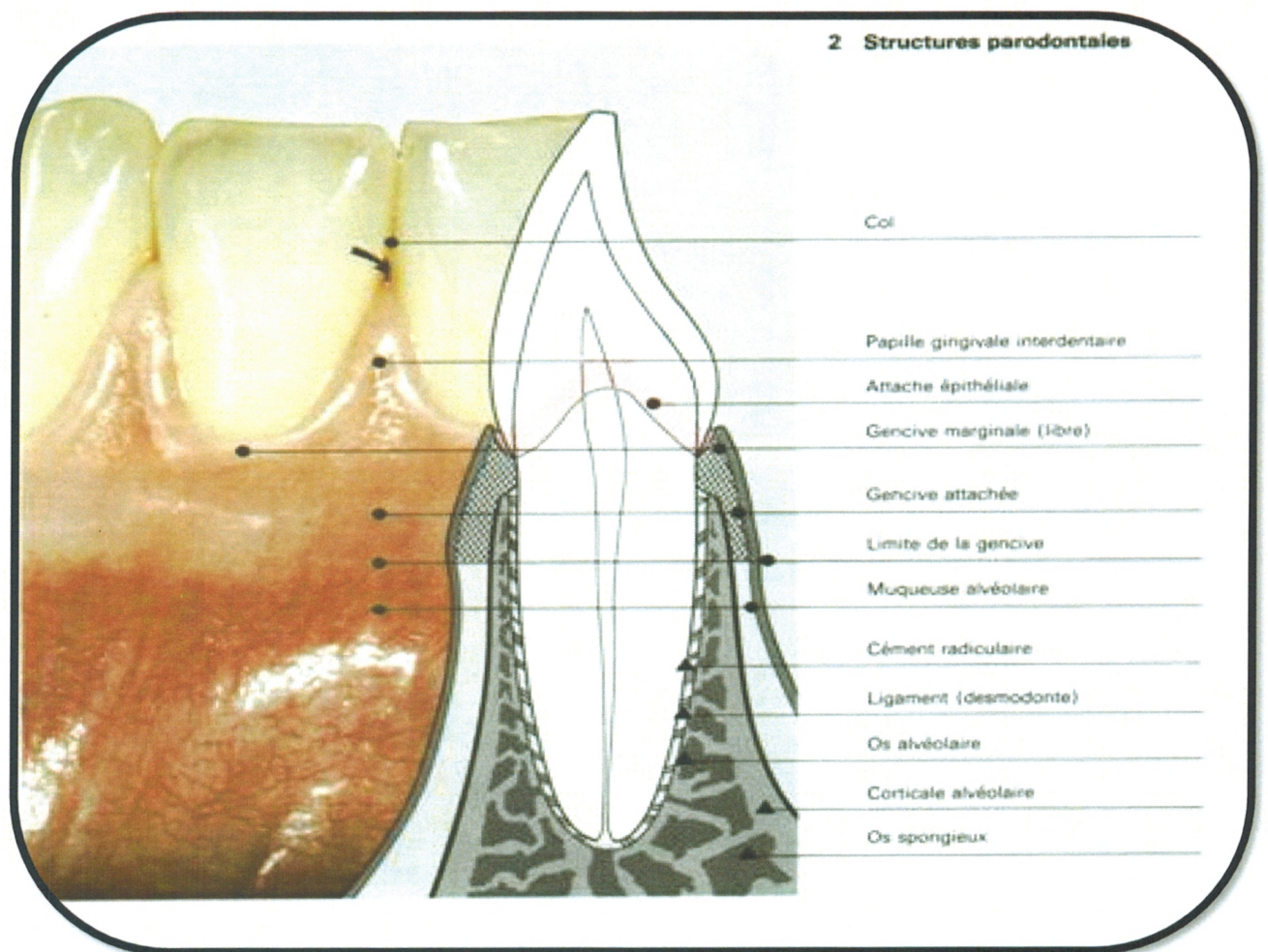
Le ligament alvéolo-dentaire, que l'on appelle aussi desmodonte, est une lame de tissu conjonctif fibreux qui entoure la racine et qui, par l'intermédiaire des fibres de Sharpey, attache la dent à l'alvéole osseuse.

Il s'agit d'un tissu conjonctif fibreux vascularisé et innervé comprenant des fibroblastes, de la substance fondamentale et des fibres en très grand nombre

Parmi les éléments fibrillaires, on compte surtout du collagène (90 %) ; les fibres de conjonctif du ligament sont organisées en faisceaux. ceux-ci sont horizontaux dans la partie coronaire, obliques dans la partie moyenne, et verticaux dans la partie apicale et dans les espaces inter radiculaires

Sa largeur moyenne est de 0,2 mm. Il est évasé au bord cervical et rétréci au tiers apical.

Il est responsable de résistance de l'organe dentaire aux forces de l'occlusion et permet la mobilité physiologique de la dent dans son alvéole



**Figure 01:** Vue clinique de la gencive et coupe sagittale de la dent et du parodonte

« La santé parodontale ou le silence des organes peut être définie comme une étape stable dans le temps de chacun des 4 tissus parodontaux qui adhèrent ou s'attachent à la surface de la racine ».

**CLAUD BERNARD .**

## 2. La muqueuse gingivale

La muqueuse orale se compose de la muqueuse spécialisée tapissant la face dorsale de la langue, la muqueuse de recouvrement des autres parties de la cavité buccale (face interne des joues, lèvres, plancher et palais) et enfin de la fibro-muqueuse gingivale.

Ce dernier tissu biologique spécifique présente des particularités anatomiques, histologiques et physiologiques que l'en détaillera dans cette partie.

### 2.1. Définition

La gencive est la partie spécialisée de la muqueuse orale qui sertie les collets anatomiques des dents et recouvre une partie des corticales des procès alvéolaires.

### 2.2. Structure anatomique (Figure 02) :

On distingue classiquement 3 régions anatomiques : Gencive marginale, papillaire et attachée.

#### 2.2.1. Gencive marginale :

C'est une bande de 0,5 à 2 mm d'hauteur qui entoure la partie cervicale des dents.

Elle est festonnée suivant les colles anatomiques ; limitée coronairement par le rebord gingival. Elle se continue latéralement avec la gencive papillaire ; et apicalement avec la gencive attachée dont elle est délimitée par le sillon marginal.

Elle présente à décrire :

#### □ **Sillon marginal :**

Dépression délimitant la gencive libre de la gencive attachée.

Il n'est retrouvé que chez 30 à 40% des adultes et souvent plus prononcé sur la face vestibulaire. Sa présence est plus fréquente dans la région incisive et prémolaire mandibulaire ; plus rare dans la région molaire mandibulaire et prémolaire maxillaire.

#### □ **Sillon gingivo-dentaire ou sulcus :**

Appelé autrefois sillon créviculaire.

C'est l'espace virtuel compris entre la surface dure dentaire et la paroi tissulaire molle de la gencive. Sa profondeur pour une gencive saine varie de 0.5 à 2 mm

#### □ **Fluide gingival ou fluide créviculaire :**

Le sillon gingivo-dentaire contient un fluide qui filtre à partir du tissu conjonctif gingival.



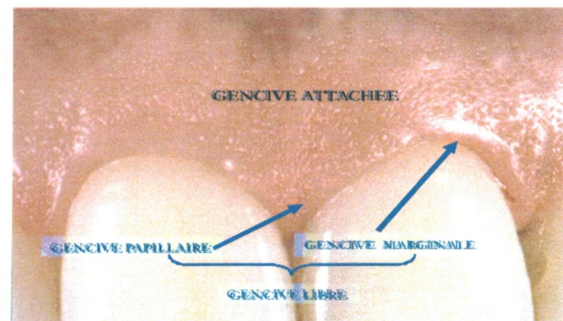
Il a comme rôle de :

- Débarrasser le sillon gingival des matériaux qui s'y trouvent.
- Contient des protéines plasmatiques collantes qui peuvent renforcer l'adhésion de l'attache épithéliale.
- Possède des propriétés antimicrobiennes.
- Il se peut qu'il exerce une activité anticorps de défense de la gencive.

### 2.2.2. Gencive papillaire : inter dentaire ou col gingival :

C'est la partie de gencive qui occupe l'espace inter dentaire en dessous des points de contact dentaires. Elle présente une forme de pyramide antérieurement, mais postérieurement, le col gingival présente 2 pics en relation avec la surface de contact.

Elle est limitée latéralement par la gencive marginale, et sa partie centrale est constituée d'une portion de gencive attachée.



**Figure 02** : les différentes structures anatomiques de la gencive

### 2.2.3. Gencive attachée :

C'est la partie de gencive qui adhère fortement aux structures sous-jacentes. Elle est séparée de la muqueuse alvéolaire par la ligne mucco-gingivale. Elle présente un aspect granité en peau d'orange, en rapport avec les micro-anfractuosités de l'os alvéolaire, le réseau fibrillaire... C'est une gencive kératinisée.

#### □ Limite :

Elle s'étend de la gencive marginale à la ligne mucco-gingivale mais également présente au niveau des centres des papilles. Elle possède une consistance ferme, et une couleur rose corail.

Du côté lingual et palatin. Elle se prolonge par la muqueuse palatine ou linguale sans démarcation nette.

□ **Hauteur :**

Elle est variable pouvant atteindre 9 mm ; plus importante au niveau des dents antérieures et plus faible en regard des prémolaires.

Il a été constaté que la hauteur de gencive attachée est significativement plus importante chez les patients âgés de 40 à 50 ans que ceux âgés de 20 à 30 ans.

Il a été admis qu'une hauteur de gencive de 1 à 2 mm est considérée comme suffisante et elle est indispensable au maintien de la santé parodontale.

□ **Epaisseur :**

Elle varie d'un individu à un autre et selon les endroits chez le même individu.

## 2.3. Vascularisation et Innervation

### 2.3.1. vascularisation :

□ **Distribution sanguine :**

La distribution sanguine dans la gencive se fait par 3 sources :

- ✓ Artéριοles supra périostes : le long des faces vestibulaires et linguales de l'os alvéolaire.
- ✓ Vaisseaux du desmodonte : qui parcourent la gencive. et s'anastomosent avec quelques ramifications capillaires dans la zone du sillon.
- ✓ Artéριοles venant des septa inter dentaires : longent le rebord de l'os et s'anastomosent avec des vaisseaux du desmodonte.

□ **Territoire de vascularisation**

<b>Artère</b>	<b>Territoire de vascularisation</b>
▪ Artère sous orbitaire →	Face antéro-vestibulaire maxillaire
▪ Artère alvéolaire →	Face postéro-vestibulaire maxillaire
▪ Artère palatine →	Face antéro-palatine maxillaire
▪ Artère sphéno-palatine →	Face postéro-palatine maxillaire
▪ Artère sous-mentale →	Face antéro-vestibulaire mandibulaire
▪ Artère dentaire inferieure →	Face postéro-vestibulaire mandibulaire
▪ Artère linguale →	Face linguale mandibulaire.

❖ **Drainage lymphatique :**

Il prend naissance dans les lymphatiques des papilles du tissu conjonctif.

Il se collecte dans le raseau de captage, externe au périoste, du procès alvéolaire, puis dans les ganglions lymphatiques régionaux ; tout particulièrement dans les groupes sous-maxillaires.

De plus les lymphatiques situées juste au dessous de l'attache épithéliale se jettent dans le desmodonte où ils suivent les vaisseaux sanguins.

### 2.3.2. Innervation :

#### ❑ **Fibres nerveuses :**

L'innervation gingivale provient des fibres nerveuses du desmodonte ainsi que des nerfs, labiaux, buccaux et palatins.

- Fibres sensibles : d'origine desmodontale ou intra-osseuse.

→ Terminaison libre : aboutissant en éventail à proximité de l'épithélium.

→ Terminaison spécifique : se portent comme des récepteurs tactiles sensitifs.

- Fibres amyéliniques : d'origine sympathique ou parasympathique.

#### ❑ **Territoire d'innervation :**

<b>Le nerf</b>	<b>territoire d'innervation</b>
❑ Nerf sous-orbitaire →	Face antéro-vestibulaire maxillaire
❑ Nerf dentaire postérieur →	Face postéro-vestibulaire maxillaire
❑ Nerf naso-palatin →	Face antéro-palatine maxillaire
❑ Nerf buccal →	Face postéro-palatine maxillaire.
❑ Nerf dentaire inférieur →	Face antéro-vestibulaire mandibulaire
❑ Nerf buccal →	Face postéro-vestibulaire mandibulaire
❑ Nerf dentaire inférieur →	Face linguale mandibulaire.

## 2.4. Histologie de la gencive

### 2.4.1. Epithélium :

Il est pavimenteux stratifié comportant 3 épithélium ; épithélium oral gingival, épithélium oral sulculaire et épithélium de jonction.

#### ❖ **Epithélium oral gingival :**

##### a) Définition :

C'est un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé (sauf 10% des cas ou il peut être non kératinisé)

Il constitue les faces vestibulaires et buccales de la gencive formé de 30% de cellule épithéliales (kératinisâtes), et 70% de cellule non épithéliales.

##### b) Couches épithéliales :

Il comporte 4 strates ou couches de la profondeur a la superficie ;

**\* Couche basale : *Stratum germinatum* :**

Formée d'une seule assise cellulaire de forme cylindrique ou cuboïde, à proximité immédiate du tissu conjonctif séparée de ce dernier par la membrane basale.

Les cellules germinatives sont reliées entre elles par les desmosomes et à la membrane basale par les hémidesmosomes.

On observe au niveau de cette couche de nombreuses mitoses. Lorsque 2 cellules filles sont formées, une cellule basale « plus âgée » est poussée vers la couche épineuse assurant ainsi le renouvellement des couches épithéliales, et la synthèse des constituants de la membrane basale d'où son appellation.

**❖ En microscopie électronique :**

L'aspect ultra structural des cellules basales montre :

- Noyau ovoïde et indenté.
- Cytoplasme faiblement basophile, contenant un peu de réticulum endoplasmique granulaire, des ribosomes libres dans le cytoplasme.
- Un appareil de Golgi peu développé, des mitochondries péri-nucléaires, quelques grains de glycogène, des lysozymes et des tonofilaments intracytoplasmiques qui sont de longs filaments, constitués de protéines synthétisées par les ribosomes de la cellule; ils peuvent être soit épars dans le cytoplasme, soit assemblés en faisceaux.
- Le pourcentage des desmosomes est faible

**\* Couche épineuse : *Stratum spinosum* :**

Constituée de 10 à 20 couches de cellules polyédriques. Avec la couche basale, il constitue la moitié ou tiers de l'épaisseur totale de l'épithélium. Les cellules perdent leur potentiel de division et de sécrétion. La cellule a tendance à s'aplatir, le grand axe de la cellule devenant progressivement parallèle à la surface de l'épithélium.

**❖ En microscopie électronique :**

- Le volume cellulaire augmente.
- Rapport nucléo-cytoplasmique se réduit.
- Le nombre de mitochondries diminue.
- Le volume occupé par les tonofilaments augmente.
- Les espaces intercellulaires y sont relativement plus étroits et la densité des desmosomes plus importante. Des microvillosités assurent des contacts intercellulaires.

**\* Couche granuleuse : Stratum granulosum :**

Elle se caractérise par l'augmentation du volume cellulaire, un aplatissement progressif de la cellule et apparition de grains membranaires (corps d'Odland et grains de kéraohyaline).

❖ En microscopie électronique :

- Diminution importante des organelles intra cytoplasmiques.
- Augmentation du volume occupé par les tonofilaments.

• **Corps d'Odland :**

Sont de petits granules membranaires à contenu enzymatique. Ils semblent avoir pour origine l'appareil de Golgi. La fusion de ces granules avec la membrane cytoplasmique s'accompagne de l'élimination de leur contenu dans les espaces intercellulaires.

• **Grains de kéraohyaline :**

Principalement observés dans les couches superficielles du stratum granulosum. Ce sont des grains, riches en protéines, lipides, glucose et calcium. Ces grains constituent des zones de confluence de tonofibrilles, et semblent fournir une matrice incluant les tonofilaments pour constituer la kératine.

**\* Couche cornée : Stratum cornéum :**

C'est la couche superficielle, sa structure diffère selon qu'elle soit ortho kératinisée, para kératinisée ou non kératinisée.

□ **Ortho kératinisé :**

- La transition entre stratum granulosum et le stratum cornéum est très nette.
- Importantes modifications cytologiques : disparition du noyau et organelles intra cytoplasmiques. donc de ou le système de synthèse et de production d'énergie.
- La couche d'ortho kératine est constituée d'une vingtaine de squames, composés de disques hexagonaux, aplatis, à membrane épaisse, sans noyau ni organelles, ni grains de kéraohyalines, remplis de matériel éosinophile constitué de tonofilaments déshydratés inclus dans une matrice. Cette mixture de filaments et matrice constitue la kératine : protéine hautement insoluble et résistante.

□ **Para kératinisé :**

Dans ce cas les cellules sont aplaties éosinophiles mais conservant un noyau pycnotique, quelques organelles et des tonofilaments agrégés.

Quelle que soit la surface de l'épithélium : ortho kératinisée, para kératinisée ou non kératinisée, les cellules desquament, entraînant la rupture des joins intercellulaires

### ❖ **Épithélium oral sulculaire :**

#### **a. Définition :**

C'est la portion coronaire de l'épithélium sulculaire qui constitue la paroi molle du sulcus. Il est contigu, mais structurellement différent de l'épithélium de jonction.

C'est un épithélium mince non kératinisé, généralement non kératinisé. Ses caractéristiques structurales sont sensiblement similaires à celle de l'épithélium oral sulculaire.

#### **b. Couches épithéliales : particularités histologiques :**

Il est constitué de 4 couches :

##### **\* Stratum basal :**

Constitué de cellules peu différenciées dont l'aspect microscopique est peu différent des cellules basales de l'épithélium O.G. Les desmosomes y sont moins nombreux. Les héli-desmosomes les unissent à la membrane basale qui les sépare du tissu conjonctif sous-jacent. Elles subissent des mitoses, les cellules filles amorcent une migration vers les couches superficielles.

##### **\* Stratum spinosum :**

A ce niveau, la taille des cellules et le nombre de leurs organelles augmente. Les tonofilaments dont la densité est moins importante qu'au niveau du stratum spinosum de l'E.O.G kératinisé, sont épars dans le cytoplasme. Les desmosomes sont moins nombreux. Au niveau des couches superficielles de ce stratum apparaissent des corps d'Odland.

##### **\* Stratum granulosum :**

Il est peu discernable, Cependant les cellules présentent à ce niveau des grains de kératohaline, non associées aux filaments ; épars dans le cytoplasme.

##### **\* Stratum superficiel :**

Non kératinisé, il est constitué de cellules aplaties, contenant un noyau et quelques organelles.

Les desmosomes sont peu nombreux.

La desquamation se fait, cellule par cellule, dans le sillon gingival.

Les espaces intercellulaires occupent 12% du volume de l'épithélium oral sulculaire ce qui le rend perméable.

### ❖ **Épithélium de jonction : attache épithéliale :**

**a- Définition :**

C'est la portion apicale de l'épithélium sulculaire qui fournit une attache épithéliale unissant la gencive à la surface calcifiée dentaire.

Elle est représentée par une bande annulaire d'épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

Formée au début de la vie, par trois ou quatre couches cellulaires ; mais le nombre de couches augmente jusqu'à 10 à 20 avec l'âge. Cependant au niveau de sa portion apicale, il est très mince et ne comporte qu'un ou deux cellules. Sa profondeur varie entre 0.25 et 1.35 mm.

L'épithélium est attaché à une hauteur et à un niveau qui dépendent : du stade de l'éruption dentaire qui diffère selon la face dentaire considérée.

**b- Couches épithéliales :** il comporte 3 couches :**\*Couche basale :**

Les cellules basales disposées parallèlement à la surface dentaire, présentent une forme cuboïde ou allongées dans la direction cervicale.

□ En microscopie électronique :

- Ces cellules présentent un appareil de Golgi et un réticulum endoplasmique granulaire plus développés que ceux des cellules basales de l'E.O.G et l'E.O.S.
- Le volume cytoplasmique occupé par les tonofilaments y est réduit.
- Les jonctions intercellulaires y sont peu nombreuses.
- Les cellules sont attachées par les héli-desmosomes à la membrane basale.
- On observe des mitoses, une parties des cellules filles migre obliquement et coronairement vers la surface libre de l'E.J.

**\* Couche médiane ou supra basale :**

□ En microscopie électronique :

- Les cellules s'aplatissent, le noyau s'allonge, l'axe de la cellule devient parallèle à la surface dentaire.
- L'appareil de Golgi et le réticulum endoplasmique granulaire restent développés, le volume occupé par les tonofilaments réduit.
- Les membranes cellulaires présentent quelques microvillosités assurant des contacts intercellulaires mais la densité lysosomiale reste réduite.
- Les cellules tapissant la surface calcifiée de la dent sont attachées par les héli-desmosomes à la lame basale interne interposée entre elles et la surface dentaires.
- Les cellules tapissant la surface dentaire ne se divisent pas, elles ne sont pas considérées comme cellules basales.

**\* Couche superficielle :**

Elle est exclusivement réduite et constitue le fond du sillon gingival.

Elle est tapissée par une couche irrégulière de cellules dont le grand axe est perpendiculaire à la surface de l'épithélium de jonction et parallèle à celle de la dent.

□ En microscopie électronique :

- Les cellules présentent des corps denses assimilés à des lysosomes.
- Ces cellules n'ont aucune tendance à la kératinisation, elles desquament dans le sillon gingival.
- Le volume occupé par les espaces intercellulaires, 18% du volume totale de l'épithélium de jonction.
- On observe à ce niveau des leucocytes occupent 2.8% du volume de l'épithélium de jonction : 50% sont des granulocytes neutrophiles, 50% des cellules mononucléaires ; principalement des lymphocytes.

**❖ Cellules d'origine non épithéliale :**

Elles sont souvent dites cellules « claires » en raison de leur aspect en microscopie photonique.

Ces cellules ne se kératinisent pas et ne présentent pas de desmosomes (excepté les cellules de Merkel) pour se fixer aux cellules épithéliales adjacentes.

**\* Mélanocytes :**

Ce sont des cellules dendritiques, ayant de longs procès cytoplasmiques qui s'étendent entre les cellules épithéliales.

Quelle que soit la race de l'individu et le degré de pigmentation de sa peau et de ses muqueuses, elles représentent 7% de la population cellulaire de la couche basale de l'épithélium oral.

**\* Cellules de Merkel :**

Ce sont des cellules non dendritiques, principalement observées dans la couche basale de l'épithélium. Des desmosomes peuvent les unir à la membrane basale et aux cellules épithéliales adjacentes.

Ce sont des cellules sensorielles du toucher. Elles semblent susceptibles de libérer des transmetteurs chimiques entre la cellule et la fibre nerveuse qui lui est associée.

**\* Cellules de Langerhans :**

Ce sont des cellules dendritiques, observées dans les couches supra basales de l'épithélium. Elles sont dépourvues de tonofilaments et de desmosomes.



Ce sont des cellules immunocompétentes et ayant des caractéristiques communes aux cellules de la série monocyte-macrophage. Elles sont capables de simuler la réponse lymphocytaire, et participent au système immunitaire périphérique de l'organisme.

**\* Cellules inflammatoires :**

Fréquemment observées au sein de la population cellulaire de la gencive. Ce sont principalement des leucocytes, provenant du tissu conjonctif adjacent et migrant à travers l'épithélium. Leur proportion n'est pas importante, au niveau de l'E.O.G. kératinisé, d'une gencive cliniquement saine.

**2.4.2. Interface épithélium – Tissu conjonctif :**

Elle présente à décrire deux éléments histologiques :

❖ **La lame basale ou membrane basale :**

Elle est interposée entre l'épithélium des trois zones E.O.G, E.O.S, E.J. et le tissu conjonctif adjacent, décrite comme une condensation de substance fondamentale et de fibres réticulines, enrobés dans des composés homogènes.

Elle est constituée par :

- Une zone externe tournée vers le tissu conjonctif, c'est la "lamina densa",
- Une zone claire, près de l'épithélium, c'est la "lamina lucida"

❖ **Crêtes épithéliales et papilles conjonctives :**

Au niveau de l'E.O.G. la surface basale de l'épithélium présente de nombreuses crêtes interposées entre les papilles du tissu conjonctif sous-jacent

**2.4.3. Chorion ou lamina propria :**

C'est un tissu conjonctif fibreux, hautement spécialisé et organisé. Il assure la cohésion gingivo-osseuse. Le chorion gingival surmonte le desmodonte ; ses constituants histologiques en sont identiques.

Il n'y a pas de sous-muqueuse interposée entre le chorion gingival et le tissu osseux, ce qui différencie la muqueuse gingivale de la muqueuse alvéolaire.

Comme tout tissu conjonctif, le chorion gingival est constitué de :

- D'une matrice extracellulaire.
- De cellules.
- Des vaisseaux et nerfs.

☀ **Matrice extracellulaire :**

Principalement composée de protéines fibrillaires (collagène, réticuline, élastine, fibronectine) incluses dans un gel polysaccharidique hydraté ou substance fondamentale.

- **Substance fondamentale :**

C'est un gel polysaccharidique, hautement hydraté dans lequel sont incluses les fibres matricielles et les cellules. Elle comprend des éléments synthétisés in situ par les fibroblastes et des éléments plasmiques. Ce sont principalement des glycoaminoglycanes groupe hétérogène de longue chaîne, des glycoprotéines de structure, des lipides.

☼ **Fibres :** on distingue plusieurs variétés selon :

□ En microscopie électronique :

• **Fibres de collagène :**

Le collagène est la protéine majeure de la matrice extracellulaire du tissu conjonctif.

Il constitue environ 67% du volume du tissu conjonctif gingival sain et 60% du total des protéines tissulaires.

- ✱ Le collagène de type I et de III, sont les principaux composants. Ces molécules sont synthétisées par les fibroblastes in situ.
- ✱ Le collagène type I est le constituant essentiel de toutes les régions du chorion gingival.
- ✱ Le collagène type III est principalement localisé au niveau des papilles, sous la membrane basale et autour des vaisseaux.
- ✱ Le collagène type IV est non fibrillaire et uniquement associé à la membrane basale ainsi qu'aux cellules endothéliales des parois vasculaires.

• **Fibres de réticuline :**

C'est la forme immature des fibres de collagène. Elles sont observées sous deux formes de fibres : soit de fines fibrilles ramifiées, anastomosées cernant les fibres de collagène.

Soit de fibres plus épaisses, ondulées, non anastomosées.

Ces fibres sont abondantes à l'interface épithélium-tissu conjonctif près de la membrane basale.

• **Fibres d'élastine :**

Très peu nombreuses au niveau de la muqueuse gingivale, et sont principalement associées aux vaisseaux. Ce sont des fibrilles ramifiées, anastomosées, jamais assemblées en faisceaux. Elles sont hautement insolubles et confèrent un caractère flexible à la muqueuse.

- **Fibronectine :**

C'est une glycoprotéine matricielle non collagénique qui forme des fibres. La fibronectine favorise les adhésions cellulaires et semble influencer les migrations des cellules.

- En microscopie optique :

- Fibres du ligament gingival :

En fonction de leur insertion, de leur orientation, de leur localisation ; on distingue divers groupes principaux :

- **Groupe dento-gingival :**

C'est le plus important. Les faisceaux s'étendent du ciment cervical, où ils sont insérés, sous forme de fibres de Sharpey, près de la jonction émail-cément, apicalement à la base de l'épithélium de jonction, coronairement aux fibres principales du ligament parodontal et s'étalent au-dessus de la crête alvéolaire dans le chorion de la gencive marginale, de la gencive attachée et de la gencive papillaire. Ce groupe de fibres assure la tonicité de la gencive libre.

- **Groupe dento-périosté :**

S'étend également du ciment radiculaire, près de la jonction émail-cément, et apicalement à la base de l'épithélium de jonction ; se réfléchit sur la crête alvéolaire vers le périoste des corticales des procès alvéolaires.

- **Groupe alvéolo-gingival :**

Irradie de la crête alvéolaire où les fibres sont insérées, coronairement dans le chorion de la gencive libre.

- **Groupe circulaire :**

C'est un petit groupe de fibres entrelacées avec les autres fibres, cernant la partie cervicale de la dent au niveau de la G.M et la G.P. certaines fibres sont insérées soit au ciment, soit dans l'os alvéolaire. Elles appliquent fermement la gencive libre sur la surface dentaire.

- Les fibres transeptales ou fibres du ligament inter dentaire :

Ce sont des faisceaux fibrillaires horizontaux dans l'espace interproximal, qui s'étendent du ciment d'une dent au ciment de la dent adjacente, apicalement à la base de l'épithélium de jonction et coronairement à la crête alvéolaire septale.

- Autres variétés : comprend :

- **Groupe semi-circulaire :**

Il s'étend du ciment d'une dent, près de la jonction émail-cément, d'une surface proximale radiculaire, traverse la gencive marginale vestibulaire ou linguale pour s'insérer dans le ciment de la face opposée de la même dent.

➤ **Groupe longitudinal :**

S'étend dans la gencive marginale vestibulaire et linguale à travers toute la longueur de l'arcade dentaire.

➤ **Groupe vertical :**

S'étend de la muqueuse alvéolaire ou de la gencive attachée et s'étale dans la gencive marginale et papillaire.

➤ **Groupe transgingival :**

Il s'étend du cément d'une dent, près de la jonction émail-cément et s'étend dans la gencive marginale d'une dent adjacente. Ce groupe de fibres forme un treillis fibrillaire latéral à la crête alvéolaire inter dentaire.

🌱 **Les cellules :**

Au niveau d'une gencive cliniquement saine, les cellules représentent environ 8% du volume total du tissu conjonctif gingival. Mais elle constitue une population hétérogène, variable d'un site à l'autre de la muqueuse gingivale. Ce sont :

\*\*\* **cellules fixes :**

• **Fibroblastes :**

prédominantes du tissu conjonctif gingival. Elles représentent 65% de la population cellulaire gingivale. Ce sont les cellules fonctionnelles les plus importantes, responsables de la synthèse et du « turn over » des constituants de la matrice extracellulaire.

• **Fibrocyte**

C'est un fibroblaste au repos, entouré d'une cavité « fibroplaste » riche en fibres élaborées par la cellule elle-même. On y trouve les mêmes organites qu'au niveau du fibroblaste,

• **Histiocytes :**

Grande cellule du tissu conjonctif, capable d'absorber des corps étrangers solides (cellules altérées, microbes...) et jouant ainsi un rôle d'épuration. Elles présentent une forme fusiforme, à noyau échancré ou étoilé.

• **Macrophage :**

C'est une grosse cellule arrondie avec un noyau excentré et des vacuoles dans son cytoplasme. Leur rôle est de phagocyter les débris cellulaires et les pathogènes. Ils participent à l'immunité innée en tant que défense non-spécifique.

### \*\*\* Cellules migratrices :

- **Lymphocytes :**

De forme ovoïde, à noyau volumineux et cytoplasme claire. Ce sont des leucocytes qui ont un rôle majeur dans le système immunitaire. En termes de structure et de fonction, on distingue deux lignées lymphocytaires différentes : les lymphocytes B et T.

- **Plasmocytes :**

Ces cellules contiennent un noyau sphérique excentré, renfermant de la chromatine électro-dense déployé en rayons. Elles sont productrices d'anticorps, et elles sont le stade final de différenciation des lymphocytes B. A la différence d'autres Lymphocytes B, qui présentent leurs anticorps au niveau de leur surface membranaire, les plasmocytes sont capables de produire des anticorps solubles.

- **Mastocytes :**

De forme arrondie, ovale, ou polygonale. Le mastocyte est une cellule granuleuse présente dans les tissus conjonctifs, qui présente dans ses granules des médiateurs chimiques comme la sérotonine, l'histamine ou l'héparine. Lorsqu'il est en contact avec un allergène, il permet de relarguer les médiateurs. Il participe au choc anaphylactique

- **Polynucléaires :**

Ce sont des cellules immunitaires, on en distingue 3 types :

- ✓ P.N. Neutrophiles : cellule sphérique, noyau et présence de granulations protéiques.
- ✓ P.N. Eosinophiles : présente un noyau bilobé en S, et granulations éosinophiles intra cytoplasmique.
- ✓ P.N. Basophiles : présence de granulations arrondies contenant de l'héparine et de l'histamine.

## 2.5. Physiologie

### 1- Rôle de l'épithélium :

**a- Protection du parodonte :** assurée par :

- L'organisation des cellules en strates, qui tout en augmentant d'épaisseur protège de plus en plus mieux le parodonte profond.
- La cohésion des cellules épithéliales entre elles, assurée d'une part par les jonctions intercellulaires, principalement des desmosomes, et d'autre part par la substance extracellulaire sécrétée par les cellules épithéliales. Cette substance constitue une véritable barrière inhibant la diffusion de substances étrangères.
- L'attache des cellules épithéliales à la lame basale.

- Le faible volume des espaces intercellulaires
  - La couche superficielle de kératine hautement insoluble au niveau de l'E.O.G
- b- Fonction d'herméticité : grâce à :
- Anatomie déflectrice de la gencive qui présente des bombés à l'emplacement des racines, et des dépressions correspondant aux espaces inter-dentaires.
  - Sa richesse fibrillaire.
  - le faible volume des espaces intercellulaires.
- c- Homéostasie épithéliale :
- L'épithélium gingival subit un renouvellement permanent de ses cellules. Ce ci assure l'homéostasie épithéliale, c'est-à-dire l'intégrité structurale de l'épithélium et maintien constante son épaisseur. Cette homéostasie est assurée par :
- Mitoses des cellules basales
  - Migration des cellules post-mitotiques de la couche basale vers la superficielle.
  - Maturation des cellules épithéliales au cours de leur migration trans-épithéliale.
  - Desquamation des cellules superficielle de l'épithélium.
- d- Turn-over : l'indice mitotique décrit incomplètement les événements cellulaires au niveau de toute l'épaisseur de l'épithélium. Le temps de renouvellement du tissu épithélial ou « turn-over » est le temps nécessaire à l'élimination, par desquamation, de la totalité des cellules épithéliales et à leur remplacement par un nombre équivalent de cellules.
- Au niveau de l'épithélium oral gingival, le temps du turn-over es de 7à15 jours.
  - 4à10 jours pour l'épithélium oral sulculaire, ce qui lui confère un potentiel de réparation important.
  - Au niveau de l'épithélium de jonction, le turn-over es particulièrement rapide, de 4à6 jours.
- e- Kératinisation :
- C'est un processus physiologique caractérisé par la conversion d'une protéine intracellulaire d'une forme hydratée, en une protéine hautement insoluble, résistante, remplissant toute la cellule.
- L'épithélium oral gingival est kératinisé dans 90% des cas.
  - L'épithélium oral sulculaire est non kératinisé, il semble que c'est l'infiltrat inflammatoire constant à ce niveau qui d'une part inhibe la kératinisation, et d'autre part empêche la formation des crêtes épithéliales et stimule le « turn-over ».
  - L'épithélium de jonction est non kératinisé.

- Avec l'âge, la kératinisation aura tendance à augmenter en association avec une atrophie progressive de l'épithélium et une disparition des crêtes épithéliales.
- Les stimuli mécaniques, et le brossage, favorisent la kératinisation de l'épithélium gingival.

f- La desquamation :

La couche superficielle de la gencive desquamée, qu'elle soit kératinisée ou non kératinisée. Il se produit une rupture des joints intercellulaires, les cellules mortifiées se détachent des cellules plus profondes encore viables, mais dont l'activité métabolique est amoindrie. De ce fait, toute substance pathogène, toxique...qui risque d'être accolée à la gencive, sera éliminée avec les cellules les plus superficielles, ainsi une barrière face à l'agression du parodonte.

g- Rôle émonctoire :

La gencive présente une vascularisation terminale, c'est le dernier tissu à être irrigué après la pulpe, desmodonte et os alvéolaire.

C'est cette vascularisation terminale qui assure le rôle émonctoire de la gencive par la présence des sels de métaux lourds à ce niveau, d'où variation de coloration.

## **2- Rôle de l'interface épithélium-tissu conjonctif :**

Cette structure assure de complexes et diverses fonctions :

- Elle délimite le compartiment épithélial du tissu conjonctif sous-jacent, emprisonnant les cellules épithéliales qui assurent la synthèse des constituants de la lame basale.
- Elle constitue une barrière structurale sélective inhibant le passage des fibroblastes dans le compartiment épithélial.
- La lame basale joue un rôle important dans le renouvellement, la différenciation et le métabolisme des cellules épithéliales.

## **3- Rôle du chorion :**

a- Fermeté :

La densité implorante du système fibrillaire qui occupe la majeure partie du volume tissulaire, du chorion gingival (70%) ; Son organisation en épais faisceaux inextensibles, son attache au cément, et à l'os alvéolaire assure la fermeté, la tonicité, de la gencive. Sa résistance aux tractions exercées par les muscles, brides et freins ; ainsi qu'aux stimuli mécaniques.

On outre, ce système fibrillaire rend les dents d'une même arcade solidaire, maintient les contacts inter dentaires, et répartit les stimuli de l'occlusion et e la mastication au niveau de toute la denture.

**b- Turn-over:**

Le « turn-over » constant des éléments de la matrice extracellulaire du chorion gingival assure l'intégrité structurale de la muqueuse gingivale, et constitue un important potentiel de réparation.

**c- Rôle sensoriel :**

Le chorion gingival est très riche en fibres nerveuses qui assurent la transmission de stimuli sensitifs.

**d- Rôle de défense :**

Le tissu conjonctif, en particulier, le chorion gingival est très riche en cellules de défense ; qu'elles soient impliquées dans l'immunité spécifique ou non spécifique.

**e- Rôle nutritif :**

Le chorion gingival joue un rôle primordial dans la nutrition de la gencive avec tous ses constituants cellulaires ou tissulaires.

Ce ci grâce à la richesse du réseau vasculaire à ce niveau ainsi que le type de vascularisation qualifiée de terminale.

## **2.6. caractéristiques cliniques d'une gencive saine**

**a- Contour :**

Il suit la configuration des collets anatomiques. Le rebord marginal doit se terminer en biseau pointu.

**b- Couleur :**

Habituellement rose pale, mais elle dépend aussi de l'épaisseur de l'épithélium, de la concentration des vaisseaux sub-épithéliaux, du degré de kératinisation et de la présence de pigments de mélanine.

Chez l'enfant, en denture temporaire, la gencive est généralement de couleur plus rouge que chez l'adulte.

**c- Consistance :**

Elle est ferme au niveau de la gencive attachée inamovible par rapport au plan osseux sous-jacent, souple au niveau de la gencive libre ce qui leur différencie de la muqueuse alvéolaire qui est lâche.

**d- Texture :**

La gencive attachée vestibulaire ainsi que le centre des papilles présentent un aspect piqueté en peau d'orange qui semble être lié : à l'aspect histologique des crêtes épithéliales de l'interface épithélium – tissu conjonctif ; l'organisation du réseau fibrillaire ou au degré de kératinisation. Cet aspect disparaît avec l'inflammation.



### e- Volume :

Une gencive saine présente un volume moyen qui maintient une hauteur physiologique de la gencive libre de 0.5 à 2 mm ainsi qu'une épaisseur de 1 à 2 mm mais qui diffère d'un individu à l'autre et selon les endroits dans la même cavité buccale.

## 3. PATHOLOGIE PARODONTALE :

Les parodontopathies sont au nombre des maladies les plus répandues ; elle n'épargne aucun pays, aucune partie du monde, et atteignent plus au moins sévèrement environ la moitié des enfants et presque la totalité des adultes.

### 3.1 Définition

Les parodontopathies correspondent à un ensemble de pathologies qui aboutissent à la destruction du parodonte, ils peuvent être limités à un seul élément du parodonte (par exemple la gencive) ou atteindre plusieurs ou même tous les tissus incluant la gencive et les structures d'ancrage de la dent: ligament alvéolo-dentaire, cément et os alvéolaire.

On peut distinguer trois types principaux de processus pathologiques, différents nettement les uns des autres par leurs caractères, leur origine et leur évolution :

-Processus inflammatoires et immunitaires (qu'ils soient ou non d'origine infectieuse)

-Processus dégénératifs ou dysplasiques (qu'ils soient d'origine génétique ou acquis)

-Processus néoplasiques (tumoraux)

En première approximation, ce sont essentiellement des maladies d'origine bactérienne ; elles passent par deux stades distincts :

- les gingivites, lésions confinées au rebord gingival
- les parodontites, maladies destructrices des tissus de soutien de la dent.

### 3.2 Etiologies :

La maladie parodontale est d'origine multifactorielle. La présence de germes pathogènes et les facteurs de risque du patient vont s'associer pour qu'apparaisse le processus pathologique. Cependant, l'exposition chronique à la flore buccale pathogène reste un facteur étiologique majeur.

Nombreuses sont les tentatives pour établir des équations relatives à l'étiologie des parodontopathies. Depuis *WESKI* en 1936 qui schématisa sa fameuse triade jusqu'à des études plus récentes à la recherche d'une formule idéale qui établirait la relation directe entre les facteurs étiologiques et les parodontopathies. Les auteurs s'accordent à dire que la maladie parodontale est une maladie multifactorielle dont certains de ses facteurs étiologiques interviennent directement dans le

déclenchement de la morbidité, alors que d'autres étiologies aggravent et amplifient et/ou entretiennent l'évolution des différentes phases de la maladie parodontale.

Ces étiologies ont été établies grâce à des études épidémiologiques, à des études statistiques ainsi qu'à des expériences et études sur les maladies parodontales dans le monde entier.

### **Etiologie selon PAGE1997**

PAGE en 1997 a décrit 3 facteurs étiologiques de la maladie parodontale :

- Etiologie locale déclenchant (étiologie bactérienne)
- Etiologie locale aggravante
- Facteurs modifiants la susceptibilité de l'hôte

### **Etiologie selon CLARKE et HIRSCH 1995**

Ils ont parlé du facteur étiologique ou déclenchant (agent bactérien) associé à un facteur englobant environnement socio-économique (stress...), mode de vie (régime alimentaire...) et les facteurs généraux (hormones, défauts de neutrophiles...)

### **Triade de WESKI 1936**

- Etiologie locale avec les facteurs locaux directs et indirects
- Etiologie constitutionnelle (hérédité, âge, sexe, race...)
- Etiologie générale

## **3.2.1 Etiologie locale**

### **A. Facteurs locaux directs**

Regroupent les facteurs qui agissent de façon directe sur le parodonte et sont considérés comme les premiers responsables de l'apparition des maladies parodontales.

#### **A.1 Facteurs locaux directs déclenchant:**

##### **■ Bio film bactérien:**

#### **\* Définition:**

#### **Selon LOE :**

« La plaque bactérienne est un dépôt mou non calcifié bactérien qui se forme sur les dents insuffisamment nettoyées ».

**SELON Frank :**

« C'est une jungle microbienne extrêmement polymorphe comprenant des bactéries aérobies et anaérobies reliées par une matrice inter microbienne ou inter cellulaire accolées à la surface de l'email par la PAE amorphe amicrobienne et d'origine salivaire. On trouve aussi des cellules épithéliales desquamées et des leucocytes. »

***A.2. Facteurs locaux favorisant la rétention du BB:***

- Tartre
- Facteurs dentaires
- Facteurs anatomiques osseux
- Facteurs muqueux et musculaires
- Pathologies corono-endodontiques :
- Respiration buccale
- Habitudes alimentaires
- Facteurs iatrogènes

**B. Facteurs locaux indirects**

Leur rôle dans l'étiologie des maladies parodontales a été longtemps discuté. Ces facteurs agissent électivement par l'intermédiaire de la dent sur les structures profondes du parodonte ou « zone de co-destruction ».

Le parodonte profond a besoin de stimulations fonctionnelles pour préserver sa structure et son intégrité tissulaire

L'augmentation ou la diminution de ces stimulations fonctionnelles peuvent avoir des conséquences pathologiques ou non pathologiques sur les tissus parodontaux, selon le rapport qui existe entre l'intensité, la nature, la durée et la fréquence des forces occlusales d'une part, et le potentiel adaptatif réciproque des tissus de l'appareil manducateur (dents, parodonte, muscles, ATM) d'autre part.

La capacité d'adaptation fonctionnelle ou le niveau de tolérance du système manducateur déterminent pour chaque individu la démarcation entre occlusion équilibrée et occlusion traumatogène.

L'occlusion traumatogène est celle qui entraîne une lésion d'un quelconque des constituants de l'appareil manducateur. Cette lésion est appelée « **trauma occlusal** »

En présence de plaque bactérienne, le trauma occlusal agit comme **cofacteur** dans l'étiologie des maladies parodontales et peut provoquer l'approfondissement d'une lésion préexistante.

### **Causes des surcharges occlusales :**

- Malocclusions: primaires ou secondaires
- Prématurités et interférences:
- Dysfonctions: Mastication unilatérale ; Déglutition atypique ; Troubles de phonation
- Para fonctions: bruxisme ; crispations:
- Tics et habitudes:
  - o personnels: succion du pouce, l'usage de la pipe, le mordillement des lèvres et des joues;
  - o Professionnels: couturiers, joueurs d'instruments de musique à vent...

Ces forces peuvent engendrer des forces pathologiques retransmises au parodonte par l'intermédiaire de la dent.

### **3.2.2. Etiologie constitutionnelle:**

#### **1. Hérité:**

Il n'a pas été prouvé que la maladie parodontale fût transmissible à travers les générations. Cependant le facteur génétique ou familial a plusieurs fois mis en évidence dans les formes précoces.

#### **2. Âge**

Il s'avère que les parodontites se manifestent en général chez l'adulte et augmentent de sévérité avec l'âge, ne semblent pas épargner pour autant le sujet jeune.

L'âge joue un double rôle:

- Par augmentation de la durée d'exposition aux facteurs locaux déclenchant
- Par les modifications biologiques qu'il entraîne.

#### **3. Sexe:**

La plupart des enquêtes montrent que le sexe masculin est quand même plus atteint par la parodontite de l'adulte. Toute fois la femme est plus touchée par les formes sévères et précoces de maladie parodontale.

#### 4. Race et situation géographique:

Ces facteurs peuvent ne pas être absolus en eux-mêmes mais relatifs aux facteurs d'hygiène, de nutrition et de soins dentaires.

#### 5. Niveau intellectuel et facteurs socio-économiques:

Les enquêtes ont montré que l'indice de fréquence de maladie est en rapport direct avec le quotient intellectuel des sujets examinés et est inversement proportionnel au revenu et au niveau social de l'individu.

Aussi il s'avère que le facteur hygiène, conditionné par les facteurs socio-économiques et culturels, contrôle l'apparition des parodontopathies dans leur vaste majorité.

#### 3.2.3 Etiologie générale:

**« La cavité buccale reflète sans aucun doute l'état de santé général plus qu'aucune autre partie du corps humain ». J.A.KOLMER**

- ✿ Maladie parodontale et maladie générale coexistent toujours
- ✿ Maladie parodontale et maladie générale coexistent fréquemment
- ✿ Facteurs de risque

#### 1. Maladie parodontale et maladie générale coexistent toujours

##### ❖ *Syndrome de PAPILLON LEFEVRE*

Maladie rare, d'étiologie génétique, de type récessif, caractérisée par une hyperkératose palmo-plantaire.

##### **Manifestations buccales:**

- Parodontite précoce
- Chute prématuré des dents temporaires
- Chute des dents permanentes dès leur éruption.

##### ❖ *Syndrome de CHEDIAK HIGASHI*

Affection rare, héréditaire qui apparaît dans la petite enfance et qui est de pronostic sévère caractérisée par la présence de granulations lysosomiales anormalement volumineuses dans le cytoplasme des PMN et des lymphocytes ce qui altère la mobilité cellulaire et le chimiotactisme.

Elle associe photophobie, histagnus, albinisme et des infections.

**Manifestations buccales:**

- Ulcérations
- Glossite
- Gingivites sévères et parodontites

**❖ Syndrome de DOWN:**

Maladie congénitale provoquée par une maladie chromosomique (trisomie 21) caractérisée par :

- Déficiences mentale
- Retard de croissance
- Perturbation fonctionnelle des PNN (altération du chimiotactisme).

**Manifestations buccales:**

- Retard d'éruption
- Agénésies
- Microdonties
- Parodontites précoces et généralisées.

**❖ Hypophosphatasie**

Affection familiale rare caractérisée par des troubles squelettiques et dentaires, due à un défaut d'élaboration des phosphatases alcalines par les ostéoblastes.

**Manifestations buccales:**

- Perte prématurée des dents temporaires
- Alvéolyses horizontales importantes
- Hypo minéralisation de la dentine et hyperplasie du ciment.

**❖ Histiocytose X (granulome éosinophile):**

Prolifération des cellules éosinophiles et mononucléaires qui s'infiltrent dans la moelle osseuse et dans les autres tissus.

**Manifestations buccales:**

- Images radio transparentes au niveau des maxillaires
- Inflammation gingivale sévère
- Parodontites sévères → chute des dents.

## 2. Maladie parodontale et maladie générale coexistent fréquemment

### ❖ *Facteurs endocriniens (diabète):*

Le diabète est une affection chronique due à un déséquilibre de la production d'insuline et à un trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

Le diabète, qu'il soit de type I ou de type II, au-delà du dysfonctionnement endocrinien, entraîne des modifications du comportement immunitaire de l'hôte entraînant une altération de la réponse chimiotactique des PMN → fragilité du parodonte.

Il est susceptible de potentialiser les effets du BB et donc de modifier le tableau clinique d'une parodontopathie préexistante.

La sécheresse buccale et la diminution du pH → caries cervicales, maladies parodontales et des stomatites.

### ❖ *Facteurs hormonaux:(états physiologiques)*

La femme présente au cours de sa vie des modifications hormonales qui s'observent au moment de la puberté, la menstruation, au cours de la grossesse, de la ménopause et lors de la prise de contraceptifs oraux ou encore lors d'une hormonothérapie substitutive. Ces modifications concernent avant tout les hormones sexuelles avec des conséquences sur les métabolismes tissulaires, sur les systèmes immunitaires ainsi que sur la croissance de certaines bactéries: une inflammation préexistante, déclenchée et entretenue par la plaque bactérienne, peut être considérablement augmentée.

### ❖ *Facteurs sanguins*

La gencive peut être le siège de manifestations des affections sanguines comme par exemple les leucémies.

Ces localisations gingivales qui sont parfois révélatrices de ces troubles vont soit venir compliquer un tableau clinique de gingivite déjà installée, soit compliquer le contrôle de plaque de par les douleurs gingivales provoquées.

### ❖ *Facteurs nutritionnels*

La santé des tissus de l'organisme dépend aussi bien de l'apport adéquat des aliments que des réactions métaboliques nécessaires à leur utilisation. Diverses carences nutritionnelles peuvent affecter les structures parodontales:

ALIMENT	ROLE	CARENCE
<b>protéines</b>	Croissance et réparation des cellules	<ul style="list-style-type: none"> <li>☀ Atrophie de l'épithélium</li> <li>☀ Dégénérescence du TC de la gencive</li> <li>☀ Ostéoporose de l'OA</li> </ul>
<b>Vitamines D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☀ Formation de l'os et des dents</li> <li>☀ maintien de l'équilibre phosphocalcique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☀ décalcification osseuse: rachitisme chez l'enfant et ostéomalacie chez l'adulte</li> </ul>
<b>A</b>	☀ Indispensable à la croissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>☀ Réduction du taux de croissance</li> <li>☀ Amincissement de l'épithélium</li> <li>☀ Atrophie de l'OA</li> </ul>
<b>C</b>	☀ Synthèse du collagène et de la sub. Fondamentale	☀ Scorbut: signes généraux + au niveau parodontal: altération du collagène et de la sub. Fondamentale, ostéoporose de l'OA hyperperméabilité capillaire → susceptibilité aux hémorragies.
<b>K</b>	Coagulation sanguine	Saignements gingivaux spontanés ou au brossage

#### ❖ **Facteurs médicamenteux:**

Certains médicaments ont un tropisme particulier pour le parodonte :

- ☀ La 5-5 diphénylhydantoïne (Di-Hydan®) → traitements antiépileptiques,
- ☀ Les inhibiteurs du calcium du type Nifédipine → des antihypertenseurs.
- ☀ La ciclosporine (ciclosporine A) → médicament antirejet chez les patients greffés

Ils entraînent une augmentation du volume de la fibromuqueuse gingivale qui, associée à une gingivite, donne un tableau clinique de gingivite hyperplasique.

L'augmentation du volume de la gencive est due à une hyperactivité métabolique du tissu conjonctif gingival.

L'hyperplasie gingivale entrave le contrôle de la plaque bactérienne dont l'accumulation est ainsi favorisée.



### 3. Facteurs de risque

❖ **Stress:** Le stress est la réponse psychosomatique d'un organisme devant la perception d'un défi ou d'une menace. (*BREIVIK* et coll.)

Il fait intervenir une cascade de variations qui implique le SNC, SNP, le système immunitaire et endocrinien. Le stress induit des changements de comportement **directs** et **indirects** chez l'individu:

La pathologie parodontale qui semble être la plus affectée par le stress est la gingivite ulcéro-nécrotique.

❖ **Tabagisme**

Aujourd'hui, la responsabilité du tabac comme facteur de risque majeur dans les maladies parodontales est admise par de nombreux auteurs.

Les effets du tabac dépendent surtout de l'ancienneté de la consommation journalière.

Chez les fumeurs, il faut noter que l'inflammation gingivale est modérée ainsi qu'un faible saignement du à l'effet vasoconstricteur de la nicotine sur la circulation périphérique.

Le tabac ne fait pas varier la quantité de PB, mais il entraîne une perturbation de la flore buccale.

Les fumeurs présentent un risque accru, proportionnel à la consommation de cigarettes, d'être infectés par *Actinobacillusactinomycetemcomitans* (AAC), *Porphyromonasgingivalis* (PG), *Bacteroidesforsythus*(BF).

D'autres études révèlent des températures plus élevées chez les fumeurs que chez les non-fumeurs dans les poches peu profondes. Ces températures favorisent la présence de bactéries pathogènes.

**L'Académie Américaine de Parodontologie recommande fortement d'inclure l'arrêt du tabac dans le plan de TRT (AAP 2000).**

**La cessation du tabac doit faire partie de l'arsenal thérapeutique en parodontologie.**

### 3.3. LES PROCESSUS PATHOLOGIQUES PARODONTALES

#### 3.3.1. PROCESSUS INFLAMMATOIRE

L'inflammation est la réponse des tissus vivants, vascularisés, à une agression. Cette réponse fait intervenir des phénomènes d'immunité c'est-à-dire de résistance aux agressions. L'immunité peut être naturelle : elle ne dépend pas d'une exposition préalable à l'agression (ex. Certaines formes de phagocytose) ou, au contraire spécifique (cellulaire, humorale).

Le principale objectif de la réaction inflammatoire locale est de protéger le tissu exposé contre la pénétration de substances nocives (ou agression) ainsi que d'établir des conditions favorables pour la régénération ou la réparation des structures tissulaires endommagées au cours de ce combat. Par conséquent, la réaction inflammatoire devrait être considérée comme une réaction bénéfique dans le sens où elle isole les substances pathogènes, protégeant ainsi les parties les plus éloignées du corps (MIMS 1977)

La réaction inflammatoire est relativement stéréotypée caractérisée par l'apparition de modifications vasculaires et cellulaires bien définies qui aboutissent à une détérioration passagère ou permanente des constituants tissulaires normaux (cellules, fibres et matrice), ceci a pour conséquences une altération ou une perte de la fonction normale du tissu affecté (Ryan et Majno 1977)

Les lésions inflammatoires apparaissant au niveau de la gencive ne sont pas différentes de celles qui apparaissent au sein d'autres compartiments tissulaires. La localisation, l'extension et la composition des lésions inflammatoires gingivales sont cependant influencées par la morphologie et la physiologie des tissus de la région dento-gingivale.

**N.B :** L'inflammation n'est pas synonyme d'infection mais l'infection peut être cause d'inflammation.

**AGRESSION BACTERIENNE, CHIMIQUE, THERMIQUE, MECANIQUE**

↓

INFLAMMATION AIGUE

REACTION VASCULAIRE, REACTION CELLULAIRE

Isolation du site lésé →

Elimination de l'agent causal et du tissu altéré

Cicatrisation

**AGRESSION REPETEE : PRESENCE D'ANTIGENE**

↓

INFLAMMATION CHRONIQUE

REACTION IMMUNITAIRE

REACTION NON SPECIFIQUE



LYMPHOKINES

ANTICORPS

ACCUMULATION DE

MONOCYTES/MACROPHAGES

Identification → Isolement → Elimination de l'agent causal → Cicatrisation



**PROTECTION/DESTRUCTION LOCALE**

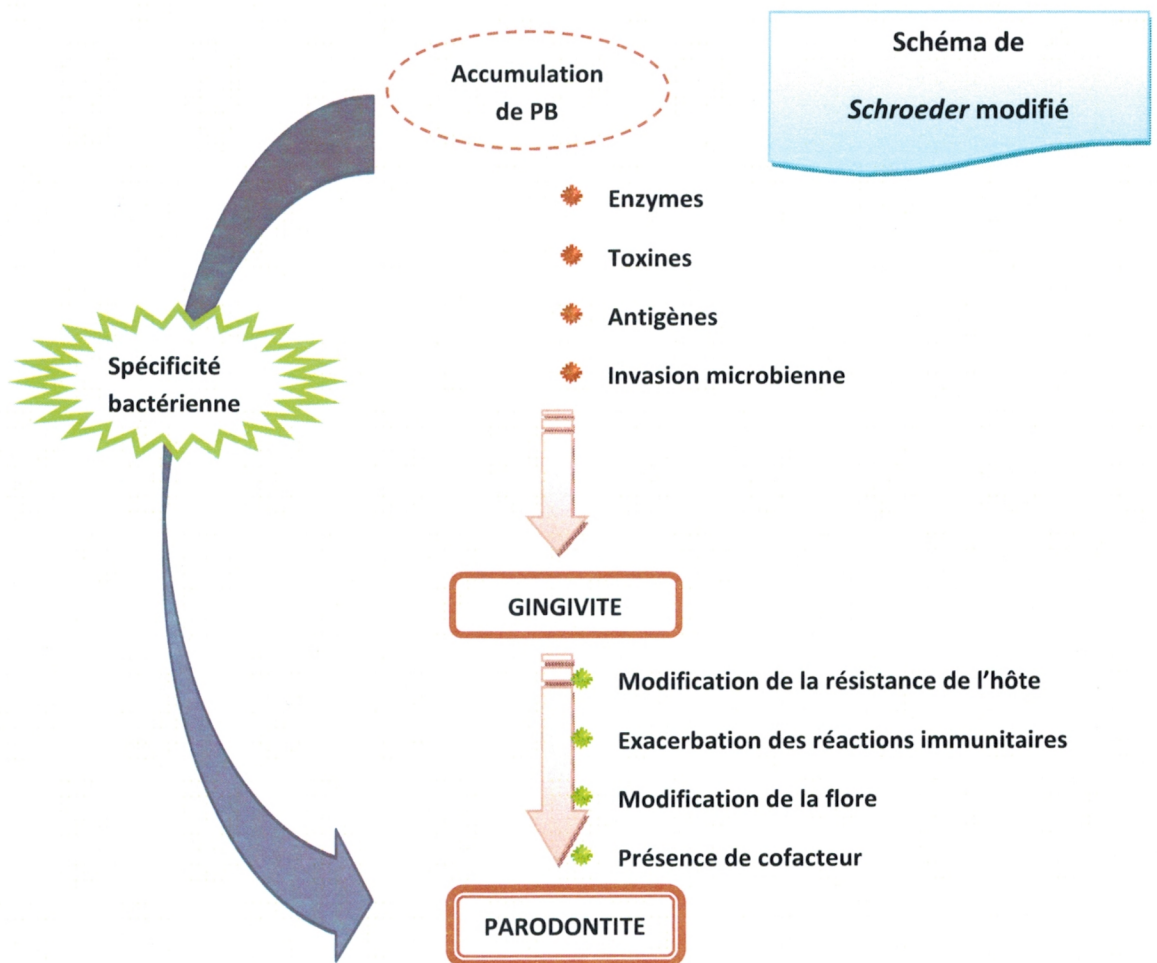
**Schéma de LINDHE décrivant les grandes lignes du processus inflammatoire aigu, ou première ligne de défense, et du processus inflammatoire chronique, ou seconde ligne de défense.**

❖ **Pouvoir pathogène du BB**

Il apparaît que les substances sécrétées par la flore microbienne jouent un rôle plus important que les bactéries elles-mêmes dans l'initiation de la maladie.

Bien que le pouvoir pathogène des microorganismes du BB ait été établi, un éclaircissement sur la relation directe entre le BB et les parodontopathies semble devoir encore être apporté.

Toutefois un certain nombre de mécanismes peut nous aider à comprendre le potentiel destructeur du BB dans les parodontopathies:



### a. Action des enzymes:

Les microorganismes peuvent sécréter de nombreuses enzymes. Leurs propriétés lytiques ainsi que leur pouvoir de propager l'infection ont été nettement établis.

Les enzymes sont à l'origine de :

- Altération de la barrière épithéliale
- Dégradation de la Substance fondamentale
- Destruction des fibres de collagène
- Altération capillaire



Brèche dans la barrière épithéliale

↓  
Passage des toxines

↓  
Réaction inflammatoire

### b. Action des toxines:

Déclenchent un processus inflammatoire:

#### ❖ Exotoxines:

Les bactéries ne synthétisent pas de vraies toxines mais des enzymes spécifiques jouant un rôle dans le processus infectieux, libérées généralement par les G+.

#### ❖ Endotoxines:

- **Lipo-polyssacharide:** constituant des parois cellulaires des bactéries à gram -, libéré lorsque la cellule est détruite.
- **Acide lipoteichoïque:** des parois cellulaires des bactéries à gram +

Ces endotoxines sont capables de pénétrer dans le tissu conjonctif parodontal et le ciment pouvant provoquer :

- Une libération d'héparine, d'histamine à partir des mastocytes
- Augmentation de la perméabilité vasculaire
- Activation du chimiotactisme et stimulation à la phagocytose des PNN
- Peuvent dégrader le complément.
- Stimulation de la résorption par les ostéoclastes :

Endotoxines → activation des macrophages → libération des prostaglandines et IL1 → activation des ostéoclastes

→ Résorption osseuse

### c. Action des antigènes :

La plupart des substances antigéniques se trouvent au niveau des lipides formant la paroi, la membrane cytoplasmique et les flagelles des bactéries (Lipoprotéine et Flagelline).

La pénétration des Ag va provoquer une réaction immunitaire avec production des Ac.

On va avoir la formation de complexes Ag-Ac, la réaction immunitaire ne permettra pas la destruction de tous les Ag → on parlera d'un effet paradoxal : la réaction se retournera sur l'organisme agressé et on aura une destruction tissulaire.

### d. Invasion microbienne :

Les bactéries pénètrent dans les tissus à travers l'épithélium de la poche et à travers l'épithélium kératinisé (GUN).

Ces bactéries sont retrouvées dans le chorion, souvent groupées en amas et même à l'intérieur des cellules

### e. produits du métabolisme bactérien :

Les bactéries empruntent 2 voies métaboliques :

#### ➡ Dégradation des glucides : glycolyse

Libération des acides → diminution du pH → déminéralisation des tissus durs : carie dentaire.

#### ➡ Dégradation des protéines: protéolyse

Élévation du pH → Accumulation de l'ammoniaque et d'hydrogène sulfuré qui sont cytotoxiques ainsi que des amines + formation du tartre.

### ❖ Passage de la gingivite à la parodontite

Dans un grand nombre de cas la lésion se limite à une destruction du tissu conjonctif gingival marginal et on peut considérer qu'une atteinte tissulaire qui se stabilise à ce stade est un succès des défenses de l'hôte contre l'agression B.

Dans certains cas, la lésion établie devient agressive et se transforme en lésion avancée sans que l'on sache encore à présent distinguer une gingivite qui est susceptible de se transformer en parodontite.

- Modification de résistance de l'hôte.
- Exacerbation des réactions immunitaires.
- Modification de la flore de la plaque bactérienne.
- Présence de cofacteurs

### 3.3.2. PROCESSUS DEGENERATIFS (DYSPLASIQUE)

Le terme « dégénératives » s'applique à des maladies régressives liées à des modifications générales ou locales. Les processus en cause sont caractérisés par des modifications structurales qui aboutissent à la disparition, dans le tableau histologique, de certains éléments des cellules ou des tissus.

**Dys-** préfixe tiré du grec dus- exprimant l'idée de difficulté, de manque, et entrant dans la composition de nombreux mots savants. (Grand Robert 2005)

Dysplasie : anomalie dans le développement biologique (de tissu, d'organes, d'organisme) se traduisant par des malformations.

Certaines lésions parodontales font suite à un processus dégénératif encore mal déterminées.

Il s'agit d'une atrophie parallèle de tous les tissus du parodonte : **parodontose**

Ce serait un état pathologique régressif en rapport avec une déviation métabolique locale ou générale → Ceci amène à des modifications au niveau de la substance fondamentale et certaines structures histologiques.

### 3.3.3. PROCESSUS NEOPLASIQUE OU TUMORALE

Le parodonte peut être le siège de tumeurs primitives qui se développent aux dépens de ses différents éléments (épithélium, tissu, conjonctif, vaisseaux). Plus rarement, il peut être également le siège de métastases provenant de tumeurs localisées ailleurs.

Il s'agit littéralement « d'une nouvelle formation ». L'appellation de néoplasie est toute fois réservée à la prolifération pathologique car elle indique une multiplication cellulaire qui ne vise aucun but utile et qui n'est pas contrôlée par les lois de la croissance cellulaire normale ou homéostasie. Si subitement, des cellules se décident à se multiplier, elles forment, au-delà d'une certaine taille, une formation visible cliniquement. On peut la voir où le palper. Les cellules peuvent avoir différents modes de croissance et former finalement une tumeur dite bénigne, ou au contraire, une tumeur dite maligne

Dans certaines conditions, encore mal connues, les muqueuses gingivales présentent une tendance à l'hyperplasie ⇒ augmentation du nombre des cellules.

Ces hyperplasie sont soit :

→ Bénignes : Epulis, Fibromes.

→ Malignes : Mélanome malin, Sarcome.

### 3.4. Signe clinique de la maladie parodontale

#### 1. Erythème :

Simple rougeur apparaissant au niveau de la gencive.

Inflammation aigue → gencive rouge vif

- Dilatation des capillaires
- Accroissement du flux sanguin
- Prolifération des capillaires

Inflammation chronique

- les vaisseaux s'engorgent et se congestionnent
- Le retour veineux est altéré
- Le débit sanguin se ralentit

Anoxémie tissulaire

#### 2. Œdème :

Augmentation de la perméabilité capillaire → passage des fluides riches en eau, en électrolytes, en albumine et en fibrinogène vers le TC → Ballonnement responsable de l'œdème.

Cliniquement:

- La gencive est augmentée de volume
- D'aspect lisse et brillant
- De consistance molle
- Signe de Godet +

#### 3. Saignement:

- ❖ Provoqué ou spontané
- ❖ Suite à l'inflammation, l'ES et aminci, dégénéré et moins protecteur
- ❖ Les capillaires se trouvent rapprochés de la surface externe
- ❖ des stimuli qui sont habituellement inoffensifs provoquent la rupture des capillaires et l'apparition de saignement

Selon CHARON:

**« Les lésions parodontales actives ont beaucoup tendance au saignement par rapport aux lésions dites au repos ».**



#### 4. Suppuration:

Le pus se forme dans une cavité formée de tissus désintégrés. Cliniquement, on peut le mettre en évidence par le sondage ou par pression.

Selon CHARON: « **C'est un signe d'activité de la maladie parodontale** ».

#### 5. Fausse poche:

C'est l'approfondissement du S.G.D par augmentation du volume de la gencive libre sans migration apicale de l'AE. Elle caractérise les gingivites.

#### 6. Vraie poche:

C'est l'approfondissement du S.G.D par migration apicale de l'AE. Elle caractérise les parodontites.

### **3.5. Aspects histopathologique des lésions parodontales**

Dés 1976, Page et Schroeder ont très bien décrit les aspects histopathologiques des lésions parodontales selon une chronologie en quatre stades qu'ils ont dénommés lésion initiale, lésion précoce, lésion établie et lésion avancée. Les trois premiers concernent les gingivites et le dernier les parodontites.

#### **1-Lésion initiale**

Lorsque le biofilm bactérien, quelle que soit sa composition s'accumule sur la surface dentaire au contact de la gencive marginale, une réponse inflammatoire s'établit en 2 à 4 jours à la base du sulcus. Ces changements inflammatoires peuvent être observés aux niveaux microscopique et ultramicroscopique bien avant l'apparition des signes cliniques. Page et Schroeder ont appelé cette lésion « initiale ». Elle se traduit par l'accumulation d'un nombre important de polymorphonucléaire neutrophile à l'intérieur de l'épithélium de jonction et la partie la plus apicale de l'épithélium sulculaire, l'exsudation de produit sériques, formation d'un œdème perivasculaire et le dépôt de fibrine dans le tissu conjonctif.

#### **2-Lésion précoce**

Après 4 à 7 jours d'accumulation de plaque dentaire, une lésion « précoce » s'installe. Elle se caractérise par un infiltrat cellulaire dense situé à la partie apicale de l'épithélium sulculaire et consiste principalement en lymphocytes et quelques rares plasmocytes et macrophages. En même temps il existe une réduction du collagène périvasculaire au sein du tissu conjonctif, accompagnée d'une diminution du nombre de fibroblaste dont la synthèse du collagène est réduite. Les signes d'inflammation histologique aigue persistent avec accumulation de polymorphonucléaire neutrophile dans les espaces extravasculaires immédiatement

sous la lame basale. Au sein des épithéliums de jonction et sulculaire, le nombre de polymorphonucéaire neutrophile et de leucocyte mononucléées (macrophage, monocyte, lymphocyte T et B) augmente jusqu'à représenter plus 50% de la population cellulaire. Payne 1975

### **3-Lésion établie**

Si la stimulation bactérienne et/ou mécanique persiste ou si les mécanismes de défense ne sont pas parvenus à contrôler les bactéries, une lésion inflammatoire chronique peut s'installer. Il s'agit alors d'une réaction continue qui peut durer plusieurs semaines, mois, voire années en passant par des phases plus ou moins aiguës.

### **4-Lésion avancée**

Les altérations progressives de l'épithélium dento-gingival qui aboutissent à une perte de contact entre cet épithélium et la surface de la dent puis à sa transformation en épithélium de poche permettent une croissance plus importante de la plaque sous-gingivale en direction apicale. Simultanément à la propagation apicale des micro-organismes, des poches ulcérées, pathologique et de profondeur variable apparaissent, *poche de profondeur pathologique (Muller-Glanser et Schroeder 1982)* La propagation apicale de la plaque sous gingivale est accompagnée d'une propagation apicale et latérale de l'infiltrat cellulaire inflammatoire dans le tissu conjonctif. Des plasmocytes, la plupart d'entre eux produisant des anticorps IgG, dominent la lésion, mais des lymphocytes et des macrophages sont également présents. La zone de destruction du collagène augmente et, tôt ou tard, les fibres principales ancrées dans la surface radiculaire seront incluses dans l'infiltrat et dégradées. Ainsi l'épithélium dento gingival a acquis la capacité de proliférer sur la surface radiculaire, une alvéolyse est induite et dans la majorité des cas de maladie avancée une bande de faisceaux de fibres de collagène intacts sépare la portion de gencive infiltrée de l'os résorbé.

## 4. GENERALITE SUR LES PROCESSUS TUMORAL

Le terme de tumeur (synonyme : « néoplasme » ou « néoplasie ») désigne une prolifération cellulaire excessive aboutissant à une masse tissulaire ressemblant plus ou moins au tissu normal homologue (adulte ou embryonnaire), ayant tendance à persister et à croître, témoignant de son autonomie biologique. La classification des tumeurs est fondée sur leur organe ou tissu d'origine, leur type histologique, et leur degré de malignité.

Le diagnostic est fondé sur l'histologie, mais fait de plus en plus souvent appel à des techniques complémentaires telles que l'immunohistochimie, la cytogénétique et la biologie moléculaire.

L'examen anatomopathologique a pour objectif d'établir le type, le grade histologique et le stade (c'est à dire l'extension) ; ce qui contribue à évaluer le pronostic et à déterminer le traitement le plus approprié pour le patient. La mise en évidence de marqueurs moléculaires au sein des tumeurs, avec des techniques morphologiques ou non, peut permettre une évaluation plus précise de leur pronostic et/ou de leur potentiel de réponse aux traitements.

### 4.1. Définition d'une tumeur :

Le terme « tumeur » désignait autrefois toute augmentation de volume localisé déformant un organe ou une partie du corps. Elle réunissait des lésions différentes :

- Des collections liquidiennes collectées dans une cavité préformée
- Des tuméfactions d'origine inflammatoire (pseudotumeur inflammatoire)
- Des hypertrophies tissulaires d'origine dystrophique (goitre)
- Des lésions liées à des désordres d'origine embryologique (dysembryoplasies)

La définition actuelle est plus restrictive et repose sur la notion d'homéostasie des tissus.

Le développement et la croissance d'un tissu ou d'un organe sont conditionnés par des processus complexes permettant la régulation des différentes étapes de la vie d'une cellule : la prolifération, la différenciation, la sénescence et la mort cellulaire programmée. Tous ces phénomènes sont aussi mis en jeu lors du renouvellement des cellules dont la durée de vie est limitée. Au sein d'un tissu, l'équilibre entre ces processus est à l'origine de **l'homéostasie tissulaire**. Les anomalies de cette homéostasie, par augmentation de la prolifération et/ou diminution de la mort cellulaire, sont à l'origine de l'accumulation des cellules aboutissant à la formation d'une tumeur macroscopiquement visible.

#### **4.2. Etiologie de la pathologie tumorale :**

A l'image du processus inflammatoire qui résulte de l'action d'agents multiples et variés : infectieux, physiques ou chimiques, le processus néoplasique est favorisé par un grand nombre de facteurs dont la variété couvre un spectre aussi large que celui qui détermine une inflammation. Aussi, de même qu'on ne songerait pas à rechercher une cause unique en présence de phénomène inflammatoire, on ne doit pas se limiter à la recherche d'un seul agent causal en présence de processus néoplasique.

Lors du processus néoplasique, le retrait de l'agent cancérigène qui a amorcé le mécanisme n'entraîne pas l'arrêt du processus car la cellule elle-même devient l'agent promoteur.

#### **4.3. Composition d'une tumeur :**

Le tissu tumoral est constitué :

- ❖ De cellules tumorales = cellules prolifératives anormales
- ❖ D'un tissu de soutien (=stroma) fait de cellules et de substance extra-cellulaire dans laquelle passe la vascularisation tumorale.

Les cellules du stroma ne présentent pas les anomalies génétiques des cellules tumorales.

#### **- Les types histologiques des tumeurs**

Les différentes composantes de chaque tumeur (cellules tumorales et stroma) peuvent présenter des aspects morphologiques particuliers qui peuvent être regroupés par types histologiques. Les tumeurs sont ainsi classées en fonction de critères histologiques communs, définis par les classifications internationales, éditées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et remises à jour régulièrement. La reconnaissance de ces critères et le classement de la tumeur dans le type adéquat sont la base du diagnostic anatomopathologique de toute tumeur.

Au sein d'un même organe, les différents types histologiques de tumeur peuvent avoir une évolutivité particulière, un mode d'extension préférentiel et une réponse variable suivant les traitements. Les traitements sont donc adaptés en fonction du type histologique de chaque tumeur.

#### **4.4. Les caractères d'une tumeur**

##### **- Prolifération cellulaire excessive**

La prolifération est liée à la multiplication des descendants d'une ou plusieurs cellules anormales. C'est la notion de **clonalité**.

Un clone est un ensemble de cellules dérivées d'une seule cellule initiale.

- ❖ Une tumeur se développant à partir d'un groupe de cellules est dite **polyclonale**.

- ❖ Une tumeur se développant à partir de quelques cellules est dite **oligoclonale**.
- ❖ Une tumeur se développant à partir d'une seule cellule est dite **monoclonale**

- **Masse tissulaire ressemblant plus ou moins à un tissu normal**

Les caractères cytologiques et architecturaux de ce nouveau tissu réalisant un aspect plus ou moins proche de celui du tissu normal homologue adulte ou embryonnaire. Cette ressemblance définit une notion fondamentale : la **différenciation** tumorale : plus la fonction et la structure tumorales se rapprochent de la fonction et de la structure normale du tissu normal, plus la tumeur est dite différenciée.

- **Tendance à persister et à croître**

La prolifération tumorale se poursuit après la disparition du « stimulus » qui lui a donné naissance. La prolifération tumorale est biologiquement autonome. Le développement des tumeurs résulte d'une **succession d'événements génétiques**.

Ces anomalies génétiques s'accumulent généralement en plusieurs années. Au cours de ce processus en plusieurs étapes, le génome des cellules tumorales acquiert des allèles mutants de proto-oncogènes, de gènes suppresseurs de tumeur et de gènes contrôlant directement ou indirectement la prolifération et la mort cellulaire. La conséquence de ces anomalies génétiques est l'acquisition de nouvelles propriétés dont la capacité de générer leurs propres signaux mitogènes, de résister aux signaux externes d'inhibition de la croissance, de proliférer sans limite (*immortalisation*), d'infiltrer les tissus adjacents et de constituer une néovascularisation (*angiogénèse*).

#### 4.5. Catégories des tumeurs :

Contrairement aux tumeurs bénignes, les tumeurs malignes aboutissent spontanément à la mort du patient. Cette distinction importante sur le plan évolutif est fortement corrélée à des critères macroscopiques et histologiques.

##### A- Tumeurs malignes

###### **Caractères évolutifs**

Les tumeurs malignes ont habituellement une croissance rapide. Elles donnent naissance à une dissémination tumorale à distance (surtout par voie lymphatique et sanguine) avec éclosion et développement de tumeurs secondaires dans d'autres viscères : les métastases.

Les tumeurs malignes ont tendance à récidiver après éradication locale. L'évolution, en dehors des traitements se fait spontanément vers la mort.

### **Caractères macroscopiques**

Les tumeurs malignes sont mal limitées, non encapsulées ; elles détruisent et envahissent l'organe dans lequel elles ont pris naissance, ainsi que les organes de voisinage. Leurs contours sont irréguliers. Les foyers de nécrose et d'hémorragie sont habituels.

### **Caractères histologiques**

Les cellules tumorales malignes présentent habituellement des caractères anormaux (caractères cytologiques de malignité). Le tissu tumoral est plus ou moins différencié. Il « caricature » le tissu normal orthologue.

### **B- Tumeurs bénignes**

Les caractères des tumeurs bénignes s'opposent point par point à ceux des tumeurs malignes.

### **Caractères évolutifs**

Les tumeurs bénignes se développent localement et restent cantonnées au tissu dans lequel elles ont pris naissance. Leur croissance est lente. Toutefois, elles peuvent atteindre un volume et un poids importants. Elles ne récidivent pas après ablation chirurgicale, à condition que l'exérèse soit complète. Ces tumeurs ne métastasent jamais. Leur évolution est généralement favorable. Toutefois dans certains cas, elles peuvent être la cause de complications graves voire mortelles, en raison de leur siège ou de désordres métaboliques.

### **Caractères macroscopiques**

Il s'agit de tumeurs circonscrites, bien limitées, nettement séparées des tissus avoisinants, parfois même entourées par une capsule (coque faite de tissu conjonctif). Cette limitation explique la facilité de l'exérèse chirurgicale et la possibilité d'une exérèse limitée à la seule tumeur.

### **Caractères histologiques**

Le tissu tumoral reproduit de très près la structure du tissu initial (tumeur différenciée). Les cellules ont une morphologie normale et ne présentent aucun caractère de malignité.

Il n'y a pas d'envahissement des tissus voisins. Les tumeurs bénignes refoulent sans les détruire les tissus sains de voisinage : elles sont expansives

#### **4.6. Nomenclature des tumeurs :**

Depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, les tumeurs sont classées selon leur localisation initiale et leur aspect morphologique et microscopique. Le typage des tumeurs est fondé sur le tissu normal dont elles semblent dériver, et leur caractère bénin ou malin. Cette classification s'aide maintenant des techniques d'immunohistochimie, de cytogénétique et de biologie moléculaire (détection d'anomalies génétiques spécifiques d'un type tumoral).

La nomenclature suit une terminologie précise. Un nom de tumeur se compose d'une racine et d'un suffixe et peut être associé à un adjectif. La racine définit la différenciation (adéno désigne une tumeur glandulaire, rhabdomyo une tumeur musculaire striée, leiomyo une tumeur musculaire lisse ...)

Le suffixe -ome est utilisé pour nommer les tumeurs bénignes (adénome, rhabdomyome,

leiomyome ...). Il existe cependant des exceptions (ex : les lymphomes et les mélanomes sont des tumeurs malignes).

Le suffixe -matose désigne la présence de tumeurs multiples ou diffuses (angiomatose, leiomyomatose, adénomatoses).

Le terme « carcinome » désigne une tumeur maligne épithéliale (exemple adénocarcinome).

Le terme « sarcome » désigne une tumeur maligne conjonctive (exemple rhabdomyosarcome).

Le suffixe « blastome » désigne une tumeur embryonnaire (exemple néphroblastome ou neuroblastome).

#### **4.7. Evaluation du pronostic des tumeurs :**

La classification des tumeurs en fonction de l'organe d'origine et de leur type histologique fournit des informations importantes pour évaluer leur pronostic. Toutefois, d'autres paramètres permettent de préciser le potentiel évolutif. Il s'agit du degré de différenciation (grade) et du degré d'extension (stade) de la tumeur, ainsi que dans certains cas de marqueurs moléculaires.

##### **A- Le grade :**

Le grade histopronostic d'un cancer se fonde sur des critères tels le degré de différenciation tumorale, l'activité, le degré d'atypies cyto-nucléaires ou l'extension de la nécrose. Ils varient pour chaque type de tumeur.

## **B- Le stade**

Le stade (ou degré d'extension) des cancers se fonde sur la taille de la tumeur primitive et/ou son extension aux tissus et organes de voisinage (T), l'importance de la dissémination aux ganglions lymphatiques régionaux (N) et la présence ou l'absence de métastases (M).

Le système TNM est actuellement le plus communément utilisé dans le monde. Chacune de ces trois lettres est suivie d'un chiffre variant de 0 (absent) à 4, ou d'un X en cas d'impossibilité d'évaluation. Le score est précédé de la lettre C si l'évaluation du stade est clinique ou de la lettre P si elle est faite par un pathologiste. Après une résection chirurgicale, le stade d'une tumeur doit être complété par une évaluation de la qualité de la résection, qui est exprimée par la lettre R, suivie des chiffres 0 (exérèse complète), 1 (envahissement microscopique des limites) ou 2 (envahissement macroscopique des limites).

## **C- Les marqueurs pronostiques**

Le développement de nouvelles techniques, telles l'immunohistochimie, la cytométrie en flux, l'hybridation in situ en fluorescence (FISH), la biologie moléculaire, a permis de découvrir la valeur pronostique de certaines molécules, dont l'anomalie d'expression ou les altérations sont détectables au sein des tumeurs. Les exemples sont chaque jour plus nombreux. Ces marqueurs permettent soit de préciser le pronostic spontané, soit de prévoir une réponse à un traitement.

### **4.8. Méthodes de diagnostic des tumeurs :**

L'étude anatomo-pathologique a pour but de préciser :

- 1) la nature histologique de la tumeur
- 2) son agressivité potentielle
- 3) son pronostic
- 4) sa capacité à répondre à des traitements de plus en plus spécifiques

#### **- Diagnostic morphologique**

Le diagnostic cyto ou histologique nécessite de disposer des échantillons de bonne qualité, représentatifs de la tumeur et n'ayant pas subi d'altérations pendant leur prélèvement ou leur transport.



- **Techniques non morphologiques**

Les techniques de biologie moléculaire ont une valeur diagnostique et pronostique dans certaines tumeurs malignes, et peuvent également aider à dépister la maladie résiduelle après traitement ou à diagnostiquer une prédisposition héréditaire à développer un cancer.



# Chapitre II

*Classification des tumeurs parodontales*

Plusieurs classifications des tumeurs parodontales ont été rapportées dans la littérature. On peut citer les suivantes :

### **1- Classifications générales :**

#### **1.1. Classification de CRAIG B.FOWLER 1999 :**

##### **A : Tumeurs bénignes de la gencive et de la muqueuse alvéolaire**

- ❖ Papillome squameux
- ❖ Fibrome
- ❖ Fibrome à cellule géante
- ❖ Neurofibrome
- ❖ Neurome traumatique
- ❖ Schwannome
- ❖ Leiomyome
- ❖ Hémangiome
- ❖ Lymphangiome
- ❖ Epulis congénitale du nouveau né
- ❖ Tumeur odontogénique périphérique
- ❖ Fibromatose

##### **B. Lésions précancéreuses de la gencive et de la muqueuse alvéolaire :**

- ❖ Leucoplasie
- ❖ Erythroplasie
- ❖ Lésion associée au tabac
- ❖ Leucoplasie verruqueuse proliférative et hyperplasie verruqueuse

##### **C. Tumeurs malignes de la gencive et de la muqueuse alvéolaire :**

- ❖ Carcinome à cellules squameuses
- ❖ Carcinome à cellules spinoïdes
- ❖ Carcinome verruqueux
- ❖ Mélanome
- ❖ Sarcome de tissu mou
- ❖ Rhabdomyosarcome
- ❖ Sarcome de Kaposi
- ❖ Leucémie
- ❖ Lymphome non-Hodgkin
- ❖ Métastase gingivale

**D. Tumeurs bénignes du ligament parodontal et de l'os alvéolaire :**

- ❖ Ostéome
- ❖ Hémangiome
- ❖ Granulome central à cellule géantes
- ❖ Fibrome ossifiant central
- ❖ Ostéoblastome
- ❖ Tumeur odontogénique
- ❖ Améloblastome
- ❖ Tumeur odontogénique épithéliale calcifiante
- ❖ Tumeur odontogénique adénomateuse
- ❖ Tumeur odontogénique squameuse
- ❖ Myxome odontogénique
- ❖ Fibrome odontogénique
- ❖ Cémentoblastome
- ❖ Odontome
- ❖ Fibrome améloblastique
- ❖ Fibro-odontome améloblastique
- ❖ Tumeur odontogénique hybride
- ❖ Maladie des cellules de Langerhans (histiocytosis)

**E. Tumeurs malignes du ligament parodontal et de l'os alvéolaire :**

- ❖ Sarcome et carcinome odontogénique
- ❖ Carcinome améloblastique et améloblastome malin
- ❖ Carcinome intraosseux squameux primaire
- ❖ Fibrosarcome améloblastique
- ❖ Fibrosarcome osseux
- ❖ Ostéosarcome
- ❖ Chondrosarcome
- ❖ Chondrosarcome mésenchymateux
- ❖ Sarcome d'Ewing
- ❖ Myélome multiple
- ❖ Lymphome osseux non-Hodgkin
- ❖ Métastase des mâchoires

**1.2. Classification de Jan Lindhe 2003****A. Processus réactionnel des tissus gingivaux :**

- ❖ Fibrome ou hyperplasie fibreuse focale
- ❖ Fibrome ossifiant périphérique
- ❖ Granulome pyogénique
- ❖ Granulome périphérique à cellules géantes

**B. Processus réactionnel des tissus parodontaux profonds :**

- ❖ Dysplasie cémentaire périapicale

**C. tumeurs bénignes de la gencive :**

- ❖ Hémangiome
- ❖ Neavus
- ❖ Papillome
- ❖ Verrue vulgaire
- ❖ Tumeur odontogénique périphérique

**D. Tumeurs bénignes des tissus parodontaux profonds :**

- ❖ Améloblastome
- ❖ Tumeur odontogénique squameuse
- ❖ Cémentoblastome

**E. Tumeurs malignes de la gencive :**

- ❖ Carcinome à cellules squameuses
- ❖ Métastase gingivale
- ❖ Sarcome de Kaposi
- ❖ Lymphome malin

**F. Tumeurs malignes des tissus parodontaux profonds :**

- ❖ Ostéosarcome
- ❖ Maladie des cellules de Langerhans

**G. Kystes parodontaux :**

- ❖ Kyste gingival
- ❖ Kyste latéral parodontal
- ❖ Kyste inflammatoire parodontal
- ❖ Kératokyste odontogénique
- ❖ Kyste radulaire

## **2- Classification des tumeurs bénignes gingivales**

### **2.1. Classification de Jean Pierre CARREL et coll 1999 :**

#### **A. Pseudo-tumeurs dues à une hyperplasie :**

- ❖ Epulis inflammatoire
- ❖ Epulis fibreuse
- ❖ Epulis gravidique
- ❖ Botryomycome ou granulome pyogénique
- ❖ Granulome périphérique à cellules géantes
- ❖ Nodule d'hyperplasie fibro-épithéliale (diapneusie)
- ❖ Epulis fissuratum
- ❖ Polype fibro-épithélial
- ❖ Granulome à corps étranger
- ❖ Hyperplasie papillaire

#### **B. Tumeurs épithéliales bénignes :**

- ❖ Verrue vulgaire
- ❖ Papillome
- ❖ Condylome acuminé
- ❖ Hyperplasie épithéliale focale (maladie de Heck)
- ❖ Molluscum contagiosum
- ❖ Kératoacanthome
- ❖ Xanthome verruciforme

#### **C. Tumeurs conjonctives bénignes**

- ❖ Fibrome
- ❖ Fibroblastome ou fibrome à cellules géantes
- ❖ Fibromatoses
- ❖ Fibromatose gingivale
- ❖ Fibromatose hyaline juvénile ou fibromes desmoides
- ❖ Tumeur desmoïde
- ❖ Myxome
- ❖ Lipome
- ❖ Choristomes osseux et cartilagineux
- ❖ Fasciites

**D. Tumeurs fibrohistiocytaires bénignes :**

- ❖ Histiocytome fibreux bénin (histiocytofibrome bénin, dermatofibrome ou fibrome en pastille)
- ❖ Xanthogranulome juvénile

**E. Tumeurs vasculaires bénignes :**

- ❖ Hémangiome capillaire (naevus vasculaire)
- ❖ Hémangiome caverneux

**F. Pseudo-tumeurs kystiques :**

- ❖ Kyste gingival
- ❖ Kyste gingival du nouveau-né, perle d'Epstein, nodule de Bohn ou épulis congénitale
- ❖ Kyste d'éruption
- ❖ Kyste lympho-épithélial buccal ou kyste épidermoïde

**G. Hyperplasie lymphoïde****H. Autres tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs dérivées des vestiges embryonnaires :**

- ❖ Thyroïde linguale
- ❖ Kyste du canal thyroglosse
- ❖ Tumeurs odontogènes périphériques

**I. Maladies dites de surcharge et maladies apparentées****J. Affections granulomateuses inflammatoires****K. Hamartomes isolés****2.2. Classification de Laskaris 2006**

George Laskaris classe les tumeurs gingivales bénignes en tant qu'un accroissement gingival qui peut être soit :

**A. Généralisée :**

- ❖ Gingivite hyperplasique
- ❖ Gingivite liée à la respiration buccale
- ❖ Gingivite hyperplasique liée à la consommation de drogues
- ❖ Gingivite hyperplasique due à la grossesse
- ❖ Gingivite hyperplasique due à la leuémie
- ❖ Fibromatoses gingivales héréditaire
- ❖ Scorbut
- ❖ Granulomatose Wegener
- ❖ Acanthosenigricans

**B. Localisée :**

- ❖ Granulome pyogénique
- ❖ Granulome périphérique à cellules géantes
- ❖ Fibrome ossifiant périphérique
- ❖ Tumeur à cellules granuleuses du nouveau-né
- ❖ Abscessus parodontal
- ❖ Parulie
- ❖ Exostoses multiples
- ❖ Kyste gingival
- ❖ Kyste d'éruption





# Chapitre III

*Lésion pseudo-tumorale gingivale ou*

*tumeur épulidienne*

Les lésions étudiées dans ce chapitre se présentent pour la plupart comme des nodules sous-muqueux plus ou moins saillants, polypoïdes sessiles ou plus rarement pédiculés, généralement de petite dimension, de quelques mm à quelques cm, dont la muqueuse de revêtement est tantôt d'aspect normal, tantôt plus ou moins inflammatoire, parfois ulcérée. Certaines lésions sont plus volumineuses et/ou plus profondes.

S'il est facile de reconnaître une épulis ou un nodule d'hyperplasie fibro-épithéliale en raison de leur fréquence, de leur aspect et de leur siège, le diagnostic clinique de la plupart des autres lésions nodulaires est souvent difficile, voire impossible, certaines tumeurs malignes peuvent avoir un aspect analogue, et simuler par exemple une épulis

L'épulis est une lésion siégeant au niveau des gencives. C'est une pseudotumeur bénigne hyperplasique, circonscrite aux gencives survenue à la suite d'une réparation imparfaite d'une lésion gingivale (gingivite, prothèse). Les épulis sont indolores. L'étiopathogénie reste cependant méconnue car elle peut être observée fréquemment dans d'autres situations relevant d'états physiologiques ou de pathologies systémiques d'origine infectieuse. Elle est fréquente en denture mixte et chez la femme après 40 ans. On distingue différentes formes d'épulis.

### 1. Historique du terme épulis

D'après Noeppel le terme « épulis » est à peu près aussi vieux que la médecine elle-même ; étymologiquement, « l'épulis est une lésion qui a pour siège la surface des gencives » Dechaume.

La médecine grecque entendait, par l'épulis toutes les tumeurs ayant pour siège la gencive. Les arabes connaissaient l'épulis qu'ils soignaient par le « fer et le feu »

En 1860 NELATON restreint l'application du terme épulis aux formes à cellules géantes (les myéloplaxes) et aux formes fibreuses, à la suite des premières études histologiques de ces tuméfactions gingivales.

Dés 1864, VIREHOW propose d'élargir à nouveau le sens du mot épulis en l'appliquant aux tumeurs du rebord alvéolaire ; ainsi, en 1867, Désir de Fortunet écrivait : « En somme, dans le langage clinique, on appelle épulis toute tumeur solide siégeant près du bord alvéolaire, à développement plus ou moins rapide, mais ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, sans tendance à l'ulcération, et ne récidivant pas après une ablation complète ».

La définition qui nous semble la plus adaptée est celle de Dechaume et coll : en effet, pour l'auteur « On peut considérer que l'épulis n'est qu'une pseudo-tumeur de la gencive hyperplasique, bénigne, de nature inflammatoire, résultant de la réparation imparfaite d'une lésion gingivale telle que gingivite, blessure par prothèse...il faut donc distinguer de l'épulis les autres lésions tumorales bénignes que l'on peut rencontrer sur la gencive ».

Ainsi par épulis, dans son sens restreint, Dechaume entend lésions gingivales localisées hyperplasiques, le granulome périphérique et accessoirement l'hyperplasie fibreuse dite épulis en « feuillet de livre » il semble y inclure aussi l'épulis dit congénital.

## 2. Forme cliniques des pseudotumeurs ou des tumeurs épulidiennes

*Selon la classification des tumeurs bénignes gingivales de Jean Pierre CARREL et coll 1999 (pseudotumeurs dues à une hyperplasie)*

### 2.1. Epulis :

L'épulis (ang « fibroma », **fibrousovergrowth**, **fibrouslésion**) est une pseudotumeur inflammatoire chronique développée habituellement sur la gencive marginale, sur une papille inter dentaire vestibulaire, palatine ou linguale, plus rarement sur la gencive adhérente. Habituellement sessile, elle peut prendre un aspect « en sablier » avec un lobe vestibulaire et un autre lingual ou palatin. Sa taille de quelques mm à 4à5 cm (épulis géante) est en moyenne de 0.5 à 1 cm. Les traumatismes, les irritations chroniques (caries proximales, malpositions dentaires, tartre, etc) sont les facteurs étiologiques locaux habituels de cette lésion. Les épulis sont observées le plus souvent chez adulte, avec une légère prédominance féminine car la grossesse est un facteur favorisant.

#### 2.1.1. Epidémiologie :

L'épulis est la tumeur bénigne la plus fréquente parmi les tumeurs bénignes de la cavité buccale. Il touche le sujet à tout âge, mais surtout le sujet adulte. Il siège le plus souvent au maxillaire dans la région incisivo-canine, et touche beaucoup plus le sexe féminin que le sexe masculin.

#### 2.1.2. Etiologie :

Des facteurs locaux et facteurs généraux concourent à l'apparition de l'épulis. Les facteurs locaux sont déterminants car entraînant une inflammation qui est la manifestation initiale. Très souvent elles sont considérées comme étant les premières étiologies, ce sont :

Des réactions inflammatoires répondant à un phénomène irritatif au voisinage d'une épine dentaire irritative, en présence d'une mauvaise hygiène buccodentaire ou chez les femmes enceintes de plus de 40 ans (troubles hormonaux).

L'influence des hormones sexuelles par voie sanguine et salivaire, chez la femme au cours de la grossesse, sur la gencive due au changement métabolique

engendrant des lésions gingivales ce sont des épulis gravidiques qui disparaissent d'eux même après accouchement.

Une irritation locale: Dépôt de tartre, obturation débordante sous gingivale et prothèse traumatisante (bridge).

Anémie (hématopathologique).

### **2.1.3. Histologie**

Nous avons vu que l'épulis est un processus pathologique dont le siège est la gencive. Deux modes de début peuvent s'observer :

-Soit gingival pur, l'épulis naissant alors aux dépens des structures gingivales.

-Soit intra-alvéolaire, la tumeur démarrant sa croissance à l'intérieur même de l'alvéole dentaire

Ainsi, l'épulis a pour siège la gencive, évolue au niveau de la structure odonte-parodonte qui est l'organe dentaire.

### **2.1.4. Aspect clinique et radiologique de la gencive épulidienne et son évolution**

#### **A. Cliniquement**

Les tuméfactions sont indolores, sans adénopathies.

On ne peut, à partir d'éléments cliniques, préjuger de la nature histologique de l'épulis. Cependant, ces éléments cliniques peuvent nous orienter. Deux facteurs sont à considérer : la couleur et la consistance.

- **La couleur**

La couleur peut varier du rouge vif au rouge violacé, en passant par le rouge vineux ; à l'inspection, une couleur où le rouge vif domine laisse à penser que l'élément vasculaire est prédominant : on considérera alors la possibilité d'une épulis vasculaire. Lorsque cette couleur n'occupera qu'une part relative du spectre de la coloration de la tumeur, on pourra penser que les éléments fibrillaires partagent avec les constituants vasculaires le stroma de la tumeur : on passera alors de l'épulis vasculaire au stade fibro-vasculaire. Quand la coloration sera très pâle, on pourra considérer la prédominance des éléments fibreux sur les vasculaires : passant ainsi à une épulis fibreux.

- **La consistance**

A la palpation, une rénitence résultera fréquemment de la rigidité engendrée par une importance fibreuse ; une tumeur à dominance vasculaire sera plus souple à la palpation

**B. Radiologiquement**

Seulement dans le cas où la base d'implantation est osseuse

Avec une rétro alvéolaire on remarque une image d'ostéolyse due à l'action des myélopaxes (cellules ostéolytique qu'on retrouve dans ces tumeurs) et à l'hypervascularisation qu'il faut éliminer (la couper).

**C. L'évolution**

Se fait vers l'augmentation de volume, l'épulis peut alors se déplacer et mobiliser plusieurs dents (à l'examen clinique on doit toujours tester la mobilité des dents voisines qui sont de part et d'autre), en absence de tissus elle peut même se fibroser( devenir assez élastique avec le temps).

**2.1.5. Les différentes formes cliniques****2.1.5.1 L'épulis du sujet denté (Figure 03) :****A- Siège :**

C'est une tumeur exclusivement gingivale, touchant maxillaire et mandibule dans une même proportion ; sa localisation préférentielle est le point inter incisif médian maxillaire.

**B- Le point de départ :**

L'épulis peut naitre, soit aux dépens des structures gingivales, soit à l'intérieur même de l'alvéole dentaire.

**C- Morphologie**

- **Volume** : variable, d'une ou plusieurs papilles interdentaires jusqu'à l'œuf de pigeon. Cela peut empêcher le malade de maintenir une occlusion ou même d'assurer l'herméticité des lèvres ; d'où la possibilité de troubles fonctionnels, phonétiques, cosmétiques et psychologiques.
- **Aspect** : c'est une masse bourgeonnante, arrondie ou oblongue. Lorsqu'elle se situe dans le secteur incisif maxillaire, la présence du frein labial lui confère une forme caractéristique en bissac ; lorsque son volume est important, elle peut mouler les dents qui la supportent, et être alors marquée de leur empreinte.

- **Couleur** variable car fonction de la forme anatomo-pathologique : du rouge vif, pour les épulis vasculaires, traduisant ainsi une hypervascularisation ; au rouge vineux ou violacé, la fibrose étant alors prédominante.
- **Consistance** la palpation est indolore. Variable, car fonction de la forme anatomo-pathologique : souple lors de la prédominance des éléments vasculaire, rénitente lors de la prédominance de la fibrose.
- **L'implantation** pédiculée ou sessile.  
Une tumeur sessile s'oppose à une tumeur pédiculée, c'est-à-dire rattachée à son support par une structure allongée et fine (une sorte de « pied »).
- **Retentissement sur la denture** les épulis peuvent entrainer des mobilités dentaires : ils potentialisent les facteurs irritatifs locaux. Et donc contribuent à accélérer le processus hyperplasique, ce qui accroît par effet retour la mobilité dentaire. Ils peuvent aussi provoquer des migrations dentaires : les dents vont être chassées par la tumeur, voire expulsées



Figure 03

#### **2.1.5.2 L'épulis du sujet édenté appareillé (Figure 04, 05)**

Cette tumeur répond, dans ce cas à un traumatisme par compression ou par pincement

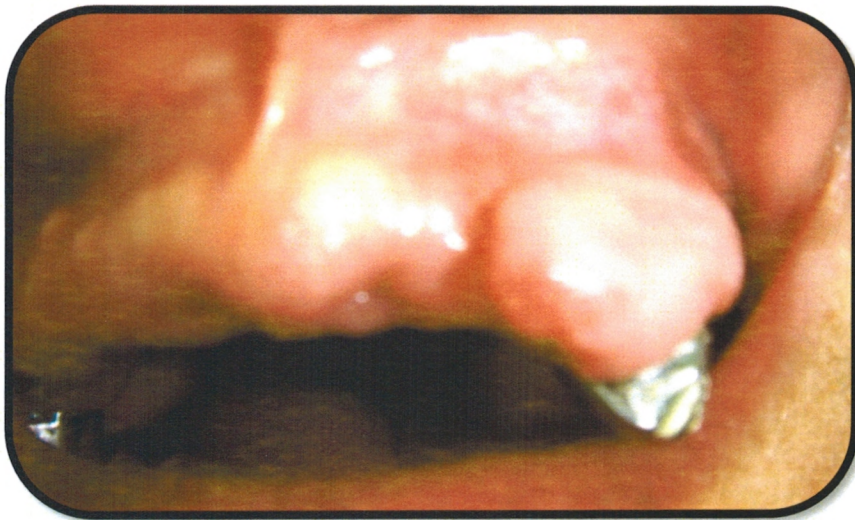
- **En prothèse adjointe partielle ou complète**

La compression d'une selle de prothèse complète, par exemple dans la région tubérositaire peut se traduire par l'apparition d'une tumeur qui se développe en un pédicule s'insinuant sous l'intrados et s'épanouissant largement une fois la limite de la prothèse dépassée.

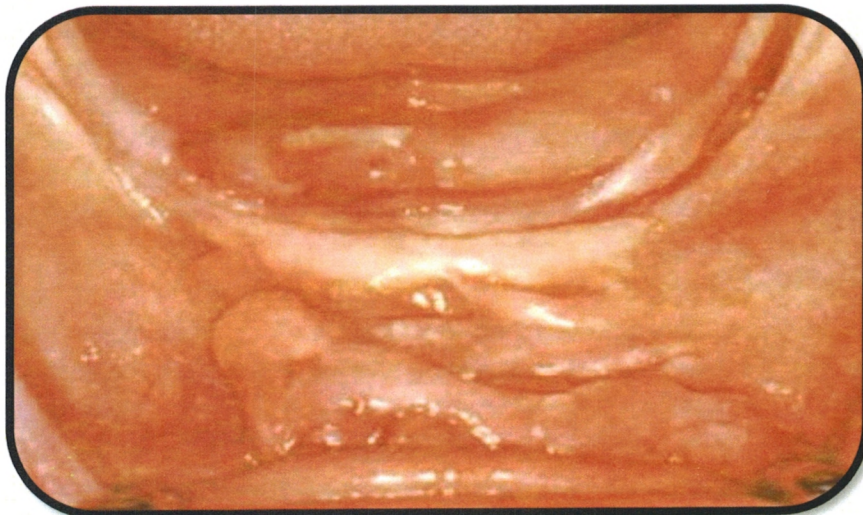
Il faut aussi rapprocher les « hyperplasies fibreuses », situées au niveau de la crête maxillaire édentée suite aux traumatismes d'une prothèse mal adaptée, le bord de la prothèse dans la région antérieure surtout s'insinue entre les parties molles et provoque l'apparition de la tumeur ; c'est une tuméfaction qui double la crête alvéolaire en avant de celle-ci et est parallèle à cette crête elle est généralement sessile parfois pédiculée il arrive qu'elle soit double : on la nomme alors en « feuillets de livre ».

- **En prothèse conjointe (Figure 05)**

La tumeur résulte de la présence d'élément conjoint inadapté d'attachement, source de pincements gingivaux. Sa morphologie est fonction du lieu du traumatisme et de l'espace laissé libre pour le développement de la tumeur.



**Figure 04**



**Figure 05**

### **2.1.5.3 L'épulis de la femme enceinte (Figure06)**

Encore nommé épulis de grossesse ou gravidique c'est une lésion gingivale apparaissant aux environs du troisième mois de la grossesse, elle est cliniquement et histologiquement identique à l'épulis inflammatoire (bourgeon charnu de couleur rouge vif, de consistance molle); elle augmente progressivement de taille et peut ou non régresser après la délivrance.

Son étiopathogénèse n'est pas totalement élucidée mais la majorité des auteurs pensent actuellement que cette lésion est un simple granulome pyogénique (angiome hyperplasique) résultant d'un traumatisme mineur ou d'une irritation locale, la réaction tissulaire étant probablement intensifiée par l'altération endocrinienne lors de la grossesse.

C'est une tumeur rare observée dans 2% des cas siégeant le plus souvent au maxillaire supérieur dans les 2/3 des cas et dans la moitié des cas dans la région antérieure.

- **Le diagnostic différentiel**

Comprend l'épulis banale et le granulome périphérique à cellules géantes



**Figure 06**

### **2.1.5.3 Epulis du nouveau-né ou congénital (Figure 07)**

C'est une forme particulière de tumeur à cellules granuleuses dont l'origine vraisemblable est mésenchymateuse, il s'agit d'une tumeur bénigne congénitale,



rare, se localisant le plus souvent au niveau de la crête alvéolaire supérieure, sur le versant labial. Son ablation n'est pas suivie de récurrences.

- **Cliniquement** : elle existe à la naissance, sous forme d'une tumeur asymptomatique unique pédiculée de coloration normale ou rouge, de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètres, le bébé a du mal à s'alimenter.
- **Histologiquement** : tumeur constituée de cellules granuleuses qui présentent beaucoup d'analogies avec les cellules de la tumeur d'Abrikossoff, mais il n'y a pas d'hyperplasie pseudoépithéliomateuse.
- **Epidémiologie** elle affecte 8 à 9 fois plus souvent les filles que les garçons et est située au niveau du maxillaire 2 à 3 fois plus fréquemment qu'au niveau de la mandibule. La tumeur est plurifocale dans plus ou moins 10% des cas.
- **Diagnostic différentiel** comprend les tumeurs mélanotiques neuro-ectodermique de l'enfance, l'épulis inflammatoire et les fibromes.

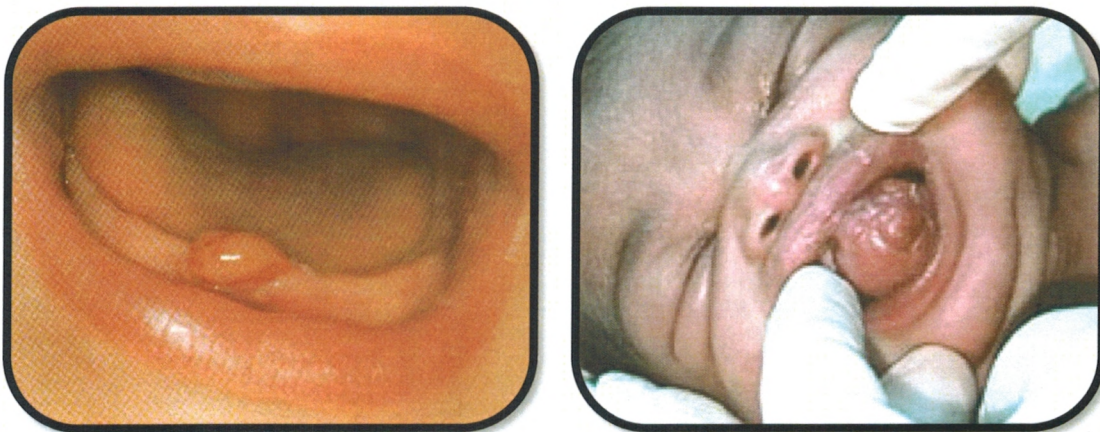


Figure 07

#### 2.1.5.4 Epulis d'origine médicamenteuse

C'est le cas de la gingivite hyperplasique hydramoinique d'origine thérapeutique, chez l'épileptique traité au Dihydan.

C'est aussi le cas de la gingivite hyperplasique due à la cyclosporine en effet des cours de « transplantation cardiaque » ont eu lieu du 17 au 21 octobre 1988 en France à qu'on appris que sous l'influence des immunosuppresseurs (cyclosporine) apparaissent chez les transplantés des épulis souvent multiple.

### **2.1.6 Les différentes formes histopathologiques d'épulis**

Les types histologiques sont multiples, mais on individualise deux grands groupes :

- Les épulis simples
- Les épulis giganto-cellulaire ou à myéloplaxes
- 

#### **2.1.6.1 Epulis hyperplasiques simple**

D'après Gery et Noepfel (cité par Lucas R. B. « Pathology of tumors of the oral tissues ». Churchill édit 1984) ils peuvent revêtir trois formes histologiques : inflammatoire, vasculaire, fibreuse, mais tous les intermédiaires sont possible.

##### **A. Epulis inflammatoires**

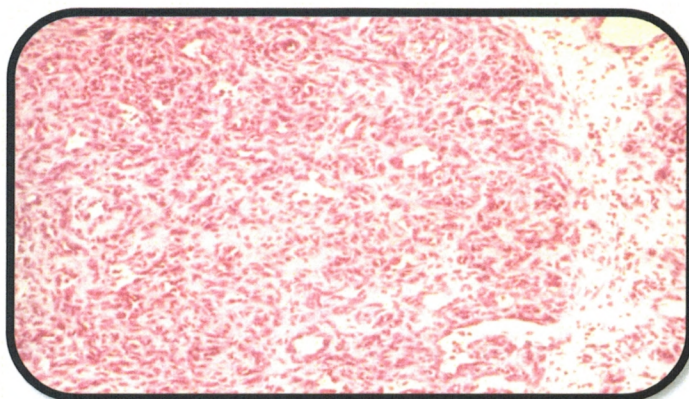
- ✚ **Cliniquement** : c'est une granulome torpide, hyperplasique, parfois exubérante. Elle est construite sur un modèle proche de celui du bourgeon charnu ; apparait comme une masse non douloureuse, exophytique, pédiculée ou sessile d'un rouge sombre, la surface en est lisse ou lobulée souvent érodée, et elle est recouverte d'une membranes blanc jaunâtre, la lésion est molle et présente une tendance hémorragique spontanée ou après une irritation légère, elle grossit rapidement et sa taille est généralement comprise entre 0.5 à 1 centimètre, la gencive est la localisation la plus fréquente 70%
- ✚ **Histologiquement** : les caractères histologiques sont ceux du tissu gingival ou du procès alvéolaire qui leur a donné naissance : il s'agit d'un tissu de granulation caractérisé par la présence d'une néoformation vasculaire, désordonnée, irrégulière peu abondante ou exagérée (si passage à l'épulis vasculaire) constituée de simple endothéliums qui nés de la profondeur se dirigent vers la surface ; par la présence de cellule inflammatoire nombreuses tels les polynucléaires ; par la présence d'une néogènes fibreuse.
- ✚ **Diagnostic différentiel** : comprend le granulome périphérique à cellule géante, l'épulis fibreuse ossifiant, le léiomyome, l'hémangiome, l'hémangio-endothéliome, l'hémangiopericytome, le sarcome de Kaposie, les tumeurs métastatique.

##### **B. Epulis vasculaires (Figure A)**

Elle est caractérisée par le développement exubérant et anarchique des néo-vaisseaux avec absence de capillaires.

Toutes les transitions existent entre les épulis inflammatoires et ceux dont le système de néo-vascularisation est exubérant et hyperplasique tel le *botryomycome* de Ponoet et Dor encor appelé angiome hyperplasique, aboutissant parfois à la

constitution d'un hémangiome simple. Généralement, les vaisseaux néoformés, très sinueux, envahissent le conjonctif en se dirigeant dans tous les sens et peuvent s'ils se regroupent former des amas angiomateux plus ou moins découpés en lobules par des cloisons fibreuse.



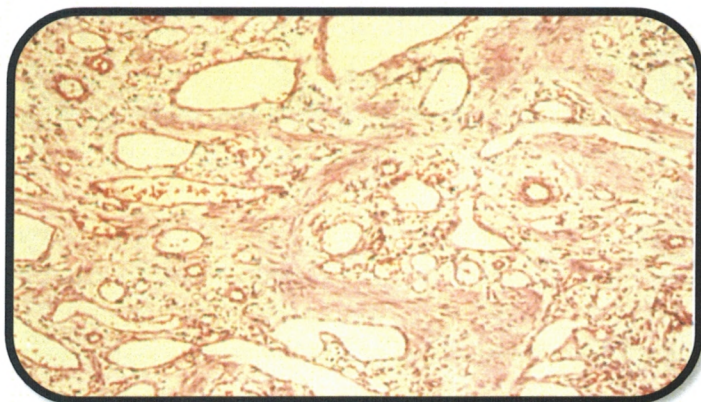
**Figure A**

Coupe histologique d'une épulis vasculaire en ME

### **C. Epulis fibreuse**

Qui semble représenter un stade évolutif tardif de la précédente (inflammatoire), car il existe de nombreuses lésions de types intermédiaire, se présente comme un nodule ferme, revêtu par une muqueuse de couleur semblable à celle de la gencive voisine

Elles sont constituées par du tissu fibreux, dense, infiltré de lymphocytes, recouvert d'un épithélium hyperplasique ou mince ; la masse fibreuse est toujours diffuse, jamais encapsulée, de limites floues, recouverte directement par l'épithélium. Les fibres collagènes sont grêles et onduleuse. Mais peuvent parfois être disposées dans tous les sens en une sorte de feutrage semblable à celui que l'on rencontre dans les chéloïdes cutanées. Dans ces formes il n'est pas rare d'observer des zones d'ossification métaplasique, avec toutes les formes de transition pouvant réaliser de véritables épulis osseuses.



**Figure B**

Coupe histologique d'une épulis fibreuse en ME

### 2.1.6.2 Epulis à cellules géantes ou myélopaxes :

L'épithélium est pavimenteux stratifié, hyperplasié, kératinisé en surface ; le conjonctif sera décrit aux microscopes optique et électronique, dont la caractéristique est la présence de cellules géantes ou myélopaxes. Comme les épulis simple, on distingue des formes inflammatoires, vasculaires, fibreuses.

- ✚ **Au microscope optique** : on observe des petites cellules mononuclées, fusiformes analogues aux fibroblastes, des fibres de collagènes, de nombreux capillaires, d'où les hémorragies lors de l'exérèse de l'épulis, des lamelles osseuses, histiocytes, plasmocytes, leucocytes ; ainsi que trois types de cellules géantes plurinucléées caractéristiques de cette lésion présentant d'après Sapp un cytoplasme granuleux, basophile en périphérie, acidophile au centre. Le premier type, le plus fréquent est constitué de noyaux importants d'un volumineux nucléole, d'une membrane nucléaire dense ; le deuxième type est moins fréquent formé d'un petit noyau rond pycnotique et d'un cytoplasme éosinophile ; le troisième types représente des cellules en voie de dégénérescence.
- ✚ **Au microscope électronique** : on distingue des histiocytes contenant moins de mitochondries que les cellules géantes, on ne peut pas affirmer de parenté génétique entre ces cellules mais plutôt une adaptation fonctionnelle de toutes les cellules à un milieu commun.



**Figure C**

Coupe histologique d'une épulis à cellules géantes en ME

### 2.1.7 Diagnostic positif

Le diagnostic positif de l'épulis est basé sur les aspects cliniques. Cependant il peut être confirmé par certains examens complémentaires tels que l'examen histologique et la radiographie. Cette dernière permettra de constater une

raréfaction osseuse au niveau de l'os alvéolaire sous-jacent et éventuellement des images de lyse des organes dentaires voire des phénomènes d'apposition osseuse.

### **2.1.8 Diagnostic différentiel**

Nous insistons une fois encore, sur l'importance capitale d'éliminer les autres pathologies gingivales bénignes et malignes, avant tout traitement

#### **✚ Avec certaines atteintes pulpaires**

- La pulpite hypertrophique chronique
- Les dégénérescences polypeuses de la pulpe dentaire dont le pédicule est inclus dans une racine.

#### **✚ Avec les hypertrophies gingivales localisées**

- La gingivite tartrique

#### **✚ Avec les hypertrophies gingivales généralisées**

-Génotypique ou familiales : c'est le cas de l'hyperplasie fibreuse gingivale ou « éléphantiasis des gencives » des sujets jeunes qui se développe avec prédilection autour des dents (qui jouent le rôle d'épines irritatives).

-D'origine endocrinienne hypophysaire ou thyroïdienne : hyperplasie de la puberté, de la grossesse...

-D'origine hématologique :

Manifestation buccales d'une anémie de Biermer : la muqueuse est érythémateuse et légèrement hyperplasique, l'érythème déborde de la région gingivale

- ✓ Hyperplasie gingivales liées aux hémopathies malignes principalement la leucémie aigue ; on assiste à une infiltration de la gencive, entraînant une hyperplasie gingivale généralisée ; la gencive présente une tuméfaction importante de son bord libre, des papilles inter dentaires ; de plus, cette tuméfaction est diffuse, vestibulaires et linguale, touchant les deux arcades dentaires, pouvant masquer les dents. Le diagnostic d'hémopathie est confirmé par les résultats de l'héogramme.
- ✓ Mais aussi le plasmocytome solitaire gingivale : c'est un plasmocytome (formation tumorale constituée exclusivement ou presque de cellules plus ou moins matures de la lignée plasmocytaire) extra-médullaire se développant dans les tissus mous il affecte surtout les gencives, entraînant une hypertrophie lisse ou bourgeonnante. Localisée ou diffuse. Le diagnostic est histologique

#### **✚ Avec les tumeurs cancéreuses**

Tumeurs gingivales primitives : ces tumeurs malignes peuvent se développer à partir :

-Soit l'épithélium gingivale et on parlera alors d'épithéliomas gingivaux, ou encore de carcinomes.

-Soit du conjonctive gingival, on parlera alors de sarcome.

- ✓ Les épithéliomas gingivaux : épithéliomas gingivaux débutants de forme bourgeonnante : on est en présence d'une petite masse

irrégulière, siégeant dans la région molaire mandibulaire, dont l'induration est difficile à déterminer ; elle peut être développée sur une papille interdentaire, enchâssant les dents, saignant au contact, l'os alvéolaire, même s'il paraît normal à la radiographie, est quasi systématiquement envahi. Epithéliomas gingivaux débutant de forme verruqueuse : on est en présence de petites végétations isolées les unes des autres. Certains épithéliomas évolués. Lorsqu'il s'agit d'une épulis volumineuse surinfectée.

- ✓ Les sarcomes à point de départ gingival, qui peuvent être confondus au début avec l'épulis : mais leur extension est plus rapide, la fonte progressive de l'os à leur contact devant éveiller l'attention.

#### ✚ **Tumeurs secondaires, suite à des métastases gingivales :**

- ✓ Métastase gingivale d'un adénocarcinome.
- ✓ Métastase gingivale des cancers digestifs : leur aspect et leur teinte violacée peut les faire passer pour des épulis à cellules géantes.

#### ✚ **Avec les tumeurs à myélopaxes centrales des maxillaires**

En cas d'ossification de l'épulis, les tumeurs osseuses à myélopaxes étant parfois extériorisées dans la région alvéolaire ; le diagnostic différentiel est permis par la présence radiographique d'images lacunaires avec cloison de refend.

## **2.2 BOTRYOMYCOME OU GRANULOME PYOGENIQUE (Figure 08)**

(La terminologie pyogène est une fausse appellation car il n'y a pas de pus).

C'est une lésion hyperplasique d'origine inflammatoire ou traumatique.

**Cliniquement :** Bourgeon charnu hyperplasique, rouge vif souvent pédiculé et ulcéré en surface, de consistance molle, friable et saignant facilement au contact car elle renferme de très nombreux vaisseaux sanguins néoformés, on parle parfois d'épulis angiomateuses lorsque les vaisseaux sont très abondants. La lésion initiale semble le plus souvent d'origine traumatique, d'où sa localisation préférentielle sur la gencive marginale, les déficits immunitaires, même mineurs (traitement immunosuppresseurs, trisomie 21) favorisent le développement des granulomes pyogéniques, qui peuvent alors être multiples, ils sont toujours constitués par une prolifération très vascularisée qui ressemble à du tissu de granulation comportant un infiltrat inflammatoire mixte souvent très dense.

**Histologie :** lésion recouverte d'un épithélium malpighien interrompu par de nombreuses zones ulcérées / érosives. Le conjonctif est œdémateux avec de très nombreux capillaires néoformés, dilatés, disposés perpendiculairement à l'épithélium. Un infiltrat inflammatoire polymorphe (PN, plasmocyte) considérable est présent. On peut observer de l'hémossidérine provenant de la dégradation de GR extravasés et signe d'hémorragie ancienne. Cette lésion correspond à une surcicatrisation avec un développement excessif de la néovascularisation.



Figure 08

### **2.3 GRANULOMES PERIPHERIQUES A CELLULES GEANTES (Figure 09)**

Le granulome à cellules géantes est une lésion pseudo-tumorale bien caractérisée cliniquement et histologiquement qui s'observe exclusivement sur les gencives des deux maxillaires, ce n'est pas une néoplasie vraie mais une réaction tissulaire à des irritations locales réactionnelles à une denture mixte, dont il existe une forme périphérique (épulis à myélopaxe, épulis à cellules géantes) se développant à la surface de l'os alvéolaire et ressemblant à une épulis et une forme centro-osseuse plus rare (granulome réparateur) décelée par la radiographie, susceptible de s'extérioriser par une tuméfaction puis une ulcération gingivale, qui peut poser de difficiles problèmes de diagnostic différentiel.

Elle est plus fréquente chez les garçons avant 16ans, mais deux fois plus fréquente chez les filles après 16ans

**Clinique** : lésion presque toujours située au niveau d'une papille inter-dentaire, initialement sessile, peut devenir pédiculée. Aspect rouge-bleuâtre, plus œdémateux que la gencive environnante, saigne facilement au contact est souvent ulcérée. Elle est de consistance élastique et son diamètre varie de 0.5 à 2 cm. Elle siège habituellement sur les gencives, mais aussi sur les zones édentées.

**Histologie** : conjonctif moyennement fibreux, cellulaire avec de nombreux vaisseaux, mais surtout présence d'un grand nombre de cellules géantes multinuclées. On peut observer de l'hémossidérine. L'épithélium qui recouvre la lésion est normal parfois ulcéré.

**Diagnostic différentiel** : comprend l'épulis post extraction, le fibrome périphérique ossifiant, hémangio-péricytome, hémangio-endothéliome et le sarcome de Kaposi.

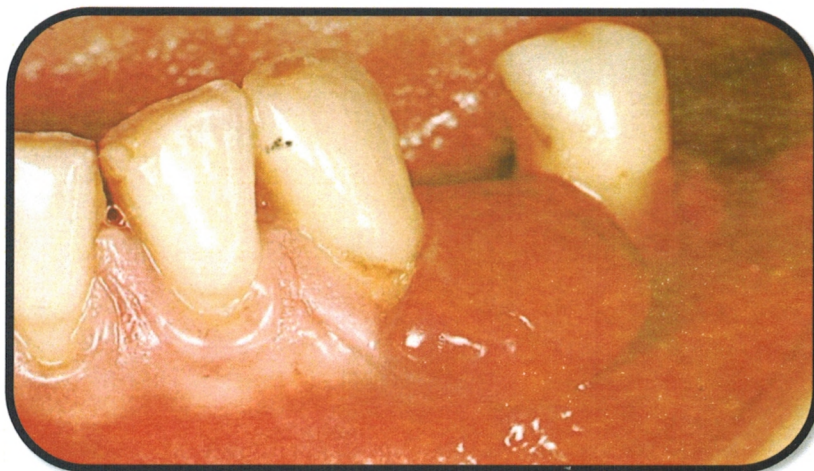


Figure09

#### **2.4 GRANULOME POST-EXTRACTION** (Figure 10)

Le granulome post-extraction ou épulis granulomateuse est un granulome qui apparait de façon caractéristique dans l'alvéole dentaire après extraction. La cause en est en général un corps étranger, tels un séquestre osseux ou des résidus d'amalgame aux quels s'ajoute une réaction tissulaire inflammatoire.

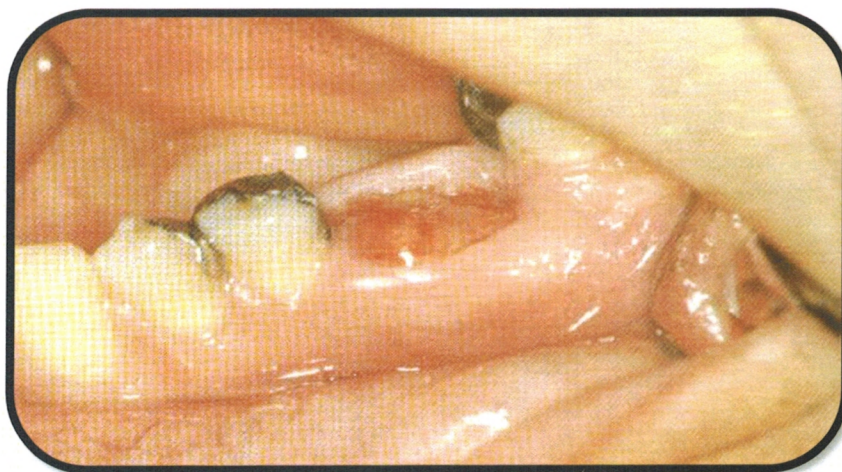


Figure 10





# Chapitre IV

*Examen clinique*

On entend par examen parodontal. La partie de l'examen complet de la bouche concernant spécifiquement les tissus parodontaux, la finalité de l'examen est de déterminer les points suivants :

- L'état de santé de parodonte du patient
- L'étendue des lésions tissulaires
- Les signes permettant de déterminer le Diagnostic, étiologie, le pronostic et le plan de Traitement.

On peut classer les méthodes utilisées pour évaluer l'état de parodonte en 02 catégories principales:

- \* Objectif essentiel de la consultation et les antécédents généraux et stomatologiques
- \* L'évaluation clinique du patient comprenant l'examen exo et endobuccal .
- Un bilan radiographique complète cet examen. Il évalue le degré de perte osseuse autour des dents et objective la présence de foyers infectieux au niveau des racines dentaires
- Des examens complémentaires sont parfois requis : tests bactériologiques et biochimiques.

A l'issue de la consultation un diagnostic et un plan de traitement sont établis.

### **Conduite de l'examen clinique en stomatologie :**

Comme lors de tout examen médical la consultation débute par un interrogatoire

#### **1- Interrogatoire**

Il s'agit d'une étape très importante. Elle établit le premier contact médecin Malade devant aboutir à l'amorce de rapport de confiance. D'autre part c'est une étape durant laquelle les éléments importants sont pris en note dans le dossier du patient qui vont nous aider à fournir une orientation diagnostique de départ.

La conduite de l'interrogatoire est semblable à celle d'un examen clinique banal. Cependant, il faut retenir l'importance des éléments suivants :

**L'âge** : c'est un élément important dans l'orientation du diagnostic différentiel

**Le sexe** : c'est un élément d'orientation diagnostic ; les pseudotumeurs gingivales sont à prédominance féminine.

**Motif de consultation** : ce qui pousse en général le patient à consulter, c'est la masse tumorale ; des fois le patient ne vient consulter qu'après la blessure de la lésion surtout, lorsqu'elle est hyper vascularisée ; l'hémorragie peut être foudroyante

**❖ Histoire de la maladie :**

Il faut noter :

- la date d'apparition ainsi que son mode évolutif.
- son siège.
- sa taille.
- sa couleur et son état de surface (normal, bourgeonnant, ulcéré ...)
- la douleur.
- Le saignement.
- La consistance et l'haleine.

**❖ Les antécédents généraux on peut noter deux états particuliers :**

➤ Les états physiologiques :

- La grossesse représente par l'augmentation des hormones stéroïdes un terrain favorisant l'inflammation gingivale.
- La période menstruelle.
- La ménopause.
- La prise de contraceptifs hormonaux.
- La puberté.

➤ Les états pathologiques :

- Les endocrinopathies .
- Le diabète.
- Les avitaminoses.
- Les hémopathies.
- L'hypertension artérielle.
- Les hémopathies malignes.

**❖ Les antécédents médicamenteux :**

Il existe certains accroissements gingivaux qui sont essentiellement liés à la prise de médicaments .il peut s'agir d'une hyperplasie gingivale secondaire à un traitement ; par les hydantoïnes (traitement de certaines formes d'épilepsie) ou par la cyclosporine (médicament immunosuppresseur en cas de greffe d'organe).

Les répercussions sur l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre, équilibre psychique) sont également des éléments à intégrer.

Il peut être, par exemple, très utile de recueillir toute information, notamment anatomopathologie, sur une intervention d'exérèse datant de quelques années, telle la possibilité d'une métastase mandibulaire d'un cancer à distance apparemment guéri.

L'existence d'une allergie ou d'une thérapeutique en cours ainsi que l'état vaccinal et les habitudes de vie sont clairement demandés par le praticien

Il est important de laisser l'intéressé s'exprimer selon sa propre terminologie, en le guidant mais sans l'influencer

## 2-Examen proprement dit

Il a pour but de dépister les signes objectifs de la maladie. Cette étape fait appel.

Principalement à l'inspection et la palpation. La face étant constituée de deux Versants, l'un externe (la face proprement dite), l'autre interne (la cavité buccale),

Il est classique de diviser cet examen en deux temps successifs, l'un exobuccal (le plus souvent cervicofacial que facial pur) et l'autre endobuccal.

### 2.1 Examen exo buccal

#### ➤ Inspection :

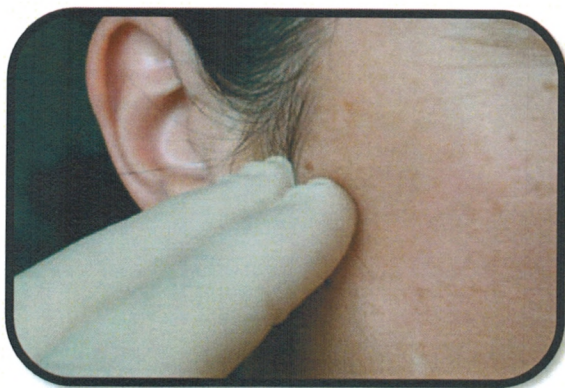
L'inspection débute dès l'interrogatoire mais, elle doit se faire méthodiquement. La sphère cervico-faciale s'apprécie, étage par étage, selon trois incidences principales (face, profil, incidence axiale). Sont analysés successivement :

- La symétrie, l'harmonie de l'ensemble facial d'un étage par apport à l'autre
- Les téguments: la coloration de la peau, la présence de lésions cutanées, tumeurs, cicatrice.
- Les reliefs, les déformations sous-jacentes et autres anomalies.

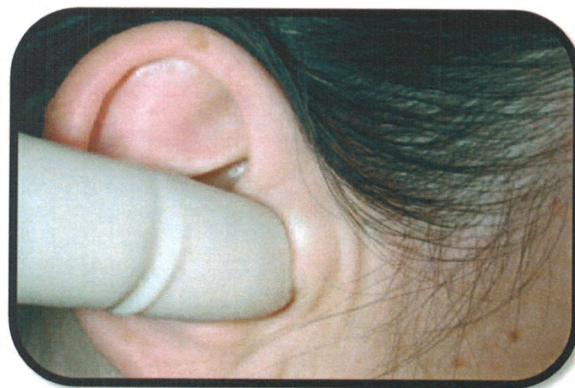
#### ➤ Palpation :

La palpation permet d'apprécier :

- La présence de douleurs provoquées, diffuses ou exquises, dont l'intensité peut être chiffrée, soit à l'aide d'une échelle visuelle analogique, soit en utilisant des critères cliniques (grimaces associées, mouvements de retrait) ;
- Les tissus sous-jacents : sous-cutané, musculaire, ganglionnaire en précisant en cas de tuméfaction, la consistance (de type osseuse lors d'ostéome, rénitente lors de tumeur, ou au contraire, fluctuante lors de collection hématique ou purulente
- L'état des reliefs osseux, notamment en contexte traumatologie (décalage, mobilité anormale, ressaut). Souvent gêne par un œdème
- La sensibilité faciale
- Les articulations temporo-mandibulaire: Les manifestations cliniques d'un trouble temporomandibulaire sont souvent d'un polymorphisme extrême, La palpation Prétragienne ou endoaurale peut objectiver des douleurs provoquées. Les bruits décrits par le patient peuvent être retrouvés par le praticien à la palpation (ressaut) ou à l'auscultation.



**Figure 11 :** Palpation prétragienne du condyle mandibulaire



**Figure 12 :** Palpation endoaurale du condyle mandibulaire

- Les Aires ganglionnaires cervico-faciales : La recherche d'adénopathie cervico-faciale est indispensable lors de tout examen clinique s'orientant vers un contexte néoplasique, mais aussi infectieux ou hématologique.

L'examen clinique doit préciser le nombre de ganglions, leur siège, leur taille, leur consistance, leur sensibilité, leur mobilité ou adhérence par rapport au plan superficiel et profond, et leur évolutivité dans le temps.



**Figure 13 :**

Palpation des aires ganglionnaires cervicofaciales

## 2.2 Examen endobuccal :

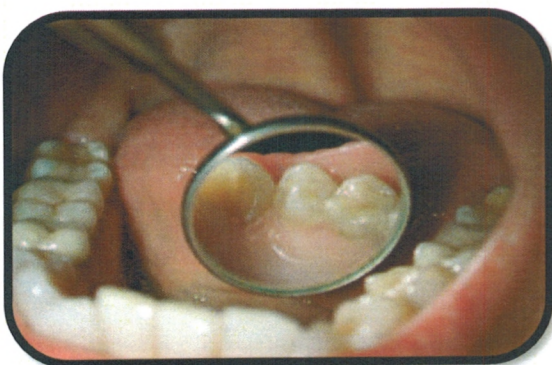
### ➤ Examen de l'environnement buccal

L'examen de la cavité buccale débute par une simple inspection en ouverture buccale. Ce premier temps donne une vision partielle de la cavité buccale, Principalement du palais, de la face interne des joues, des faces occlusales

Dentaires. L'examineur demande ensuite au patient de tirer la langue, ce qui permet l'inspection d'une partie de l'oropharynx (pilier du voile, lèvre et paroi postérieure du pharynx). Enfin, l'inspection se termine par un examen au miroir plan préalablement chauffé, pour éviter la buée.

La palpation, temps essentiel, se pratique avec l'extrémité de l'index, protégé par un doigtier : L'existence de douleurs provoquées est précisée ainsi que l'éventuelle présence d'une tuméfaction (en notant consistance et limites de l'infiltration), d'une hypo-ou anesthésie, notamment dans le territoire lingual.

- ❖ **L'examen dentaire** de base fait appel aux miroirs plans et aux sondes dentaires (Droite, coudée), il s'intéresse : (Figure 14)
  - L'hygiène buccodentaire, l'haleine (halitose, éthyliisme...)
  - La formule dentaire (nombre et situation des dents)
  - Caries, mobilités dentaires, douleurs provoquées, poches parodontales
  - L'état des soins dentaires (Obturations débordantes ou dont le polissage est insuffisant, Obturations ne rétablissant pas une protection gingivale, point de contact)
  - Un crochet mal situé
  - Les arcades dentaires : courbes de Spee, encombrements ou malpositions dentaires, absences (agénésies, inclusions) et pertes dentaires (avulsions).
  
- ❖ **Examen de l'occlusion** : L'occlusion (ou articulé dentaire) est analysée en intercuspidation maximale. (Figure 15)
  - ▶ A l'état statique
    - A la recherche des prématurités définies par les contacts occlusaux antérieurs ou postérieurs
  - ▶ A l'état dynamique
    - La recherche d'une interférence



**Figure 14 :**  
Inspection dentaire au miroir



**Figure 15 :**  
Examen de l'occlusion  
en intercuspidation maximale

- ❖ **Examen de la salive** : L'examen endobuccal note l'aspect de la salive à l'ostium canalaire (épaisse, purulente) après expression manuelle de la glande concernée. La recherche d'une voussure et le «toucher pharyngien » doivent être systématiques à la recherche d'une masse d'origine parotidienne.

### ➤ **Muqueuse buccale**

Toujours commencer par examiner l'endroit dont se plaint le malade, ou la lésion pour laquelle il a été adressé, quitte à y revenir en fin d'examen pour recueillir plus de précisions. Le diagnostic repose d'abord sur l'analyse minutieuse des lésions visibles et palpables, permettant l'identification des lésions élémentaires (érythèmes, macules, papules, érosions, ulcérations, tumeurs) ; l'aspect, couleurs, souplesse, la disposition, la topographie et le mode évolutif de ces lésions élémentaires apportent des données sémiologiques indispensables au diagnostic étiologique.

De même, en présence d'une tuméfaction muqueuse ou sous-muqueuse (voussure), il est important de décrire le siège, les limites anatomiques, les dimensions, la consistance.

### ➤ **Examen de la gencive**

#### A- L'état de la gencive :

- La couleur : habituellement rose pâle, rougeâtre bleute ou violacée en cas d'inflammation
- Son aspect : piqueté en peau d'orange, son absence est un signe d'inflammation car en cas de d'agression les vaisseaux sanguins font une vasodilatation importante et une mobilisation des capillaires puis le passage des macrophages vers la zone enflammer qui est gonfler d'où l'aspect invisible.
- Sa consistance : ferme et souple, en cas d'inflammation elle devient molle par le passage des macrophages et l'infiltration des micro-organismes.
- Son volume : normal et dépend des éléments cellulaires et l'alignement des dents, une gencive enflammer augmente de volume.
- Ses attaches dentaires (récessions gingivales correspondant à une migration apicale de l'attache épithéliale au-delà de jonction amélocémentaire).

**Tableau comparatif entre les différentes caractéristiques cliniques d'une gencive saine et une gencive atteinte**

CARACTERISTIQUES	GENCIVE SAINE	GENCIVE ATTEINTE
CONTOUR	Régulier, suit le collet des dents pour se terminer en biseau aigue au niveau papillaire	Irrégulier, se termine en bourrelet arrondi Présence de récessions
VOLUME	Forme déflectrice, bombé cervicale	Augmenté (œdème), renflement tissulaire
ASPECT	Piqueté en peau d'orange pour la GA et au centre des papilles, lisse pour la GM	Disparition du piqueté aspect lisse et brillant
CONSISTANCE	Souple pour la gencive lisse, ferme et adhérente pour la GA	Molle (œdème, hypertrophie) Fibreuse, (Hyperplasie)
COULEUR	Rose pale avec possibilité de pigments de mélanine	Mode aigue: rouge vif Mode chronique: rouge bleutée ou violacée

### B- Les indices parodontaux

#### **Indice d'hygiène :**

#### **P.I : Plaque index Selon LOE et SILNESS :**

**P.I – 0 : Pas de plaque**

**P.I – 1 : la plaque ne se voit pas qu'en raclant la surface dentaire avec la sonde**

**P.I – 2 : la plaque ne se voit a l'œil nu, qu'après avoir asséché le sillon GD**

**P.I – 3 : accumulation importante de plaque**



**Indice d'inflammation :****G.I : Gingival index de LOE et SILNESS :**

**G.I – 0 : gencive cliniquement saine**

**G.I – 1 : légère inflammation, léger changement de volume et de couleur sans saignement au sondage**

**G.I – 2 : rougeur, œdème modéré + saignement provoqué**

**G.I – 3 : inflammation sévère, rougeur, œdème important, saignement, ulcération + suppuration**

**P.M.A : selon SCHOUR et MASSLER :**

**P.M.A – 0 : gencive cliniquement saine**

**P.M.A – 1 : inflammation papillaire**

**P.M.A – 2 : inflammation papillaire, marginale**

**P.M.A – 3 : inflammation papillaire, marginale et attachée**

**S.B.I : sulcus bleeding index selon MUHLEMANN et SON :**

**S.B.I – 0 : gencive saine, pas de saignement provoqué**

**S.B.I – 1 : saignement provoqué**

**S.B.I – 2 : saignement provoqué, érythème**

**S.B.I – 3 : saignement provoqué, érythème, œdème moyen**

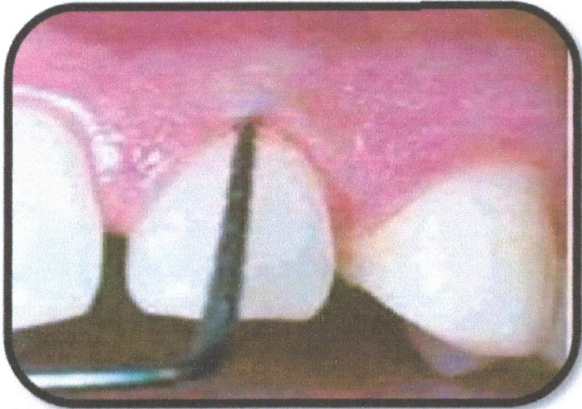
**S.B.I – 4 : saignement provoqué, érythème, œdème important**

**S.B.I – 5 : saignement provoqué, érythème, œdème important, Ulcération + suppuration**

**La mise en évidence de la poche parodontale : (Figure 16, 17)**

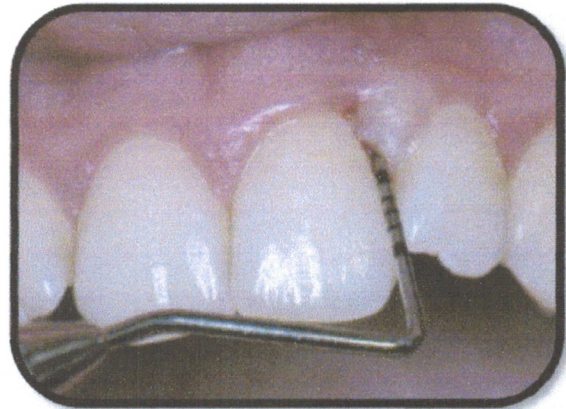
Cliniquement le meilleur moyen c'est le sondage, car il permet d'évaluer deux paramètres importants (la profondeur de la poche et la perte d'attache) qui donnent une idée sur la gravité des lésions, idéalement le sondage doit être réalisé à l'aide d'une sonde graduée introduite avec une pression légère de 25g, l'extrémité de la

sonde pénètre au-delà du fond histologique du sulcus a une profondeur de 0.5mm environ, mais l'extrémité de la sonde pénètre normalement à une profondeur de 2,5mm. Bien sur cela ce fait après détartrage, lorsque l'inflammation superficielle est éliminée et lorsque les obstacles n'entravent plus le passage de la sonde



**Figure 16**

Sondage du coté vestibulaire



**Figure 17**

sondage du coté latérale

La profondeur de sondage clinique dépend de l'état parodontal (œdème, dénudation radiculaire), cette profondeur sera surestimée s'il existe une hypertrophie gingivale (œdème) ou une perte d'attache **Figure19** ou sous-estimée si une récession gingivale s'est produite **Figure18**.

Le seul paramètre clinique restera donc la perte d'attache.



**Figure 18 :** Perte d'attache = profondeur de la poche + récession



**Figure 19 :** Perte d'attache = profondeur de la poche - l'œdème



# Chapitre V

*Les différentes approches thérapeutiques*

*des tumeurs épulidiennes*

La prise en charge des pathologies tumorales de la gencive est une mission majeure du service de parodontologie. Le contexte psychologique qui entoure ce genre de pathologies nécessite une explication rigoureuse du geste chirurgical à effectuer ainsi qu'une écoute attentive du patient et de ses légitimes appréhensions. La très grande diversité histologique (définissant le type de cellule impliquée) des tumeurs ainsi que leur grande variabilité de situation anatomique, ne permettent pas de dicter une prise en charge unique et standardisée.

### **1. La base des traitements des pseudotumeurs**

Les tumeurs bénignes sont bien circonscrites. Elles sont souvent liées à une irritation et tendent à réapparaître après leur excision si la cause réelle n'est pas supprimée.

Le meilleur traitement est donc celui qui restituera les fonctions perturbées ou l'esthétique et empêchera la récurrence.

### **2. Le but**

Le but du traitement est de supprimer la lésion et d'éviter la récurrence, afin de rétablir la fonction et éventuellement l'esthétique.

### **3. Les gestes primordiaux après confirmation du diagnostic**

Après avoir diagnostiqué une tumeur bénigne, une simple surveillance pourra être proposée selon que cette tumeur engendre ou non des désagréments due à son volume et que sa nature n'a pas de risque de dégénérescence (transformation maligne).

Une intervention chirurgicale peut être proposée sous anesthésie locale ou générale selon son emplacement, son volume et/ou les potentielles difficultés techniques.

Les risques liés à chaque intervention seront précisés lors de la consultation préalable ainsi que la durée envisagée de la maintenance.

### **4. Traitement préventif**

Tout chirurgien dentiste est appelé à faire une bonne motivation à l'hygiène bucco-dentaire, une correction des prothèses mal adaptées et des restaurations mal établies.

La prévention est liée à l'attitude du patient de garder un état d'hygiène bucco-dentaire correct.

### **5. Traitement étiologique**

#### **5.1. Préparation locale : Thérapeutique initial**

La remise en état normal de la cavité buccale est indispensable pour éviter la récurrence. Il est impératif de procéder à la suppression des facteurs irritatifs locaux à savoir : détartrage minutieux, correction des obturations débordantes ou prothèse mal ajustée, mise à plat des poches parodontales.

## 5.2. Préparation générale

Une prémédication peut s'avérer nécessaire dans des cas particuliers. Une correction des troubles de la coagulation préalable lorsqu'ils existent est indispensable pour prévenir les hémorragies per et post opératoire. On sera amené à lutter contre les facteurs généraux favorisant (correction de l'anémie. D'une hypovitaminose C)

## 6. La thérapeutique classique des tumeurs épulidiennes

Le traitement chirurgical est la thérapeutique la plus employée, en dehors des contre indications à l'acte chirurgical, l'exérèse chirurgicale des tumeurs bénignes gingivales représente le traitement de choix. Il a pour but l'ablation totale de la tumeur, il doit être aussi complet que possible pour éviter la récurrence.

Un examen histologique systématique est effectué, pour confirmer et préciser le diagnostic et éliminer les diagnostics différentiels. Un examen radiologique préopératoire de la région intéressée est pratique afin de délimiter la destruction alvéolaire éventuelle due à l'insertion du pédicule dans l'alvéole, si cette destruction alvéolaire est trop importante l'avulsion doit être envisagée. Un bilan sanguin préopératoire est nécessaire.

### 6.1. Protocole opératoire

#### 6.1.1. Anesthésie :

Comme dans plusieurs cas de petite chirurgie parodontale, l'anesthésie locale par infiltration peut être suffisante pour l'exérèse des pseudotumeurs gingivales.

L'anesthésie est pratiquée au pourtour de la tumeur en insistant au niveau de la base d'implantation et en profondeur au niveau de l'os alvéolaire. Cette anesthésie doit être suffisamment étendue pour qu'un bon curetage et une élimination des tissus de granulation puissent être pratiqués sans douleur.

Un vasoconstricteur est utilisé, sauf contre indication pour permettre une vasoconstriction du pédicule vasculaire et de rendre moins hémorragique l'exérèse tumorale.

#### 6.1.2. Excision de la tumeur

**Tumeur dite sessile :** on en circonscrit la périphérie au bistouri froid, la tumeur sera ruginée et sa base d'implantation sera réséquée par une curette.

**Epulis pédiculée :** on dégage parfaitement le pédicule en sectionnant la base d'implantation le plus près possible de l'os. Cette manœuvre est facilement réalisable au bistouri à lame interchangeable.

La tumeur est saisie par une précelle ainsi la base d'implantation de la tumeur bien exposée, une excision passe en tissu sain, circonscrivant la tumeur. Le bistouri doit aller au contact de l'os. La tumeur est enlevée en détruisant son pédicule. Le saignement, parfois important peut céder en utilisant un antihémorragique local et une bonne compression ou par électrocoagulation prudemment superficielle.

L'exérèse tumorale est complétée par un curetage de la base d'implantation en tissu sain réalisé à la fraise (toujours sous irrigation permanente) ou à la curette en fonction des possibilités d'accès de l'instrument.

### 6.1.3. Gingivoplastie

Le remodelage artificiel de la gencive visant à créer des contours gingivaux physiologiques est appelé « gingivoplastie ». Elle a souvent lieu en tant qu'opération secondaire sur une gencive cicatrisée sur laquelle les anomalies ont persisté malgré un traitement préalable.

La cicatrisation gingivale, par nature, a tendance à produire des contours gingivaux physiologiques, et non pas des anomalies gingivales, pourvu que les conditions locales n'interfèrent pas avec le processus de cicatrisation ceci veut dire que, outre la chirurgie, il faut corriger les dents alignées de façon irrégulière, la supracclusion antérieure excessive avec traumatisme des gencives maxillaire et mandibulaire, les contours incorrects des restaurations, et les zones de tassement alimentaire. L'hygiène buccale est aussi essentielle à l'obtention et au maintien des contours gingivaux physiologiques.

La gingivoplastie peut être faite à l'aide d'un bistouri, d'un scalpel, ou de procédés d'électrochirurgie. Le bistouri froid reste le meilleur instrument pour réaliser ce geste.

### 6.1.4. Mise en place d'un pansement

La mise en place d'un pansement chirurgical diminue l'œdème, arrête le saignement, évite la surinfection et conduisant à la cicatrisation qui se fait par deuxième intention (les sutures ne sont pas toujours possibles).

### 6.1.5. Soins postopératoires

La cicatrisation doit être surveillée, l'œdème ainsi que les douleurs peuvent persister jusqu'à la réparation intégrale. Ces deux facteurs n'ont pas de valeur de gravité, mais il faut avertir le patient d'avance pour éviter toute tentative de sa part pouvant provoquer des retards de cicatrisation ou même des complications.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire doit être systématique. Le malade nécessite une surveillance accrue, ils seront attentivement suivis jusqu'à la confirmation histopathologique de la tumeur gingivale. Dans les cas douteux, il faut demander un examen histologique extemporané.

**Les antibiotiques:** ils peuvent être utilisés dans un but prophylactique ou curatif. Au plan prophylactique leur utilisation est fonction de deux impératifs:

- Soit pour prévenir des complications loco-régionales au cours du traitement chirurgical, soit pour prévenir des complications à distance. Dans un but curatif, quand l'infection existe déjà; mais ils ne doivent pas constituer le seul traitement.

**Les anti-inflammatoires:** les anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.) sont le plus souvent prescrits lors de poussées inflammatoires mais la corticothérapie est aussi évoquée.

**Les antalgiques** doivent être compatible avec l'état général du patient.

**Les bains de douche:** grâce à leur action antiseptique et anti inflammatoire, seront prescrits en pré et post opératoire (le lendemain de l'intervention).

## **6.2. Maintenance ou soins parodontaux de soutien**

La maintenance, suivi postopératoire à proprement parler, est une forme d'extension des thérapeutiques parodontales. Elle implique, a la fois, une réévaluation continue de l'état parodontal et un traitement prophylactique permettant de détecter précocement les récurrences de la lésion ou la récurrence d'anomalies.

Le problème majeur lié au traitement chirurgical des tumeurs bénignes gingivales est celui de la récurrence. Cette récurrence dépend de la qualité de l'exérèse chirurgicale. Lorsque cette dernière est incomplète, la récurrence est quasi-constante.

La récurrence se manifeste ultérieurement par une réapparition de la masse tumorale qui aboutit sensiblement au volume initial, cette masse peut passer par un temps stationnaire et reprendre croissance pour atteindre un volume plus important.

La récurrence est due parfois à l'ignorance des facteurs locaux ou généraux. Ce qui nous oblige à chercher la cause qui peut résider dans la conduite thérapeutique, ou l'omission de facteurs d'irritation locaux ou favorisant généraux dont la suppression est indispensable pour avoir un bon résultat du traitement, une biopsie après la récurrence est obligatoire.

## **6.3. Traitement de l'épulis gravidique**

Pour le cas particulier de l'épulis gravidique, en principe, toute thérapeutique chirurgicale est à proscrire pendant la grossesse. En effet, cet acte chirurgical peut entraîner une bactériémie voire septicémie. Cette dissémination bactérienne systématique peut entraîner un risque de tératogénie, d'hypoxie et de mort fœtale durant le 1er trimestre ainsi qu'un accouchement prématuré ou un avortement si la chirurgie est réalisée lors du 3ème trimestre.

Pour minimiser ces risques, il est conseillé de procéder par des détartrages et surfaçages avec une bonne motivation à l'hygiène orale qui permettent en général une amélioration de l'état gingival et une diminution du volume de l'épulis, qui régresse la plupart du temps après l'accouchement.

Néanmoins, elle peut donner une masse résiduelle fibreuse après la grossesse. Son traitement consistera alors en l'excision chirurgicale après l'accouchement.

Si lors de la grossesse, le volume de l'épulis est excessif et entraîne des problèmes fonctionnels ou pourrait avoir des effets néfastes sur le parodonte adjacent, l'intervention peut être effectuée sous anesthésie locale et sous antibioprofylaxie, de préférence durant le deuxième trimestre si la grossesse est normale. La concertation du gynécologue est obligatoire aussi bien pour la chirurgie que pour toute prescription.



## 7. Autres traitements

### 7.1. Traitements historiques

#### 7.1.1. Traitement par injection d'acide trichloracétique

On anesthésie la tumeur, puis on injecte à l'aide d'une seringue graduée une solution alcoolique à saturation d'acide trichloracétique en plein masse tumorale. Jusqu'au point d'implantation. L'acide trichloracétique entraîne une thrombose de l'artère nourricière de la tumeur, et donc la destruction de cette dernière. Les avantages sont la facilité d'exécution et l'absence de dégâts osseux ; cependant, il ya des risques de récives deux à trois ans après le traitement.

#### 7.1.2. Fibrogenèse

Le principe consiste à entrainer une sclerose thérapeutique pour provoquer au sein des tissus une agression qui les oblige à une réaction réparatrice puissante. La composition du produit utilisé a été préconisée par Bader :

- Alun de chrome : 3g
- Lignocaine : 40g
- Glycérine : 500g
- Eau : 800g

On pratique tout d'abord une biopsie de la tumeur puis, quelques jours après, une première infiltration fibrogène de 1.5cc de produit dans le pédoncule et à la base d'implantation. Une deuxième infiltration est pratiquée une semaine après. Une biopsie réalisée après la troisième infiltration montre une diminution de la vascularisation avec réorganisation des faisceaux collagènes. Après quatrième infiltration, on constate une importante réduction de la tumeur. Après quelques semaines un nouveau prélèvement montre une réorganisation tissulaire remarquable, avec formation tissulaire dense. Au bout de la dixième semaine, la lésion a totalement disparu : on peut alors pratiquer le détartrage et les soins. Intérêt : simple et sans récive, inconvénient procédure de longue durée.

#### 7.1.3. Radiothérapie

L'utilisation de radium et de bêtatron risque d'entrainer des nécroses osseuses ; cette technique ne doit donc pas être appliquée

#### 7.1.4. La pénicillinothérapie locale

Elle fut d'abord utilisée comme complément à la chirurgie(Delannoy) ; puis comme thérapeutique essentielle (J.Abravanel).

#### La pénicillinothérapie locale adjuvante

A ses débuts, la penicillinothérapie locale n'a été qu'un complément thérapeutique. Certains l'ont utilisée en stomatologie, comme **Lambert** sous forme de pastilles pour les interventions soit difficiles, soit traumatisantes, soit en milieu

septique ; d'autres comme le rapporte **Noeppel** l'ont employée sous forme d'injection locales lors

D'accidents de dents de sagesse, de stomatites ulcéreuses, de cellulites ou d'extraction à chaud.

**Delannoy** semble avoir été le premier à reprendre l'idée en l'appliquant à la thérapeutique de l'épulis ; il a donc associé à l'exérèse chirurgicale des attouchements de pénicilline à 200000U.I toutes les trois heures. Cette étude fut appliquée par l'auteur pendant quinze ans (1949-1964) résultat : guérison rapide, sans jamais extraire.

Cette technique est à notre connaissance le seul cas de littérature traitant de la pénicillinothérapie locale de l'épulis en tant qu'adjuvant.

### **La pénicillinothérapie locale thérapeutique essentielle**

Depuis 1977-1978, le protocole thérapeutique toujours inchangé consiste à injecter in situ de la pénicilline G (un million d'unité au sein de l'épulis) à trois jours d'intervalles, jusqu'à disparition complète de la tumeur aucun acte chirurgical n'est pratiqué, aucune prémédication, il convient juste de vérifier l'absence de contre indication à la pénicilline G.

(J.ABRAVANEL et coll.)

Cette technique constitue une alternative au traitement chirurgical à risque hémorragique élevé.

### 7.2. Traitement par laser (nouvelle technique) pour épulis fibreuse (Figure20, 21,22)

La chirurgie laser constitue un excellent traitement. De nombreuses longueurs d'onde laser ont été utilisées dans le domaine de la chirurgie buccale et présentent bien des avantages notamment grâce à la propriété hautement coagulante du laser et à son effet bactéricide.

Il peut être utilisé avec une anesthésie par infiltration, positionné en mode continu et focalisé. La courte durée de l'intervention constitue un avantage de cette méthode car cela réduit la crainte et la peur des patients par rapport aux procédés dentaires.

**Figure 20**



**Figure21**



**Figure 22**



# Chapitre VI

*Examen anato-cyto-pathologique*

**L'anatomie cytopathologie (ou pathologie)** est une discipline médicale qui étudie les lésions provoquées par les maladies ou associées à celles-ci, sur les organes, tissus ou cellules, en utilisant des techniques principalement basées sur la morphologie macroscopique et microscopique.

Les lésions sont des altérations morphologiques des organes, décelables par tout moyen d'observation. Les lésions sont des signes des maladies, au même titre que les symptômes cliniques. Les lésions peuvent être le résultat de l'agression qui a déclenché la maladie ou celui des réactions apparues au cours du déroulement du processus morbide. La lésion élémentaire correspond à l'altération morphologique d'une structure analysée isolément. L'association de différentes lésions élémentaires constitue un ensemble lésionnel. Il n'y a pas forcément une corrélation étroite entre l'importance d'une lésion et son expression clinique ou biologique. Les causes des lésions sont variées : anomalies génétiques constitutionnelles ou acquises, agents infectieux (bactéries, virus, parasites, champignons prions), agents chimiques (toxiques, caustiques, médicaments) agents physiques (agression thermique, radiations, modifications de pression atmosphérique, traumatismes), déséquilibres circulatoires, nutritionnels ou hormonaux, troubles immunitaires innés ou acquis, sénescence.

### **1. Place de l'anatomo-cytopathologie dans la médecine dentaire moderne**

La démarche de l'anatomie pathologique est basée sur une analyse sémiologique qui compare les tissus normaux et les tissus pathologiques. Les lésions sont confrontées aux données cliniques, biologiques et d'imagerie : c'est la corrélation anatomo-clinique qui est indispensable pour permettre une interprétation synthétique qui aboutit à un diagnostic (certain, probable ou incertain).

#### **Les buts de l'anatomo-cytopathologie dans la pratique médicale sont :**

- De contribuer à l'élaboration du diagnostic par la démarche anatomo-clinique : les lésions sont analysées et décrites dans un compte-rendu puis l'anatomo-pathologiste doit intégrer l'ensemble des faits morphologiques et des renseignements cliniques pour en conclusion du compte-rendu, affirmer un diagnostic ou proposer une hypothèse diagnostique.
- D'apporter des éléments utiles pour préciser le pronostic, en particulier dans le domaine de la pathologie tumorale.
- De contribuer à évaluer l'effet des thérapeutiques : les examens anatomocytopathologiques sont renouvelés au cours d'un traitement afin de juger de la disparition, de la persistance ou de l'aggravation des lésions.

## 2. Les différents types de prélèvements

### 2.1. Les prélèvements cytologiques

Les cellules isolées, ou les petits amas cellulaires, peuvent être obtenus de diverses façons :

- Recueil des liquide spontanément émis (urine, expectoration, fistule, drain,...)
- Raclage, brossage, écouvillonnage, aspiration de cellules desquamant spontanément (col utérin, bulle cutanéomuqueuse, bronches, voies biliaires, aspiration après lavage broncho alvéolaire)
- Ponction à l'aiguille d'un liquide (épanchement de séreuse ou articulaire, liquide céphalorachidien, kyste, collection,...) avec ou sans contrôle écho-ou scannographique
- Ponction à l'aiguille d'un organe ou d'une tumeur (ganglion, nodule thyroïdien ou

mammaire,...) avec ou sans contrôle échographique ou scannographique

- Apposition d'un organe (pièce opératoire, biopsie) sur une lame

### 2.2. Les prélèvements tissulaires

Ils sont effectués selon trois modalités :

**a) La biopsie** consiste à prélever un fragment de tissu sur un être vivant en vue d'un examen anatomo-pathologique. Par extension, ce terme peut désigner le fragment tissulaire. La biopsie peut être effectuée selon plusieurs modalités :

- Par *ponction* à l'aide d'une aiguille coupante ou d'un trocart (foie, rein, os...) : on obtient des cylindres de tissu de quelques mm à quelques cm de long. Les ponctions sont effectuées "à l'aveugle" lorsque l'ensemble de l'organe est malade ou sous repérage (échographie, scanner) lorsque la ponction doit être dirigée sur une lésion focale visible en imagerie.
- Par *biopsie chirurgicale* après anesthésie locale ou générale et sous contrôle de la vue : biopsie partielle, ou biopsie exérèse enlevant la totalité de la lésion (**la plus utiliser en chirurgie mucco-gingivale**) .
- Au cours d'une *endoscopie* (pince montée sur l'endoscope) : fragments de 0,5 mm à 2 mm

#### La valeur des biopsies repose sur :

- ✓ Leur taille (*exemple* : pour la recherche d'une artérite de Horton où les lésions sont segmentaires, une biopsie d'artère temporale représentative doit mesurer au moins 1,5 cm)
- ✓ Leur nombre : plus elles sont nombreuses, plus on a de chance de trouver du tissu tumoral, de rendre compte de l'hétérogénéité d'une tumeur, d'observer une lésion focale mais importante pour le diagnostic
- ✓ Le choix de la zone biopsiée : éviter les zones nécrotiques ou hémorragiques ; sur la peau ou une muqueuse éviter les prélèvements trop superficiels ;

biopsie le ganglion ayant fait l'objet d'une ponction cytologique motivant la biopsie ...

- ✓ La bonne préservation des tissus : ne pas étirer ou écraser les fragments, éviter le bistouri électrique "grillant" les tissus
- ✓ Le repérage topographique de biopsies multiples (flacons différents répertoriés).

**b) Les pièces opératoires** : exérèse partielle ou complète d'un ou de plusieurs organes, séparés ou en monobloc.

**c) L'autopsie (ou nécropsie)** correspond à l'examen anatomo-pathologique pratiqué sur un cadavre. Les autopsies médicales sont distinctes des dissections anatomiques qui sont pratiquées dans les Laboratoires d'Anatomie des Facultés de Médecine pour l'enseignement des étudiants en anatomie et pour la recherche, sur des cadavres qui sont des "dons de corps à la Science".

### 3. Indication de la biopsie gingivale

La biopsie demeure un geste indispensable pour le diagnostic de nombreuses affections inflammatoires ou tumorales de la muqueuse gingivale. Elle consiste classiquement à prélever un fragment de tissu gingival et à en préserver la morphologie par une fixation immédiate en vue de l'étude histologique ultérieure.

Dans tous les cas, certaines règles sont à respecter de façon impérative elle a pour but essentiel la détection d'un carcinome. Elle est indispensable dès qu'existe la moindre suspicion de cancer (Auriol et coll. 2005)

### 4. Techniques de prélèvement des biopsies chirurgicales

Trois principales techniques sont décrites avec leurs règles à respecter de façon impérative:

#### 4.1. Biopsie simple « incisionalbiopsy »

La biopsie simple est un prélèvement d'une partie de lésion tumorale.

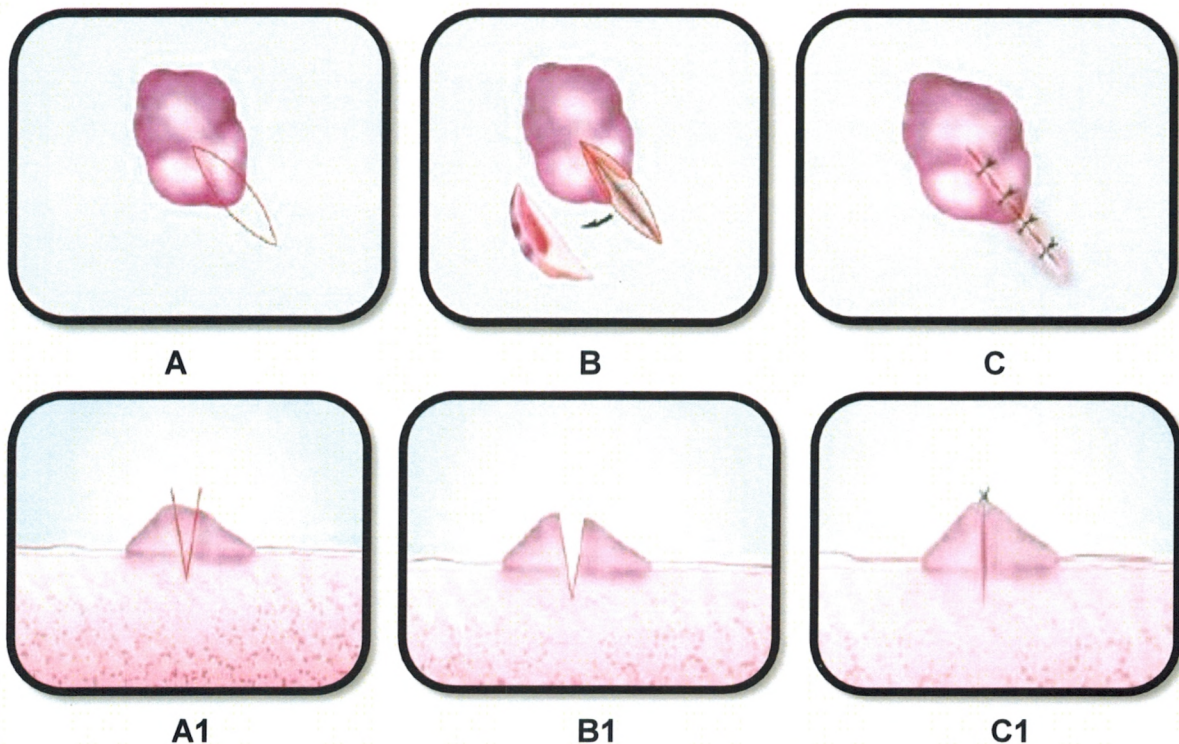
##### 4.1.1. Choix de la zone à prélever

Il est nécessaire de choisir une zone représentative de l'ensemble de la lésion, de préférence à cheval sur la lésion et la muqueuse périphérique : c'est possible si la lésion est homogène. Eventuellement, on réalise plusieurs prélèvements numérotés identifiés sur la fiche et le schéma. Il faut éviter les ulcérations inflammatoires ainsi que les zones de nécroses qui seront le plus souvent interprétables.

##### 4.1.2. Technique de prélèvement

Le fragment doit avoir une taille et une épaisseur suffisantes : les dimensions idéales sont d'environ 1fois 0.5cm et 0.5 d'épaisseur. Dans le cas le plus fréquent, celui d'une biopsie de muqueuse, il faut d'abord inciser profondément les contours du prélèvement au bistouri à lame (neuve). Il faut se méfier des pinces à griffes, ainsi que d'une aspiration agressive qui pourraient détériorer le fragment. Ne le saisir que lorsqu'il est suffisamment libère, par sa partie profonde, avec une pince fine et

sectionner au bistouri sous la pince. Eponger délicatement le sang en surface avec une compresse.



**Représentation schématique de la technique d'une biopsie simple**  
 (Fragiskos D. Fragiskos (ed) Oral Surgery Springer-Verlag Berlin Heiderlberg  
 2007)

**A** : Démarcation de l'incision

**B** : Les champs opératoires après le prélèvement du spécimen

**C** : Le site opératoire après la mise en place des sutures

**A1, B1, C1** : Etape correspondante de A B C en coupe verticale.

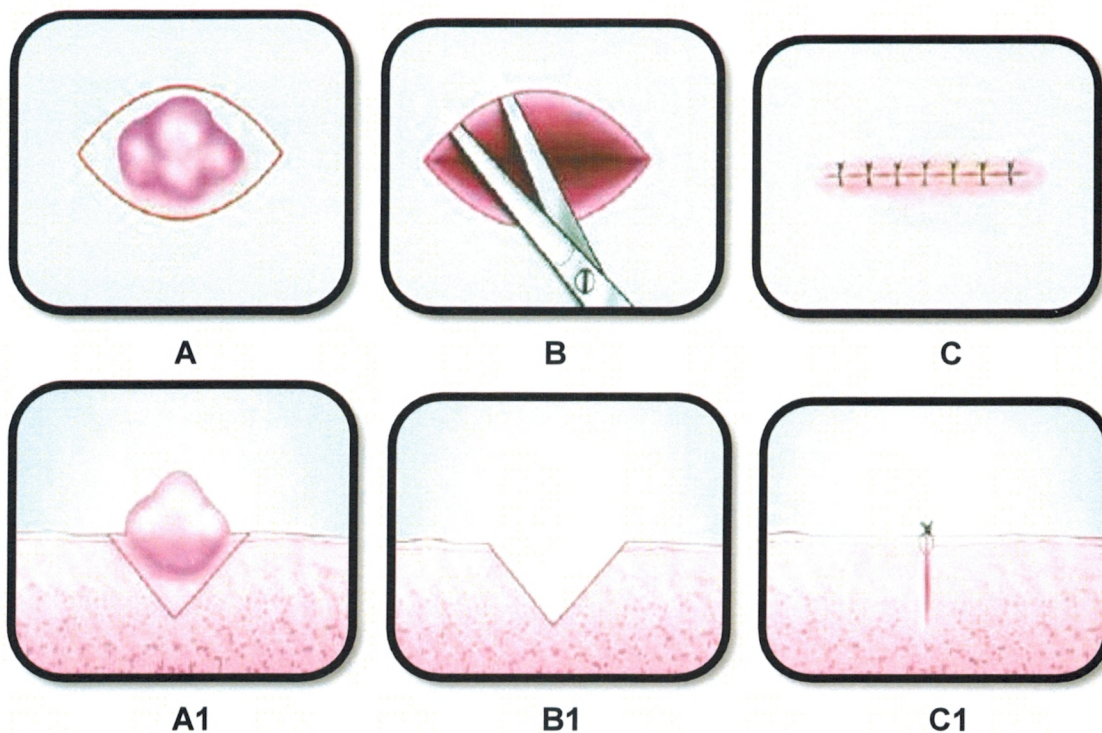
#### 4.2. Biopsie-exérèse « excisionalbiopsy »

Elle consiste à enlever une lésion en entier, sans en connaître au préalable la nature exacte, couramment utilisée en matière de tumeur présumée bénigne et de petite taille, elle a également ses adeptes en matière de tumeur maligne, mais certaines précautions doivent alors être rigoureusement respectées :

- ✓ Tumeur de petite taille (qlq millimètres à 01 centimètre)
- ✓ Enlevée en passant à distance, grâce à un bistouri froid ; orientée par le chirurgien, soit à l'aide de fils repérant par exemple l'avant, soit par épingle sur liège accompagné d'inscriptions précisant les directions, ou d'un schéma sur une feuille d'accompagnement



- ✓ Electrocoagulation éventuelle du lit de la tumeur après son ablation de telles biopsie-exérèse, nécessitent toujours l'étude par l'anatomopathologiste des limites de résection muqueuses et profondes afin de s'assurer que celle-ci passant en zone saine



**Représentation schématique de la technique d'une biopsie exérèse**  
(Fragiskos D. Fragiskos oral surgery springer-verlag berlin heidelberg2007)

**A** : Incision large tout autour de la lésion

**B** : Le champ opératoire après le prélèvement du spécimen

**C** : Le site opératoire après la mise en place des sutures

**A1, B1, C1** étapes correspondantes de A, B, C en coupe verticale

#### 4.3. Biopsie extemporanée (ou préopératoire)

Ce type souvent, le fragment est durci par réfrigération et coupé avec un microtome à congélation, les coupes de 05microm d'épaisseur, recueillies dans l'eau, sont ensuite placées sur une lame et colorées par le bleue de toluidine ou par l'hématéine-éosine. La coupe au cryostat à l'aide d'un microtome performant permet l'obtention de coupe plus fines (03Mm) mais de surface limitée et n'est utilisable qu'en milieu hospitalier.

D'autres appareils sophistiqués sont facilement transportables pour la pratique d'examen extemporanés en clinique, à distance d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

## 5. Gestes à proscrire lors du prélèvement

✚ Prélèvement trop superficiel :

Ne portant que sur un caillot de sang, ou un petit lambeau d'épithélium détaché

✚ Prélèvement à la pince emporte-pièce :

Ramenant plusieurs fragments minuscules, inorientables, dilacérés

✚ Petit fragment non orienté :

Qui sera souvent coupé dans le mauvais sens au laboratoire, l'incidence de coupe le rendant ininterprétable.

✚ Fragment traumatisé :

Par coup de pince mal placé détruisant une zone importante pour le diagnostic.

Comprimé par le pince ou les ciseaux, causant un écrasement des cellules qui les rend non indentifiables, totalement dilacéré par des tiraillements multiples ou une utilisation brutale de l'aspiration lors du prélèvement.

✚ Prélèvement au bistouri électrique

Un petit fragment devient ininterprétable si les tranches de section sont brûlées.

## 6. Techniques d'étude morphologique des prélèvements cellulaires et tissulaires

La qualité des prélèvements conditionne la qualité de l'étude anatomopathologique. Le chirurgien préleveur et prescripteur a une responsabilité dans l'acte anatomopathologique en s'assurant de la bonne réalisation technique du prélèvement, de son acheminement dans de bonnes conditions au laboratoire (dans des délais brefs, en respectant les règles de fixation, accompagné d'une demande d'examen correctement renseignée).

### 6.1. Enregistrement

Lorsqu'un prélèvement parvient au laboratoire, il est enregistré et reçoit un numéro d'identification qui sera retranscrit sur les blocs et les lames qui seront examinées au microscope après le traitement technique du prélèvement. Chaque prélèvement doit être accompagné d'une fiche de renseignements remplie par le médecin prescripteur qui doit mentionner :

- L'identité du patient : nom, prénom, date de naissance, sexe.
- Le siège, la date (jour et heure) et la nature du prélèvement (biopsie ou exérèse).
- les circonstances cliniques et para cliniques qui ont motivé le prélèvement, éventuellement les hypothèses diagnostiques.
- L'aspect macroscopique ou endoscopique des lésions (un compte-rendu opératoire peut être utilement joint) ; éventuellement l'aspect d'imagerie, en particulier pour les tumeurs osseuses.
- Les antécédents pathologiques du patient, en particulier, dans la mesure du possible, les antécédents d'examens anatomopathologiques effectués dans un autre laboratoire. La nature des traitements éventuellement administrés au malade.
- Le nom et coordonnées du médecin prescripteur et du préleveur, et éventuellement des autres médecins correspondants.

## **6.2. Techniques d'étude des cellules**

Étalement des cellules sur des lames de verre : l'étalement est fait par le préleveur lors des cytoponctions d'organes, des frottis, écouvillonnages, brossages ou appositions ; ce geste simple doit être bien maîtrisé pour éviter un écrasement des cellules ou des amas en plusieurs couches peu interprétables.

## **6.3. Techniques d'étude des tissus**

La technique de base comporte plusieurs étapes : la fixation, l'inclusion en paraffine, la confection de coupes et leur coloration. Avant la fixation, il est possible d'effectuer sur le tissu frais des appositions sur lames pour une étude cytopathologique, et des prélèvements pour des techniques particulières : congélation, fixation adaptée à la microscopie électronique, mise en culture pour étude cytogénétique ou en suspension cellulaire pour étude par cytométrie en flux... En ce qui concerne les pièces opératoires, une étape d'analyse macroscopique est indispensable, avant (idéalement) ou après la fixation de la pièce.

### **6.3.1. Etude macroscopique**

L'examen macroscopique détaillé est une partie essentielle de l'étude d'une pièce opératoire : la pièce est examinée, mesurée, pesée, palpée puis disséquée. Chaque lésion est repérée sur un schéma et éventuellement photographiée. Ces constatations sont confrontées aux documents cliniques et/ou radiologiques d'où l'importance des renseignements écrits fournis par le médecin clinicien. En cas de pièces opératoires complexes (exérèse monobloc de plusieurs organes ou pièce de résection selon une méthode non conventionnelle), le chirurgien devra adresser la pièce avec des indications de repérage topographique. Il peut être utile de marquer les berges d'une pièce de résection de tumeur avec une encre indélébile: ceci ne nuit pas à l'étude histologique et permet d'apprécier exactement la distance entre la tumeur et la limite chirurgicale de la pièce.

L'examen macroscopique donne des indications pour le pronostic de la maladie (notamment taille et localisation d'un cancer) et il permet de sélectionner les territoires à prélever pour l'étude microscopique : zones lésées, zones d'aspect macroscopique sain et limites d'exérèse.

Après le choix des prélèvements destinés à l'analyse microscopique, les restes de la pièce opératoire sont conservés pendant quelques jours ou semaines afin de pouvoir en cas de nécessité effectuer des prélèvements complémentaires.

### **6.3.2. Fixation**

Indispensable pour conserver la morphologie cellulaire, elle doit être immédiate ou au moins très rapidement débutée après l'obtention du prélèvement. **Toute fixation défectueuse rend l'étude anatomo-pathologique difficile voire impossible** (dessiccation et/ou autolyse du tissu).

Si le laboratoire est situé à proximité immédiate du lieu de prélèvement, celui-ci peut être acheminé rapidement (moins d'une heure) et confié à l'anatomo-

pathologiste qui choisira les conditions de fixation les plus adaptées. Sinon, la fixation doit être effectuée par le médecin préleveur.

**Trois précautions doivent être prises** : le volume du fixateur doit représenter environ 10 fois le volume de la pièce. Le récipient doit être de taille suffisamment grande pour prévenir les déformations des pièces opératoires volumineuses. Avant fixation, les organes creux (tube digestif, vésicule biliaire, utérus...) doivent être ouverts et si nécessaire lavés de leur contenu afin de prévenir l'autolyse des muqueuses ; les organes pleins volumineux (foie, rate) doivent être coupés en tranches pour faciliter la pénétration rapide et homogène du fixateur ; les poumons peuvent être fixés par insufflation d'une solution de formol dans les bronches ou coupés en tranches.

**La durée de la fixation** dépend de la taille du prélèvement : au minimum 2 à 5 heures pour une biopsie et 48 heures pour une pièce opératoire.

**Nature du fixateur** : le fixateur le plus habituellement utilisé est le formol à 10% tamponné. Pour les biopsies de petite taille, des fixateurs à base d'alcool peuvent être utilisés (fixation encore plus rapide mais effet délétère sur certains antigènes ce qui peut nuire à des techniques particulières d'immunohistochimie).

### **6.3.3. Imprégnation et inclusion**

Les prélèvements ayant achevé leur fixation sont déposés dans des cassettes en plastique, directement s'il s'agit de biopsies ou, s'il s'agit de pièces opératoires, après l'étape d'examen macroscopique au cours de laquelle sont prélevés des fragments de petite taille.

Puis les tissus contenus dans les cassettes sont déshydratés par passage dans des alcools, l'alcool est éliminé par des solvants (xylène) puis la paraffine liquide à 56° imprègne les tissus et est refroidie. Ces étapes sont automatisées dans des appareils à inclusion.

L'étape finale de l'inclusion est manuelle et consiste à réorienter convenablement le fragment tissulaire dans le sens de la coupe dans un moule de paraffine.

### **6.3.4. Coupes et colorations.**

Le bloc solide de paraffine contenant le tissu est coupé grâce à un microtome, les coupes de 3 à 5 microns d'épaisseur sont étalées sur des lames. Après dissolution de la paraffine, puis réhydratation, le tissu est coloré.

La **coloration usuelle** associe un colorant basique nucléaire (hématoxyline, hématoxyline) et uncolorant acide cytoplasmique (éosine, érythrosine, ou phloxine) ; on y ajoute souvent du safran qui se fixe sur le collagène. La coupe colorée est protégée par une lamelle de verre collée ou par un film plastique transparent. Elle est analysée au microscope par un médecin anatomo-pathologiste qui établit un **compte-rendu**. Les blocs et les lames sont ensuite **archivés**.

## **7. Les résultats. Le compte-rendu anatomopathologique**

Les résultats sont donnés sous la forme d'un compte-rendu écrit, dans lequel les lésions sont décrites, puis interprétées, avec le cas échéant une description des méthodes complémentaires utilisées (techniques immunohistochimiques par exemple), pour aboutir à une conclusion synthétique: diagnostic lésionnel ou hypothèses de diagnostic en fonction des renseignements fournis et des lésions observées. Chaque fois que cela est nécessaire (en particulier pour des tumeurs) des éléments de pronostic doivent être fournis. L'usage de terminologies et classifications nationales et internationales est recommandé. Le diagnostic morphologique doit toujours être confronté avec la clinique et, le cas échéant, la radiologie et l'imagerie.

Le délai de réponse nécessaire, en raison des diverses contraintes techniques, est généralement de l'ordre de 48h au minimum. En cas de délai prolongé (examen en attente de techniques complémentaires ou demande d'avis auprès d'un expert), un compte-rendu provisoire peut être adressé, mais une décision thérapeutique ne peut s'appuyer que sur le compte-rendu définitif.

## **8. Déontologie. Aspects législatifs**

Le compte-rendu anatomocytopathologique est daté et signé par le médecin habilité qui a effectué l'examen et est adressé au médecin prescripteur de l'examen, éventuellement aux autres médecins en charge du patient. Le compte-rendu devient un élément du dossier médical du patient et est couvert par le secret médical.

L'avis d'autres médecins anatomo-pathologistes peut être sollicité dans diverses circonstances cas de diagnostic difficile, désaccord sur le diagnostic entre le pathologiste et le clinicien, avis d'un autre pathologiste sollicité à la demande du clinicien ou du patient. Cela nécessite l'envoi de lames, de blocs ou des images numériques (télépathologie voir plus loin). Le pathologiste consulté rédige un compte-rendu écrit qui est adressé au pathologiste initial et est transmis au médecin en charge du patient.

Les résidus de pièces opératoires ou de prélèvements nécropsiques sont détruits après l'analyse anatomopathologique mais les blocs d'inclusion, les lames colorées et les comptes-rendus sont conservés par le laboratoire dans des archives : il s'agit d'une obligation légale.



# Chapitre VII

*Notre étude*

## **1. Objectifs de notre étude :**

La méconnaissance voire la sous estimation de cette pathologie expose le patient à un préjudice fonctionnel et esthétique, Son étiologie tout comme celle des tumeurs en général reste souvent inconnue, toutefois il existe des facteurs favorisant leur survenue, Ce sont des tumeurs pouvant évoluer vers des complications en absence d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge correcte d'où les objectifs de notre étude :

- Dégager un diagnostic de ces lésions et leurs différents aspects cliniques.
- La prise en charge de ces lésions et leur traitement
- Evaluer leur pronostic.
- Faire des recommandations.

## **2. Patients et méthodes :**

### **2.1. Lieu et cadre d'étude :**

Le centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie de Tlemcen nous a servi de cadre d'étude.

### **2.2. Type d'enquêtes et période d'étude**

D'Octobre 2012 à Mai 2013, onze patients incluant onze cas avec une tuméfaction gingivale ont été recrutés au service de Stomatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Tlemcen pour une étude clinique descriptive

Un consentement éclairé a été signé, par tous les participants, conformément aux déclarations d'HELSENKI.

Les caractéristiques des patients ont été enregistrées à l'aide d'un questionnaire détaillé. (Fiche d'observation)

### **2.3. Population d'étude**

L'étude concerne les patients ayant consulté en externe pour épulis au service de parodontologie sans distinction d'âge et de sexe.

### **2.4. Matériels utilisés (Figure 23)**

L'ensemble des instruments doivent être adaptés pour élever avec prudence et réadapter minutieusement les tissus muco-périostés. Ici, nous décrivons les instruments utilisés dans la chirurgie parodontale courante

- 1. Un miroir, precelle
- 2. Un manche de bistouri plat N°3.
- 3. Une sonde parodontale
- 4. Une curette de Gracey pour l'élimination des débris de tissus mous.
- 5. Une curette de Lucas pour le débridement des tissus infectieux.
- 6. Un décolleur de Molt pour l'élévation des lambeaux. Lime à os (Oscheinbin)
- 7. Une pince à disséquer.
- 8. Des ciseaux courbes, droits
- 9. Une pince porte-aiguille
- 10. Lames de bistouri N°12,15



Figure 26

### 2.5. Faisabilité

- **Avantage :**

- Connaître les caractéristiques cliniques des épulis
- Connaître les aspects de leur prise en charge

- **Contrainte :**

- Difficulté pour les patients à revenir pour le contrôle.
- Manque de moyens.



## 2.6. Considérations déontologiques et éthiques :

L'anonymat et la confidentialité des données à recueillir seront préservés

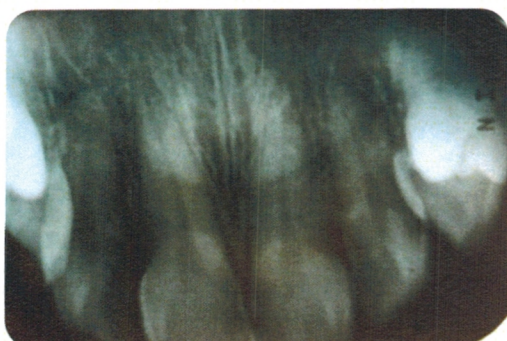
**Contribution à l'étude des épulis :** L'étude entre dans le cadre de la contribution à l'étude des épulis, aussi les résultats obtenus seront disponibles pour tous les intervenants dans le domaine de prise en charge des épulis.

## 3. CAS CLINIQUES

### Cas clinique 01:

Il s'agit de la patiente R.F âgée de 47ans qui s'est présentée à notre service de parodontologie pour une tuméfaction au niveau du bloc antéro-supérieur (entre la 11 et la 12), qui a évolué progressivement depuis 4ans. La patiente ne présente aucune tare générale.

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccale suffisante hygiène déféctueuse avec présence de caries (36,26).
- ❖ Au niveau de la masse présence de fausses poches de 03 mm (coté mésial de la 11 et distal de la 12), 04mm (coté distal de la 11 et mésial de la 12) avec un PI : 2 GI : 2 PMA : 2 PBI : 2
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rose avec des taches rougeâtres
  - Volume augmentée de diamètre 10/05mm
  - Consistance fibreuse
  - Implantation pédiculé
  - Indolore à la palpation
  - Peu saignante et non pulsatile
- ❖ Examen radiologique : A l'examen radiologique on note
  - Absence d'une image radio clair entre la 11 et la 12 (Pas de lyses osseuse)
  - Aucune participation osseuse au niveau de la lésion



Rx rétro-alvéolaire

- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis fibreuse
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale,

On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau du bloc antéro supérieur (13-23), un complément intra papillaire pour réduire le saignement
- Incision para-marginal délimitant une collerette de 2mm épargnant la masse épulidienne (photo 02)
- Incision intrasulculaire rejoignant la première incision et élimination de la collerette gingivale (photo 02)
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds (photo 03)
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

La masse tumorale biopsie est ensuite adresser au service d'anatomopathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduits à la conclusion suivante :

Aspect histopathologique compatible avec un fibrome diapneusique



Photo 01



Photo 02



Photo 03



Photo 04



Photo 05



Photo 06



Photo 07

**Photo 01** : Avant thérapeutique initial.

**Photo 02** : Après thérapeutique initial et au cours de la chirurgie.

**Photo 03** : Après l'exérèse

**Photo 04** : La pièce biopsie

**Photo 05** : Cicatrisation après deux semaines post opératoire

**Photo 06** : Cicatrisation un mois après l'intervention chirurgicale.

**Photo 07** : Cicatrisation trois mois post opératoire.

**Cas clinique 02:**

Il s'agit de la patiente B.F âgée de 32ans, elle s'est présentée a notre service de parodontologie pour une grosseur gingivale localisée au niveau du bloc prémolaire inférieur gauche (35,36), qui a débutée il y'a deux ans avec une évolution progressive.

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccal suffisante hygiène moyenne avec présence de caries (16, 35)
- ❖ Au niveau de la masse on note la présence des vraies poches de 05 mm coté distale de la 35 et mésial de la 36 avec un PI : 2 GI : 2 PMA : 2 PBI : 2
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rouge vif
  - Volume augmentée de diamètre 08/03mm
  - Consistance molle
  - Implantation sessile
  - Indolore à la palpation
  - Saignante et pulsatile
- ❖ Examen radiologique: A l'examen radiologique on note
  - Présence de cavité de carie au niveau de la 35
  - Présence d'un infiltrat inflammatoire entre la 35 et 36
  - Lyse osseuse oblique (entre la 35-36) et atteinte de la furcation au niveau de la 36



Rx rétro-alvéolaire

- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis vasculaire
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale

Les étapes de l'intervention chirurgicale:

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de (35-36), un complément intra papillaire pour réduire le saignement)
- La lésion est chargée puis exérèse en respectant ainsi les tissus profonds (papille)
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduits à la conclusion suivante :

Aspect histopathologique est celui d'une épulis angiomateuse

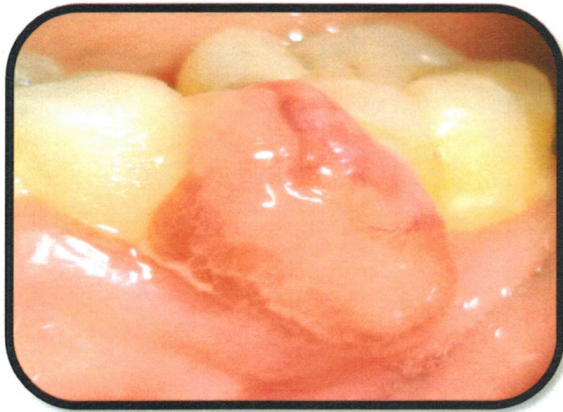


Photo 01

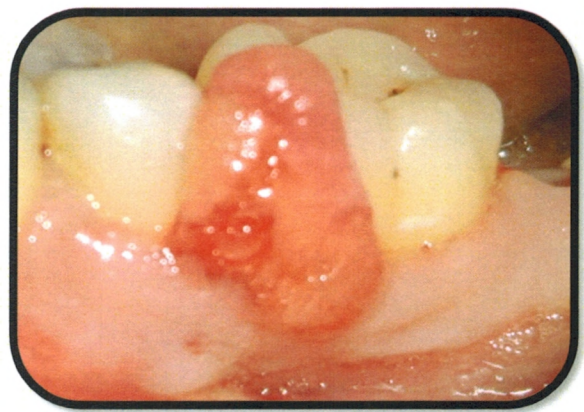


Photo 02

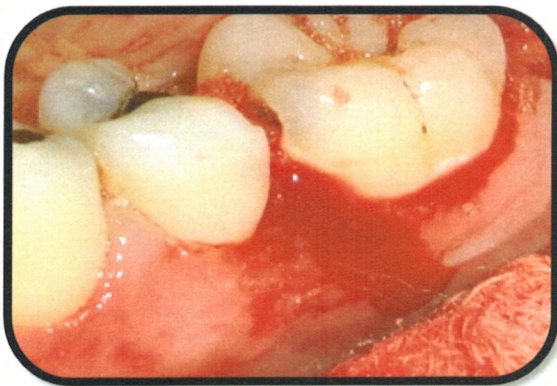


Photo 03

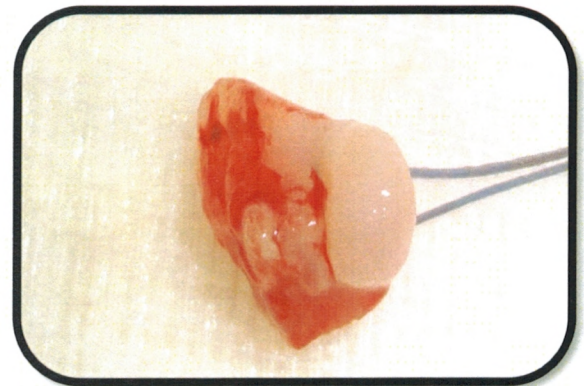


Photo 04

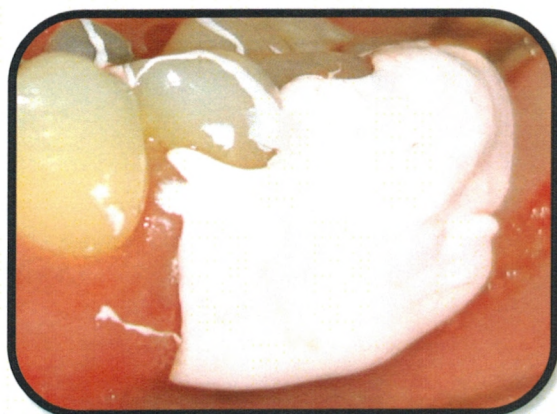
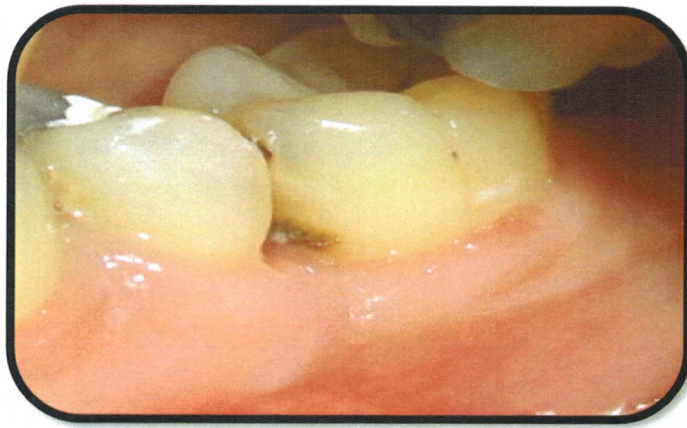


Photo 05



Photo 06



**Photo 07**

**Photo 01** : Avant thérapeutique initial

**Photo 02** : Après thérapeutique initial

**Photo 03** : Pendant la chirurgie

**Photo 04** : La pièce biopsie

**Photo 05** : Mise en place d'un pansement chirurgical

**Photo 06** : Cicatrisation trois semaines post opératoire

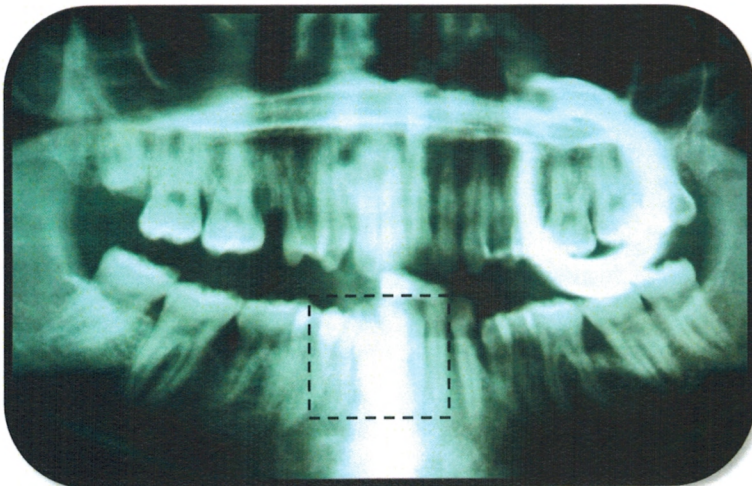
**Photo 07** : Cicatrisation deux mois après l'intervention.



**Cas clinique 03 :**

Il s'agit de la patiente R.K âgée de 35ans qui c'est présentée à notre service pour une tuméfaction gingival localisé au niveau du bloc antéro-inférieur (entre la 41 et la 43) et une gingivorragie, la lésion a fait son apparition une année après l'extraction de la 42 et elle a évolué progressivement au cours de cette dernière année.

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccal suffisante hygiène moyenne avec présence caries au niveau (43 et la 28).
- ❖ Au niveau de la masse, on note la présence de vraies poches de 06 mm (bloc incisive inférieur) avec un PI : 3 GI : 2 PMA : 2 SBI : 3
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rose
  - Volume augmentée de diamètre 11/04mm
  - Consistance ferme
  - Implantation sessile (intra alvéolaire)
  - Indolore à la palpation
  - Non saignante
- ❖ Examen radiologique : A l'examen radiologique on note :
  - Présence de lyses osseuses verticales irrégulières.
  - Aucune participation osseuse.



Rx panoramique

- ❖ Diagnostic de présomption : granulome post extraction
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale

Les étapes de notre traitement chirurgical :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau du bloc antéro inférieur (33-43), un complément intra papillaire pour réduire le saignement.
- Incision intrasulculaire (contact osseux) avec préservation papillaire simple
- Décollement d'un lambeau de pleine épaisseur séparant ainsi la masse épulidienne
- Exérèse de la masse épulidienne
- Détartrage, surfaçage radiculaire, curetage de la lésion et de la paroi molle, contenu de la poche parodontale
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Suture du lambeau (point simples, en X au niveau du site d'exérèse)
- Traitement médical (AINS, un antalgique et un antiseptique)
- Conseils post opératoires

La masse tumorale biopsie est ensuite adresser au service d'anatomopathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduits à la conclusion suivante :

Aspect histopathologique en faveur d'une épulis fibreuse.

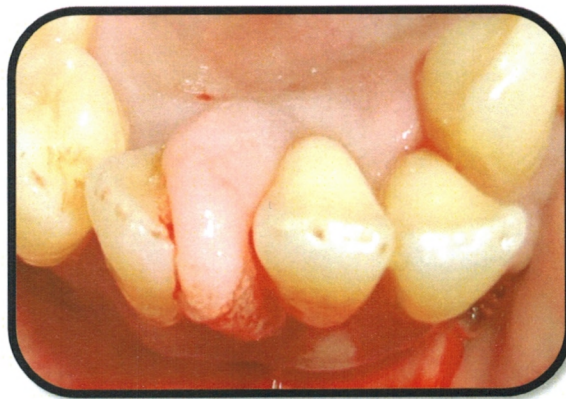
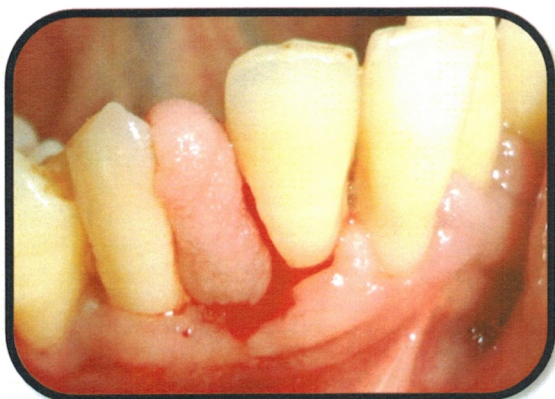


Photo 01

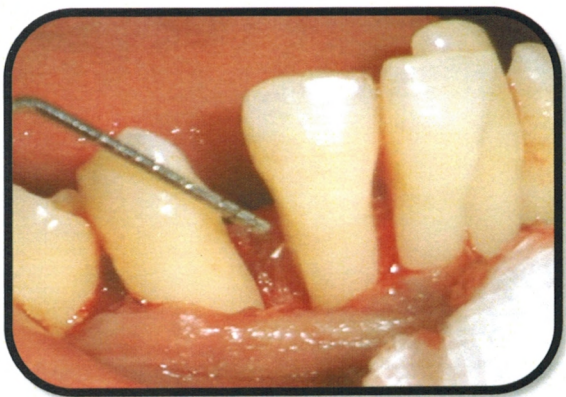
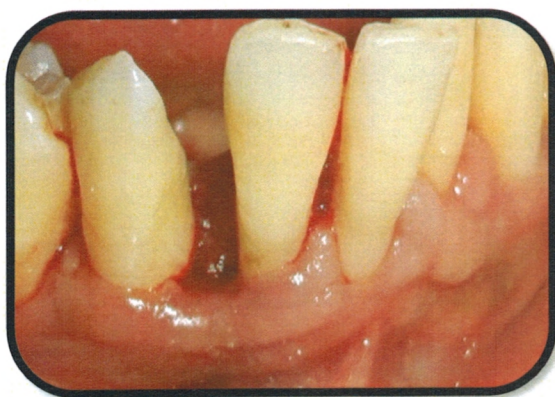
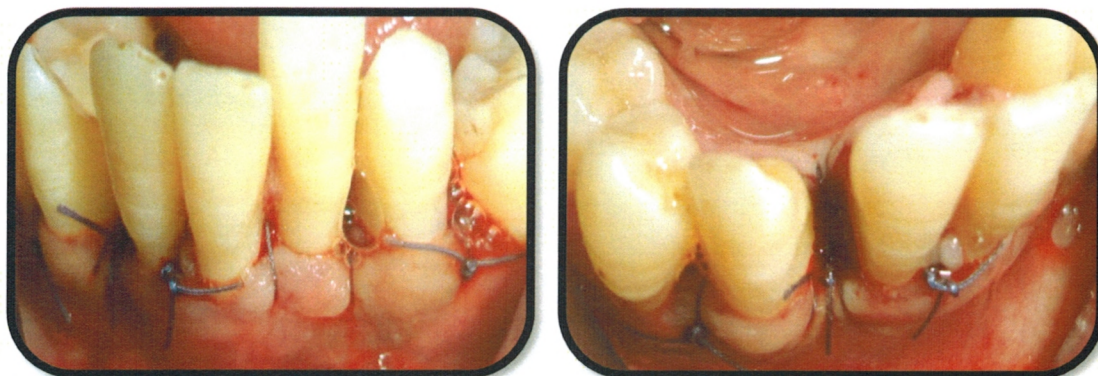


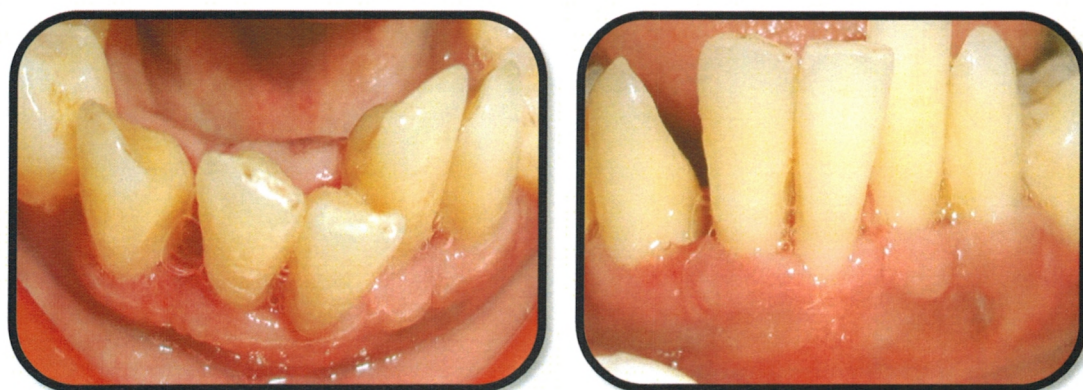
Photo 02



Photo 03



**Photo 04**



**Photo 05**

**Photo 01** : avant la chirurgie

**Photo 02** : pendant la chirurgie

**Photo 03** : la pièce biopsie

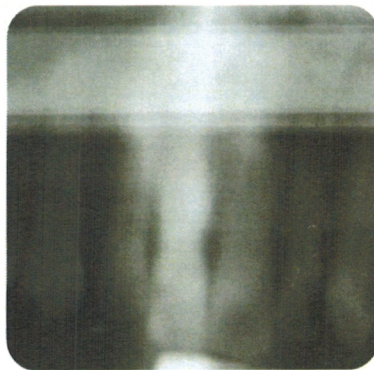
**Photo 04** : sutures après chirurgie

**Photo 05** : cicatrisation après deux semaines post opératoire

**Cas clinique 04 :**

Il s'agit de la patiente H.K âgée de 48ans, elle s'est présentée à notre service de parodontologie pour une tuméfaction gingivale en regard de la 11 et la 12 avec une gingivorragie. Qui a débuté il ya 03 mois avec une évolution rapide pendant le dernier mois.

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccal suffisante hygiène moyenne avec présence de caries (43, 12).
- ❖ Au niveau de la masse on note la présence de vraies poches de 05mm (coté distal de la 11 mésial de la 12) avec un PI : 2 GI : 2 PMA : 2 PBI : 2
- ❖ Cette tuméfaction présente les caractéristiques clinique suivante :
  - Couleur rouge violacé
  - Volume augmenté
  - Consistance molle
  - Implantation sessile
  - Douloreuse à la palpation
  - Saignante et pulsatile
- ❖ Examen radiologique : A L'examen radiologique on note
  - Présence de lyses osseuses horizontales
  - Pas de participation osseuse au niveau de la lésion



Rx rétro alvéolaire

- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis vasculaire
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale,

Le protocole chirurgical est le suivant :

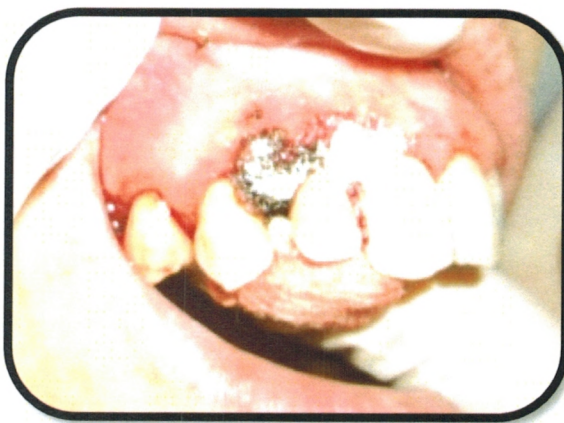
- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de la (11-12-13), (un complément intra papillaire pour réduire le saignement)
- La lésion est chargée puis exérèse en respectant ainsi les tissus profonds (papille)
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise ne place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et antalgique)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo-pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduits à la conclusion suivante :

Aspect histopathologique est celui d'une épulis angiomateuse



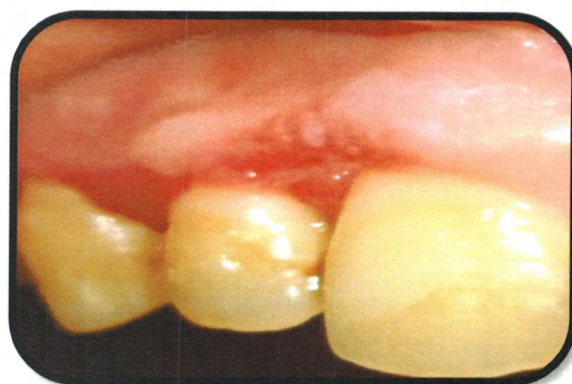
**Photo 01**



**Photo 02**



**Photo 03**



**Photo 04**

**Photo 01** : avant la chirurgie.

**Photo 02** : au cours de la chirurgie.

**Photo 03** : mise en place d'un pansement chirurgical après chirurgie.

**Photo 04** : cicatrisation deux semaine post opératoire.

**Cas clinique 05 :**

Il s'agit de la patiente B.K âgée de 47ans, elle s'est présentée à notre service de parodontologie pour une masse gingival au niveau du bloc postérieur gauche au maxillaire supérieur (site d'extraction de la 28), qui a fait son apparition une année après l'extraction de la 28 et elle a évolué rapidement ces 03 derniers mois. La patiente ne présente aucune tare générale

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccal suffisante hygiène moyenne.
- ❖ Au niveau de la masse on note la présence de vraies poches (coté distal de la 27) avec un PI : 2 GI : 2 PBI : 3
- ❖ Cette tuméfaction présente les caractéristiques clinique suivante :
  - Couleur rouge vif avec des zones blanchâtres
  - Volume augmenté
  - Consistance ferme
  - Implantation pédiculé
  - Douloreuse à la palpation
  - Saignante et pulsatile
- ❖ Examen radiologique : A l'examen radiologique on note :
  - Présence de lyses osseuse verticales irrégulière au niveau de la 27 (atteintes de furcation degré 2)
  - Aucune participation osseuse au niveau de la lésion.



Rx rétro-alvéolaire



- ❖ Diagnostic de présomption : granulome post extraction
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale

Le protocole opératoire est le suivant :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de (27\_28), un complément au niveau de la lésion nécessaire pour réduire le saignement.
- La lésion est chargée puis exérèse en respectant ainsi les tissus profonds
- Curetage profond et lavage au sérum (site d'exérèses)
- Gingivoplastie (site d'exérèses)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical et compression avec gouttière thermoformée
- Traitement médical (AINS, ATS, un antalgique en cas de douleurs )
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo-pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit à la conclusion suivante :

Aspect histopathologique en faveur d'un angiome.

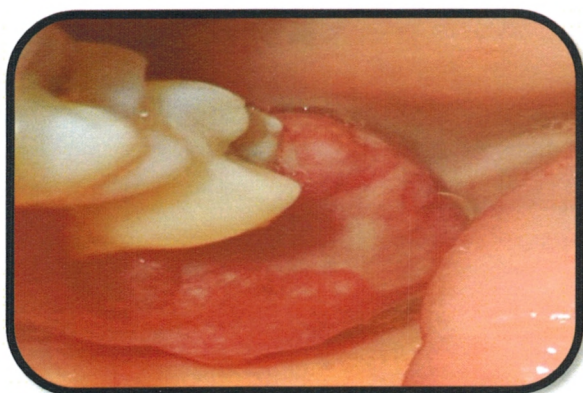


Photo 01

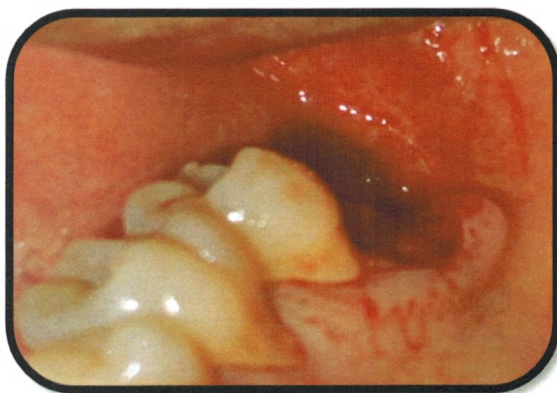


Photo 02

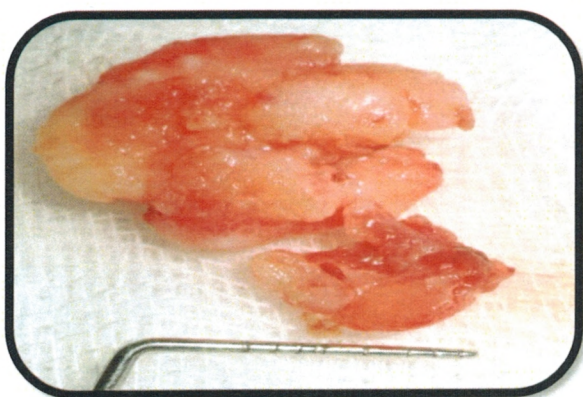


Photo 03

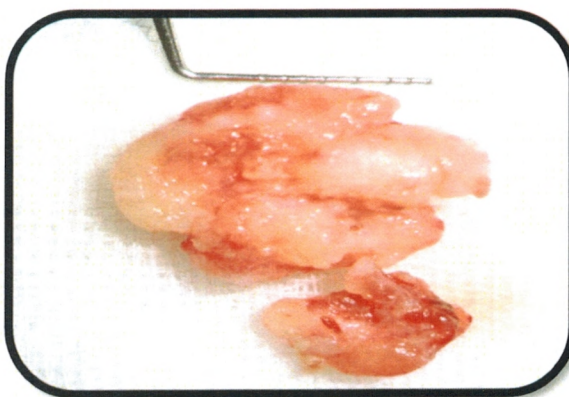


Photo 04

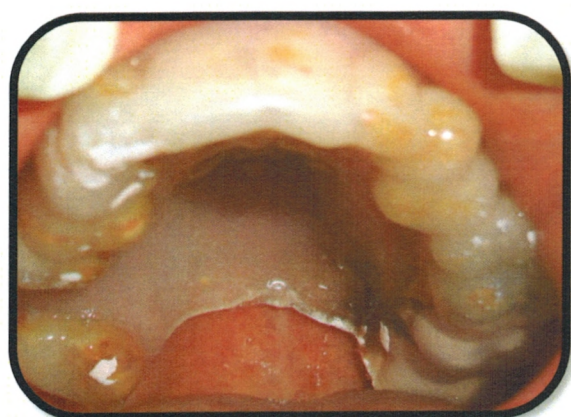


Photo 05



Photo 06

**Photo 01** : Avant la chirurgie

**Photo 02** : pendant chirurgie

**Photo 03** : la pièce biopsie

**Photo 04** : la pièce biopsie

**Photo 05** : la mise en place du pansement et une gouttière

**Photo 06** : cicatrisation deux semaines après la chirurgie

### Cas clinique 06 :

Il s'agit de la patiente K.Y âgée de 53ans qui s'est présentée a notre service de parodontologie pour une grosseur gingivale localisé au niveau de la 23, la lésion a fait son apparition il ya une année suite a un traumatisme engendrer par le port de sa prothèse. La patiente ne présente aucune tare générale

- ❖ A l'examen exo buccal : on note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endobuccal : on note une ouverture buccal suffisante une hygiène défectueuse, elle porte une prothèse partiel amovible acrylique.
- ❖ au niveau de la masse on note la présence de vraies poches de 4mm (au niveau de la 23) avec un PI : 2 GI : 3 PBI : 2
- ❖ Cette tuméfaction présente les caractéristiques clinique suivante :
  - Couleur rose violacé
  - Volume augmenté de diamètre 10/ 04mm
  - Consistance fibreuse
  - Implantation sessile
  - Indolore à la palpation
  - Non Saignante et non pulsatile
- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis fibreuse
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale.

On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau du bloc antéro supérieur.
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo-pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit a la conclusion suivante :

Aspect histopathologique est celui d'une épulis fibreuse



Photo 01



Photo 02

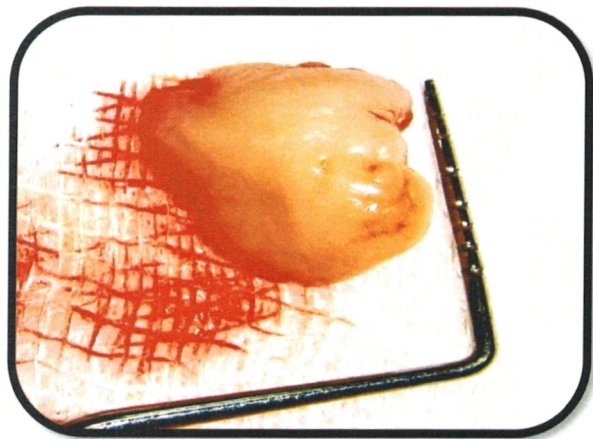
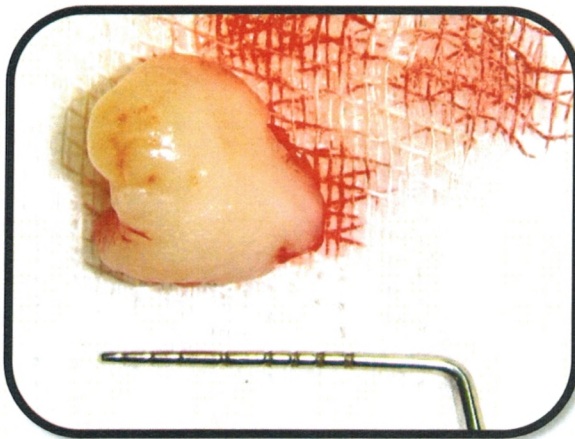


Photo 03

**Figure 1** : avant la chirurgie

**Figure2** : pendant la chirurgie

**Figure 3** : la pièce biopsie

**Cas clinique 07 :**

Il s'agit du patient H.M âgé de 48ans, il s'est présenté à notre service de parodontologie pour une grosseur gingivale localisée au niveau du bloc prémolaire supérieur droit (15,16). Le patient ne présente aucune tare générale

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endobuccal : On note une ouverture buccal suffisante une hygiène défectueuse, présence de caries (35, 23) et une lésion endo-paro associé au niveau de la 15
- ❖ Au niveau de la masse : On note la présence des fausses poches de 2 à 3mm avec un PI : 2 GI : 2 PBI : 2 PMA : 2
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rouge bleuté
  - Volume augmentée de diamètre 08/03mm
  - Consistance fluctuante hyper molle
  - Implantation sessile
  - Douloreuse à la palpation
  - Saignante et pulsatile
- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis vasculaire
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale.

On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau du bloc prémolaire supérieur droit un complément au niveau de la lésion nécessaire pour réduire le saignement et du coté palatin.
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

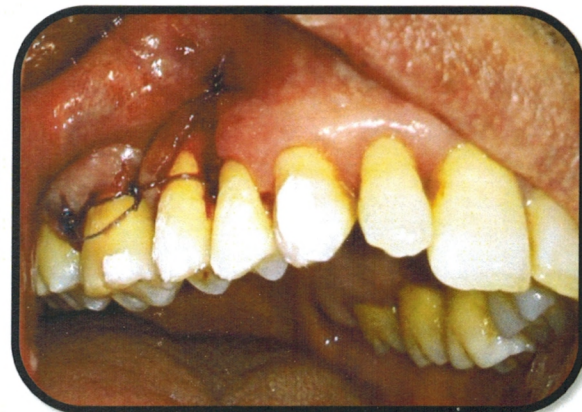
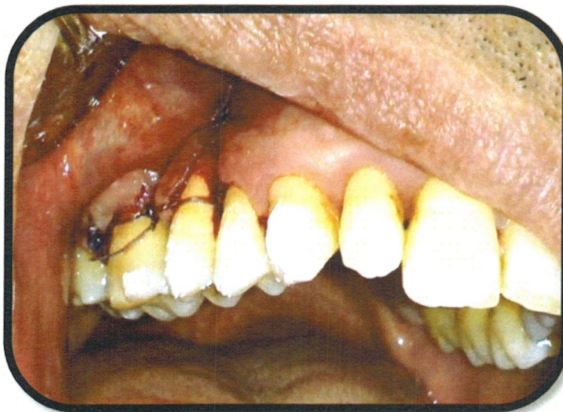
Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit a la conclusion suivante : Aspect histopathologique est celui d'une épulis angiomateuse



**Photo 01**



**Photo 02**



**Photo 03**

**Photo 01 et 02:** Avant thérapeutique initial et traitement chirurgical

**Photo 03:** Après exérèse chirurgical

**Cas clinique 08 :**

Il s'agit de la patiente B.F âgée de 36ans, qui s'est présentée à notre service de parodontologie pour une excroissance gingivale localisée du coté vestibulaire entre la 22 et la 23, la lésion a apparue il ya 02 ans et elle a évolué rapidement au cours de ces deux derniers mois. La patiente ne présente aucune tare générale

- ❖ A l'examen exo buccal : on note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endobuccal : on note une ouverture buccal suffisante hygiène moyenne avec présence de caries (45, 46)
- ❖ Au niveau de la masse on note la présence de fausses poches de 3 à 4mm (coté distal de 22 mésial de la 23) avec un PI : 2 GI : 2 PBI : 3 SBI : 3
- ❖ Cette tuméfaction présente les caractéristiques clinique suivante :
  - Couleur rouge
  - Volume augmenté 7mm de diamètre
  - Consistance molle
  - Implantation sessile
  - Douloureuse à la palpation
  - Hémorragique au contact
- ❖ Diagnostic de présomption : épulis vasculaire
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale.

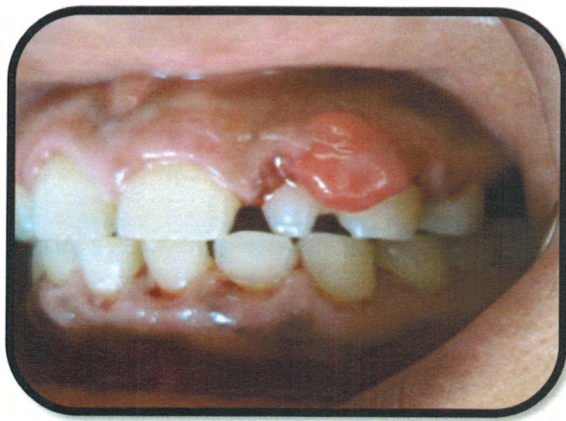
On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de la 21, 22, 23 (un complément intra papillaire pour réduire le saignement)
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo-pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit a la conclusion suivante :

Aspect histopathologique en faveur d'un botryomycome





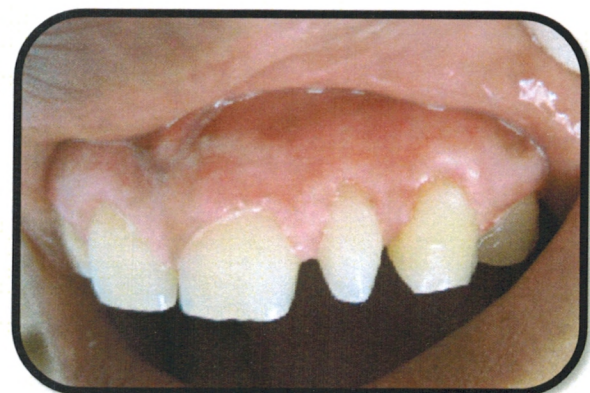
**Photo 01**



**Photo 02**



**Photo 03**



**Photo 04**

**Photo 01** : avant thérapeutique initial.

**Photo 02** : après thérapeutique initial.

**Photo 03** : après exérèse de la tuméfaction.

**Photo 04** : cicatrisation trois semaines après la chirurgie.

**Cas clinique 09 :**

Il s'agit du patient D.S.K âgé de 51ans, il s'est présenté a notre service de parodontologie pour une excroissance gingivale en regard de la 42 localisé du coté vestibulaire, le patient ne présente aucune tare générale

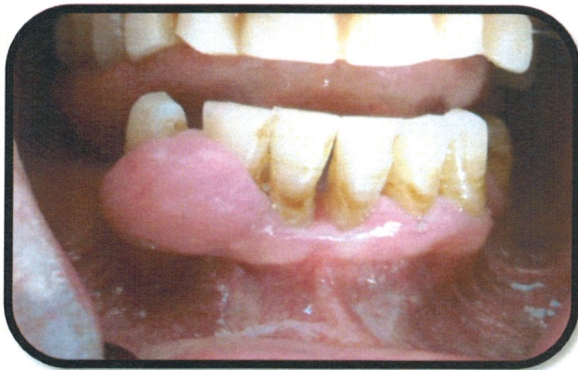
- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccale suffisante une hygiène défectueuse.
- ❖ Au niveau de la masse on note la présence de vraies poches de 4 mm coté distal de la 42 avec un GI : 2 PI : 2 PMA : 2 PBI : 2 SBI : 3
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rose
  - Volume augmentée de diamètre 14mm
  - Consistance plus au moins fibreuse
  - Implantation sessile
  - Indolore à la palpation
  - Hémorragique au contact
- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis fibreuse
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale.

On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de la 41, 42, 43 avec un complément intra papillaire pour réduire le saignement et aussi au niveau de la lésion
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo-pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit a la conclusion suivante :

Aspect histopathologique est celui d'une épulis fibreuse



**Photo 01**



**Photo 02**



**Photo 03**

**Photo 01** : avant chirurgie.

**Photo 02** : pendant la chirurgie.

**Photo 03** : après chirurgie.

**Cas clinique 10 :**

Il s'agit du patient H.K-Y âgé de 5ans, il s'est présenté a notre service de parodontologie pour une excroissance gingivale en regard de la 51-52 localisé du coté vestibulaire, le patient ne présente aucune tare générale

- ❖ A l'examen exo buccal : On note une symétrie faciale et un chemin de fermeture droit avec un jeu condylien synchroniser, coloration des téguments physiologiques,
- ❖ A l'examen endo buccal : On note une ouverture buccale suffisante une hygiène moyenne, présence de carie (51,65). Légère inflammation gingivale avec un GI de 1 et un SBI de 2.
- ❖ Cette masse Présente les caractéristiques cliniques suivantes :
  - Couleur rose foncée
  - Volume augmentée de diamètre 7mm
  - Consistance plus au moins fibreuse
  - Implantation pédiculée
  - Indolore a la palpation
  - Non saignante au contact
- ❖ Diagnostic de présomption : Epulis fibreuse
- ❖ Plan de traitement : une fois la thérapeutique initiale réalisé on procède au traitement chirurgical qui consiste en l'exérèse de la masse gingivale.

On procède de la manière suivante :

- Asepsie du champ opératoire
- Anesthésie para apicale avec un vasoconstricteur au niveau de la 51, 52, 53 (un complément intra papillaire pour réduire le saignement)
- Exérèse de la masse épulidienne respectant ainsi les tissus profonds
- Détartrage et curetage
- Gingivoplastie (site d'exérèse)
- Hémostase, lavage au sérum physiologique
- Mise en place du pansement chirurgical
- Traitement médical (AINS et un antalgique en cas de douleurs)
- Conseils post opératoires

Cette pièce est ensuite adresser au service d'anatomo pathologie dont le but d'une étude histopathologique et dont les résultats nous ont conduit a la conclusion suivante :

Aspect histopathologique est celui d'une épulis fibreuse



**Photo 01**



**Photo 02**



**Photo 03**



**Photo 04**

**Photo 01** : avant l'intervention.

**Photo 02** : pendant l'intervention.

**Photo 03** : une semaine après l'intervention.

**Photo 04** : deux semaines après l'intervention.

## 4. Discussions et commentaires

### Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs épulidiennes est relativement facile et peut être établi cliniquement.

Cependant, un examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse reste toujours obligatoire pour plusieurs raisons :

- Cet examen permet de différencier les différentes formes d'épulis entre elles.
- Il permet de distinguer d'autres formes de tumeurs hyperplasiques, tel que le botryomycome.
- Et enfin il permettra ; de distinguer l'épulis des formes trompeuses de tumeurs malignes.

Ainsi, l'examen histologique prend toute sa valeur après l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs épulidiennes qui reste; pour nous le seul traitement efficace associé bien évidemment à l'élimination des facteurs irritatifs de la gencive.

### Aspects cliniques :

#### Signes cliniques :

Le diagnostic des épulis et celui des tumeurs en général semble tardif dans nos milieux du fait de l'évolution lente des symptômes n'incitant pas le malade à consulter rapidement, de plus ces signes peuvent induire un médecin non averti à les rattacher à tort aux pathologies simples.

Ensuite le recours au traitement traditionnel en première intention par les patients est un grand facteur de retard de diagnostic

Enfin, ce manque de connaissance de certains praticiens généralistes des pathologies tumorales ORL et stomatologique peut retarder le diagnostic.

- Le principal motif de consultation dans notre étude a été : gêne fonctionnelle + esthétique + tuméfaction.

- Du fait de l'absence de symptomatologie douloureuse, les circonstances de l'examen relèvent d'un trouble fonctionnelle chez le patient notamment une gêne à la mastication, ou des saignements répétées

Le mode d'implantation sessile a été le plus fréquemment retrouvé dans notre Étude. Il s'agit de tuméfaction qui vit fixer à son support et qui est dépourvu de pied ou de tige.

On ne note jamais de dureté ligneuse ni induration.

#### Examens biologiques

La formule de numération sanguine complète est sans anomalie

### Examens radiologiques

On a effectué une radiographie panoramique, mais l'examen radiologique rétro alvéolaire reste l'examen complémentaire le plus utilisé (il permet de mieux apprécier

A l'examen radiologique, si la base d'implantation est osseuse, on peut observer une alvéolyse au niveau de la zone concernée

### **Aspects étiologiques :**

La pathogénie des tumeurs épulidiennes est mal connue. Elle correspondrait à une métaplasie du tissu conjonctif, mais l'étiologie la plus fréquente semble être une irritation chronique en marge d'une lésion inflammatoire.

Les épulis peuvent être considérées comme la réparation anormale d'une lésion de la muqueuse gingivale, suite à une agression mécanique ou biologique. De nombreux facteurs exercent une irritation initiale contribuant à la prolifération tumorale. Sa croissance est favorisée par le mauvais état bucco-dentaire et/ou l'imprégnation oestrogénique de la grossesse.

**CH. FATY** et **COLL.** ont signalé 9 femmes enceintes présentant une épulis de type vasculaire cliniquement et 3 femmes, une épulis de type inflammatoire. Dans notre étude, une femme enceinte a présenté une épulis de type vasculaire cliniquement.

Nous avons remarqué une prédominance d'épulis inflammatoires liée au manque d'hygiène bucco-dentaire et au faible niveau d'information de nos populations.

### **Aspects thérapeutiques :**

#### Traitement :

Le traitement de l'épulis par exérèse chirurgicale a été la méthode de choix ce pendant, un traitement incomplet comporte un risque de récurrence de la tumeur d'où l'importance d'un bon traitement initial et une exérèse complète (curetage complet). Ce traitement chirurgical est toujours accompagné par un traitement médical à base d'antibiotiques, antiseptique, anti-inflammatoires, antalgique...

L'anesthésie locale par infiltration a été la méthode de choix au cours de notre étude.

Dans notre série à l'exception d'une femme enceinte qui n'a reçu que la thérapeutique initiale et la mise sous surveillance, le traitement chirurgical a été effectué chez tous les patients.

L'exérèse est souvent hémorragique, surtout dans les épulis vasculaires imposant une pratique où les techniques d'hémostase doivent être maîtrisées par le praticien.

Evolution :

Les patients étaient revus en consultation à sept jours et à trois semaines après l'intervention.

Dans notre étude nous n'avons observé aucun cas de complication après l'exérèse, excepte une légère récurrence chez une patiente.

Résultats :

Les résultats tant esthétiques que fonctionnels, ont été satisfaisants.

Pronostic :

L'exérèse totale est en général couronnée de succès.

Cliniquement, la perforation de la corticale, l'apparition de douleurs et les résorptions des racines dentaires sont des facteurs de pronostic défavorables.

Dans notre étude presque la quasi-totalité de nos patients avaient un bon pronostic. En effet, dans la mesure où l'exérèse a été pratiquée jusqu'au niveau osseux, nous pouvons la considérer comme totale. Le risque de récurrence est donc minime. Une surveillance s'impose à échéances régulières en tout état de cause afin de dépister de façon précoce toute récurrence.



## **5. Recommandations :**

Notre étude nous a permis de rencontrer des situations défavorables dans la prise en charge des patients. D'où l'intérêt de certaines recommandations et suggestions à savoir :

### **A l'endroit des autorités socio sanitaires en Algérie:**

- 1- Initier et favoriser les actions de recherche sur les pathologies odontostomatologiques.
- 2- Encourager d'autres études sur un échantillon plus large en mettant l'accent sur l'examen anatomopathologique afin d'avoir un meilleur aperçu de la pathologie.
- 3- Inciter les étudiants et chercheurs (médecins) à mieux connaître cette pathologie afin de mieux orienter les patients vers les structures spécialisées.
- 4- Améliorer les conditions de diagnostic en formant des spécialistes en Stomatologie et en anatomopathologie.
- 5- Créer des services spécialisés dans les régions pour rapprocher les compétences de la population.
- 6- Informer, éduquer et sensibiliser la population sur la pathologie et les orienter vers les structures spécialisées.
- 7- Démystifier la pathologie au niveau de la médecine traditionnelle pour les inciter à une meilleure collaboration dans la prise en charge.

### **A l'endroit du personnel de santé (CHU) :**

Aux médecins et assistants médicaux :

- 1- Inciter les patients à adopter une bonne hygiène bucco-dentaire,
- 2- Supprimer des épines irritatives,
- 3- Extraire les dents et racines causales,
- 4- Suivre des séances de détartrage régulier,
- 5- Effectuer un bilan radiologique pour juger l'état parodontal
- 6- Demander l'examen anatomopathologique après l'exérèse de la tumeur pour un diagnostic beaucoup plus précis.

### **A l'endroit du public :**

Suivre correctement les conseils, indications thérapeutiques et les directives données par les prestataires de soins bucco-dentaires.

- 1- Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire.
- 2- Bannir tout acte capable de provoquer des complications des pathologies odontostomatologiques.



# Conclusion

Une tumeur gingivale bénigne ou maligne peut être définie comme l'apparition clinique ou radiologique d'une masse tissulaire plus ou moins importante en lieu et place des tissus sains. Cette masse est due à la prolifération excessive des cellules.

Les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale sont très nombreuses et très variées.

Pour les plus fréquentes, l'aspect clinique est souvent évocateur, il se présente sous forme d'une lésion bourgeonnante, de forme arrondie ou un peu allongée, d'un certain volume.

L'étiopathogénie de cette entité n'est pas complètement claire d'où l'importance d'un interrogatoire approfondi, un examen clinique rigoureux et un examen radiologique permettent d'outre le diagnostic. Cependant une biopsie s'avère nécessaire car le recours à l'examen histopathologique doit être systématique pour confirmer le diagnostic.

Leur fréquence en pratique quotidienne impose au chirurgien dentiste à mieux maîtriser son traitement qui est surtout chirurgical et étiologique (l'élimination des facteurs d'irritation locale est primordiale avant tout traitement chirurgical) et en assurer la prévention par le dépistage précoce, la promotion de l'hygiène bucco-dentaire et le suivi des soins dentaires. Le pronostic est le plus souvent favorable mais une surveillance clinique à long terme reste toujours nécessaire.

Nous n'avons pas trouvé toute la gamme des pseudotumeurs telle que celle décrite dans la classification. Cependant nous avons noté, à l'instar de beaucoup d'auteurs que l'épulis est la tumeur la plus répandue.

A decorative oval frame with a light gray, textured appearance. The frame is composed of a central oval shape with four ornate floral motifs at the corners. Each motif features a small white flower with a yellow center, surrounded by green leaves and a dark gray vine that curls around the oval's edge.

# Bibliographie

**-A-**

**ABRAVANEL J ET P:** Traitement médical de l'épulis.

**ARAR S ; BAHY H ; GOUASNIA N:** Thèse les pathologies tumorales bénignes de la gencive.

**-B-**

**BARDHOSHI M:** Traitement de l'épulis par laser.

**BERCY P; TENEBBAUM H:** PARODONTOLOGIE DU DIAGNOSTIC A LA PRATIQUE EDITION DE Boeck 1996.

**-C-**

**CHARON J, MOUTON C:** PARODONTIE MEDICALE Edition : Cdp Paris 2003.

**COURS DE PARODONTOLOGIE :** Pdf urf sous section de parodontologie.

**COURS FMPMC-PS ANATOMIE PATHOLOGIQUE :** Faculté de médecine Pierre et Marrie Curie.

**-D-**

**DIALLO F et DIA B :** Thèse tumeur bénigne des maxillaires.

**-E-**

**EMC STOMATOLOGIE TOME3.**

**EMC:** la muqueuse gingivale-structure et physiologie- 22007C40 P (1→ 20).

**-G-**

**GLIKMAN:** LA PARODONTOLOGIE CLINIQUE édition Cdp Paris 1988.

**-H-**

**HERJACINTE KABORE M :** Thèse les tumeurs bénignes de la muqueuse buccale.

**HERBERT F. WOLF EDITH M .ET KLAUS H RATEITSCHAK:** ATLAS DE PARODONTOLOGIE 2ème Edition Flammarion 1986.

**-K-**

**KLAWANSKY P :** ABREGE DE PARODONTOLOGIE.

**KUFFER R ; LOMBARDI T; HUSSON-BUI C COURRIER B SAMSON J**  
Edition MED'COM Paris 2009

**-L-**

**LASKARIS G ATLAS des maladies buccales. 2<sup>ème</sup> édition :** Médecine – Sciences Flammarion Paris 1994.372 p.

**LINDHE JAN :** MANUEL DE PARODONTOLOGIE CLINIQUE Paris ; Edition Cdp1986.

**Le GRAND ROBERT de la langue française.**

**-M-**

**MATTOUT C GEPI :** Le rôle de l'inflammation.

**MOSNIER J.F LAVERGNE A :** Généralité sur les tumeurs.

**-O-**

**OMS LES PARODONTOPHATIES :** Rapport d'un comité d'hygiène.

**-R-**

**RILLER M :** Histologie dentaire (177 →191)

**ROUSSELET M.C HENIN D :** L'anatomie cytopathologique mai 2005.

**-S-**

**SZPIRGLAS H, BEN SLAMA .L :** PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE. Edition scientifiques et médicales Elsevier Paris 1999.

**-T-**

**TECUCIANU :** ETIOLOGIE DES PARODONTOLYSES.

**-U-**

**URF ODONTOLOGIE :** université Nice.

**-V-**

**VAILLANT L; GOGA D : DERMATOLOGIE BUCCALE 1997 Editeur ISBN 2-7040-0890-6.**

**-W-**

**WAITE I.M STRAHAN J.D : ATLAS DE PARODONTOLOGIE édition cdp**

**-Z-**

**ZIANE M .C : Thèse corrélations entre les aspects cliniques radiologiques et anatomopathologiques des tumeurs épulidiennes.**

A decorative oval frame with a light gray border. At each of the four corners, there is a small, stylized floral or vine-like motif. The word "Résumé" is centered within the frame in a dark gray, serif font.

# Résumé



Notre étude clinique descriptive réalisée d'octobre 2012 à mai 2013, destinée à aborder le diagnostic des pseudo-tumeurs de la muqueuse gingivale et leur traitement, cette étude est basée sur 11 cas qui ont consulté pour une tuméfaction gingivale au service de stomatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Tlemcen pour une tuméfaction gingivale

Dans la première partie on a consacré ce travail à faire un rappel sur le parodonte sain et la muqueuse gingivale et à élucider les mécanismes des principaux processus malades (immuno-inflammatoire, dégénératif et néoplasique).

En deuxième partie nous avons passé en revue les éléments de la cancérologie générale (homéostasie, cancérogénèse, nomenclature et caractères généraux des tumeurs bénignes et malignes), puis nous sommes étalés à décrire les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale dans tous leurs aspects.

La troisième partie se propose donc à tracer les approches thérapeutiques possibles en passant par le dépistage précoce jusqu'à sa prise en charge chirurgicale tout en abordant les techniques de prélèvement d'une façon plus approfondie car les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale sont très nombreuses et très variées. Pour les plus fréquentes d'entre elles, l'aspect clinique est souvent évocateur, pour le reste des tumeurs rares, il est en général peu caractéristique et c'est l'examen histopathologique qui permet de préciser la nature de la lésion

Enfin le dernier chapitre concerne notre travail personnel présenté sous forme de cas clinique

**Mots clés :** Pseudotumeur, muqueuse gingivale, épulis, diagnostic, examen anatomopathologique, thérapeutiques.



# Annexes

## **FICHE D'OBSERVATION**

### **Etat civil :**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Age :

Résidence :

Profession :

Numéro de téléphone :

### **Motif de consultation :**

Hémorragie  Gène fonctionnelle  Douleur  Visite systémique

Tuméfaction  Esthétique  Autres

### **Histoire de la maladie :**

### **Antécédents généraux :**

### **Antécédents stomatologiques :**

### **Examen proprement dit :**

1. Examen exo buccal
2. Examen endo buccal
3. Examen de la gencive ( sondage des poches )
4. Examen dentaire
5. Examen de l'occlusion
6. Examen des fonctions

**Tumeur :**

Type :

Siège:

**Examen histologie :**

Oui  Non

**Remarque :**

**Traitement :**

**Evolution :**

**Pronostic :**

### **La liste des abréviations**

**Ac** : anticorps

**Ag** : antigène

**AINS** : anti inflammatoire non stéroïdien

**ATB** : antibiotique

**BB** : bio film bactérien

**CB** : cavité buccal

**GI** : gingival index

**PI** : plaque index

**PNN** : polynucléaire neutrophile

**SBI** : sulcus bleeding index

**Mq** : muqueuse

**Les légendes :**

**Figure 01 :** Vue clinique de la gencive et coupe sagittale de la dent et du parodonte.

**Figure 03 :** Vue clinique d'une épulis chez un sujet denté.

**Figure 04 :** Vue clinique d'une épulis chez un sujet édenté porteur de prothèse partiel

**Figure 05 :** Vue clinique d'une épulis chez un sujet édenté porteur de prothèse totale.

**Figure 06 :** Vue clinique d'une épulis gravidique (épulis de la femme enceinte).

**Figure 07 :** Vue clinique d'une épulis du nouveau-né ou congénital.

**Figure 08 :** Vue clinique d'une épulis granulomateuse (granulome pyogénique ).

**Figure 09 :** Vue clinique d'une épulis à cellules géantes.

**Figure 10 :** Vue clinique d'un granulome post extraction.

**Figure 11 :** Palpation prétragienne du condyle mandibulaire.

**Figure 12 :** Palpation endo-aurale du condyle mandibulaire.

**Figure 13 :** Palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales.

**Figure 14 :** Inspection dentaire au miroir.

**Figure 15 :** Examen d'occlusion en intercuspidation maximal.

**Figure 16 :** Sondage du côté vestibulaire.

**Figure 17 :** Sondage du côté latérale.

**Figure 18 :** Vue clinique d'une récession au niveau de la 11 et la 12

**Figure 19 :** Vue clinique d'une gencive oedématiée .

**Figure 20 :** Situation initiale montrant un cas d'épulis fibreuse.

**Figure 21 :** Au cours du traitement, la partie traitée au laser apparaît sans aucune goutte de sang.

**Figure 22 :** Quatre semaines après l'intervention chirurgicale, la plaie a complètement cicatrisé

**Figure 26 :** photo montrant le matériel utilisé .

**Figure A** : vue microscopique d'une épulis vasculaire.

**Figure B** : Vue microscopique d'une épulis fibreuse .

**Figure C** : Vue microscopique d'une épulis à cellules géantes.

## Résumé :

Notre étude clinique descriptive réalisée d'octobre 2012 à mai 2013, destinée à aborder le diagnostic des pseudotumeurs de la muqueuse gingivale et leur traitement, cette étude est basée sur 11 cas qui ont consulté pour une tuméfaction gingivale au service de stomatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Tlemcen pour une tuméfaction gingivale

Dans la première partie on a consacré ce travail à faire un rappel sur le parodonte sain et la muqueuse gingivale et à élucider les mécanismes des principaux processus maladifs (immuno-inflammatoire, dégénératif et néoplasique).

En deuxième partie nous avons passé en revue les éléments de la cancérologie générale (homéostasie, cancérogénèse, nomenclature et caractères généraux des tumeurs bénignes et malignes), puis nous sommes étalés à décrire les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale dans tous leurs aspects.

La troisième partie se propose donc à tracer les approches thérapeutiques possibles en passant par le dépistage précoce jusqu'à sa prise en charge chirurgicale tout en abordant les techniques de prélèvement d'une façon plus approfondie car les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs de la muqueuse gingivale sont très nombreuses et très variées. Pour les plus fréquentes d'entre elles, l'aspect clinique est souvent évocateur, pour le reste des tumeurs rares, il est en général peu caractéristique et c'est l'examen histopathologique qui permet de préciser la nature de la lésion

Enfin le dernier chapitre concerne notre travail personnel présenté sous forme de cas clinique

**Mots clés :** Pseudotumeur, muqueuse gingivale, épulis, diagnostic, examen anatomopathologique, thérapeutiques.

