

À propos d'une nouvelle thérapeutique non conventionnelle des épulis.

ZAGHEZ Mounir ⁽¹⁾, BERRAHIL Fayçal. ⁽¹⁾, BENKEMOUCHE Aicha ⁽¹⁾

ملخص

الورم الثوي هو عبارة عن ورم زائف ينشأ في اللثة نتيجة الالتهابات. وهو مقيد باللثة ويتميز بجوانب سريرية، نسيجية وامتغيرات طبوغرافية مختلفة. التنوع السريري والمرضي للورم الثوي يخضع في الأساس لأصله الخلوي المباشر. على عكس الخلايا السرطانية، فإن انتشار الخلايا في الأورام الحميدة ليست مستقلة فيما يتعلق بينتها. بعض أشكال الورم الثوي يتراجع عفويا، وفي حالات أخرى، قد يكون العلاج الموضوعي كافيا. وعادة، يجب علينا اللجوء إلى الاستئصال الجراحي. يظهر عملنا الحالي المراحل السريرية والمزايا والقيود المفروضة على علاج جديد غير تقليدي للورم الثوي. وتتمثل هذه العملية في حل الكتلة الورمية اللثوية من خلال سلسلة من الحقن بالمضادات الحيوية المحلية التي تسبب في انحطاط وتنخر الورم الثوي.

كلمات البحث: ورم لثوي، العلاج غير التقليدي، المضادات الحيوية، مزايا، القيود

(1) *Service de Parodontologie
Clinique dentaire Elysa
Département de médecine
dentaire ; Faculté de
Médecine Annaba Algérie*

Résumé

L'épulis est une pseudo tumeur inflammatoire des gencives. C'est une excroissance gingivale circonscrite d'aspects clinique, histologique et topographique variables. La diversité clinique et anatomopathologique des épulis est sous la dépendance de l'origine cellulaire de celles-ci. La prolifération cellulaire de ces tumeurs bénignes, à la différence des cellules tumorales, n'est pas autonome par rapport à son environnement. Certaines formes d'épulis régressent spontanément, dans d'autres cas, un traitement local peut suffire mais habituellement, une ablation chirurgicale est nécessaire.

Received 14/03/2015

Accepted 06/06/2015

Notre travail illustre les étapes cliniques, les avantages et les limites d'une nouvelle thérapie non conventionnelle des épulis. Cette technique consiste à dissoudre l'épulis, par une série d'infiltrations locales d'antibiotique, entraînant une dégénérescence et une nécrose de l'épulis.

Correspondance :

Dr. ZAGHEZ Mounir

E-mail:

zaghez_mounir@yahoo.fr

Mots clés : Epulis, thérapeutique non conventionnelle, Antibiotiques, avantages, limites.

Abstract

Epulides are localised inflammatory and hyperplastic lesions arising from the gingiva. It is a benign tumors with variables clinical, histological and topographic aspects. Excessive production of granulation tissue results, forming the epulis. Some forms of epulis regress spontaneously, in other cases, a local treatment may be sufficient; usually, we must resort to surgical ablation.

Our present work shows the clinical stages, advantages and limitations of a new unconventional therapy of epulis. This technique comprises dissolving épulis by a series of local antibiotic injections causing its degeneration and necrosis.

Keywords: epulis, unconventional therapy, antibiotics, advantages, limitations.



INTRODUCTION

Dans le champ de la pathologie stomatologique et parodontale; diverses tumeurs bénignes et malignes peuvent se développer au niveau de la muqueuse buccale et de la gencive ^[1, 2, 3, 4, 5].

L'épulis est une excroissance gingivale circonscrite d'aspects clinique, histologique et topographique variables ^[4, 5, 6]. C'est la tumeur la plus répandue parmi les tumeurs bénignes de la cavité buccale; connue depuis fort longtemps, elle est d'étiologie très diverse souvent associée à un processus inflammatoire ^[7,8].

La diversité clinique et anatomopathologique des épulis est sous la dépendance de l'origine cellulaire de celles-ci ^[8]. La prolifération cellulaire des tumeurs bénignes, à la différence des cellules tumorales, n'est pas autonome par rapport à son environnement ^[9].

La fréquence des épulis dans la pathologie buccale doit pousser le chirurgien-dentiste à mieux maîtriser son

traitement qui est surtout étiologique et chirurgical, et d'en assurer la prévention par la promotion de l'hygiène bucco-dentaire ^[8,10, 11, 12, 13].

Notre travail illustre les étapes cliniques, les avantages et les limites d'une nouvelle thérapie non conventionnelle des épulis. Cette technique consiste à dissoudre l'épulis par une série d'infiltrations locale d'antibiotique entraînant une dégénérescence et une nécrose de l'épulis.

PREMIER CAS CLINIQUE

– Description

Un jeune patient de 32 ans se présente à la consultation de parodontologie suite à l'apparition d'une masse tissulaire localisée sous le bridge provisoire au niveau du secteur antérieur supérieur (fig.1, 2, 3). Le malade ne présente aucune pathologie systémique sous-jacente ou des antécédents stomatologiques particuliers.

Le diagnostic clinique est en faveur d'une épulis inflammatoire pédiculée.



Figure 1 : Vue clinique de la masse épulidiène sous le bridge provisoire iatrogène.



Figure 2 : Vue clinique vestibulaire après retrait du bridge provisoire. L'épulis est d'une taille supérieure à 1 cm, comblant la totalité de l'espace d'une incisive centrale déjà extraite.



Figure 3: Vue clinique palatine de l'épulis sans le bridge provisoire. La masse tumorale bénigne présente un aspect inflammatoire, polylobulé et pédiculé.

– Technique opératoire

Avant l'intervention, le malade a reçu une explication détaillée de la technique et a été rassuré de l'absence de tout danger inhérent à cette opération sur sa santé. Un consentement éclairé a été obtenu, un test d'allergie à la pénicilline et un bilan biologique complet sont réalisés. La technique thérapeutique non conventionnelle des épulis proposée consiste à dissoudre la masse tumorale bénigne par une série d'injections locales d'antibiotique (fig. 4, 5, 6).

Les séances d'infiltrations sont espacées de quatre jours à une semaine en fonction du volume de la tumeur. En moyenne 3 à 5 séances suffisent pour la disparition totale de l'épulis.



Figure 4 : Matériel et produit nécessaires : Un flacon de pénicilline G 1 000 000 UI forme injectable (SAIDAL®) et une seringue à insuline.



Figure 5 : Suite à la 1^{ère} séance d'infiltration faite une semaine auparavant, la vue clinique opératoire lors de la 2^{ème} séance, nous constatons le début du ramollissement de la masse épulidiène.



Figure 6 : Après une semaine de la 2^{ème} séance, notez la dissolution de l'épulis par nécrose tissulaire.

– **Résultats**

Les infiltrations répétées de l'antibiotique dans la masse tumorale provoquent une réaction tissulaire dégénérative entraînant la nécrose et le ramollissement de l'épulis. Les résultats postopératoires sont satisfaisants (fig.7, 8).



Figure 7 : Vue clinique à la 3^{ème} semaine. Notez le ramollissement total de l'épulis.



Figure 8 : Vue clinique après un mois. Disparition totale de la masse tumorale.

DEUXIEME CAS CLINIQUE

Une jeune patiente âgée de 28 ans indemne de toute pathologie générale, consulte pour une excroissance gingivale localisée au niveau du secteur antérieur inférieur.

Le diagnostic clinique est en faveur d'une épulis fibreuse inflammatoire sessile.

Un consentement éclairé a été obtenu, un test d'allergie à la pénicilline et un bilan biologique complet sont demandés.

Les différentes figures (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17) illustrent les étapes cliniques ainsi que les résultats de la technique thérapeutique proposée.



Figure 9 : Vue clinique vestibulaire de l'épulis fibreuse d'une taille supérieure à 1 cm localisée entre l'incisive latérale et la canine inférieure.



Figure 10: Vue clinique opératoire lors de la 1^{ère} infiltration de l'épulis.



Figure 11: Vue clinique postopératoire après cinq jours de la 1^{ère} infiltration. (Début de la nécrose tissulaire de l'épulis).



Figure 14: Vue clinique postopératoire après trois jours de la 2^{ème} séance (nécrose totale de la masse épulidienne).



Figure 12: Vue clinique peropératoire lors de la 2^{ème} séance (infiltration sur la face externe de l'épulis).



Figure 15: Vue clinique lors de la 3^{ème} séance, exérèse de la masse nécrotique résiduelle de l'épulis avec une curette.

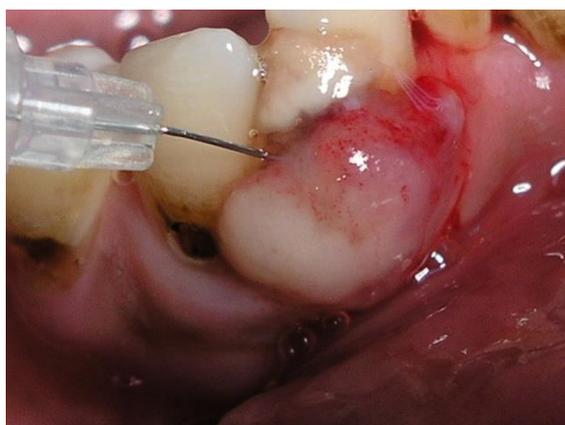


Figure 13: Vue clinique peropératoire lors de la 2^{ème} séance (infiltration à la base de l'épulis).



Figure 16: Vue clinique lors de la 3^{ème} séance, après élimination de la masse nécrosée de l'épulis.



Figure 17 : Vue clinique postopératoire après un mois. Notez la couleur rose et le piqueté en peau d'orange d'une gencive saine.

DISCUSSION

Selon *Garnier et Delamare*: "Epulis, Epulie ou épulide, (nom féminin), petite tumeur bénigne rouge violacée, développée au niveau du rebord alvéolaire des gencives au dépens de l'os et des parties molles. Elle peut revêtir le type inflammatoire, vasculaire ou fibreux, contenir des myéloplaxes et s'ossifie secondairement ^[14].

Les tumeurs bénignes du parodonte sont rares, comparées aux autres conditions pathologiques affectant cette région. Ils constituent, selon *Craig* (1999) seulement 15% de toutes les lésions gingivales soumises pour biopsie ^[10].

En 2006, une étude saoudienne rétrospective portant sur un échantillon de 439 individus de sexe féminin reçus au cours d'une période de 5 ans dans une clinique universitaire pour chercher la prévalence des tumeurs bénignes des gencives. Les résultats de cette étude montrent que parmi 182 biopsies seulement 45 confirment le diagnostic d'un granulome pyogénique, soit 24,75% de lésions suspectes. 87,09% des granulomes sont localisés sur la gencive ^[14]. Cette étude montre que le granulome pyogénique constitue la tumeur la plus répandue dans la cavité buccale ^[15].

Concernant les particularités histologiques des tumeurs bénignes, « le tissu tumoral reproduit de très près la structure du tissu initial "tumeur différenciée"^[9]. Les cellules des épulis ont une morphologie normale et ne présentent aucun des caractères de malignité ^[6, 7, 8, 10, 11].

Le diagnostic des épulis repose sur un interrogatoire approfondi, un examen clinique rigoureux et un examen radiologique systématique déterminent facilement le diagnostic ^[8, 10]. Malgré les particularités cliniques et radiologiques qui orientent parfois le diagnostic, c'est l'étude anatomo-pathologique qui permet en dernier recours d'étiqueter correctement et d'en apprécier l'aspect exact de l'épulis ^[10, 11].

De nombreuses techniques de traitement des épulis ont été décrites, le choix d'une modalité de traitement approprié peut être difficile ^[8, 10, 12, 13].

Ainsi, la gestion thérapeutique des épulis dépend de la gravité des symptômes. Si la lésion est petite, indolore et sans saignement, l'observation clinique et

l'instauration des mesures rigoureuses d'hygiène et le suivi peuvent aboutir à la diminution de la taille ou de la disparition totale de l'épulis ^[7, 8, 10, 13].

Bien que l'excision chirurgicale conservatrice et l'élimination des irritants locaux (plaque, tartre, matériaux étrangers, source de traumatisme) sont les traitements de choix des épulis ^[7, 8].

Récemment, d'autres protocoles de traitement remplaçant l'exérèse, ont été proposés. *Fekrazad* et al. ont rapporté l'utilisation du laser Er:YAG ^[13]. *Jafarzadeh* et al. ont rapporté l'utilisation du Laser Nd:YAG et la cryochirurgie pour l'excision des épulis ^[8].

Ichimiya et al. ont tenté une approche différente en utilisant une injection d'«éthanol» ^[8]. *Moon* et al. ont proposés la sclérothérapie par injection de tétradécyle sulfate de sodium (TSS) ^[8]. Ils ont réussi avec succès à faire disparaître des épulis chez la plupart des patients, sans complications majeures. D'après ces auteurs, les effets thérapeutiques de cette technique sont dus à la fois aux actions spécifiques et non spécifiques de TSS. L'injection de TSS provoque des dommages en particulier des cellules endothéliales et oblitère la lumière des vaisseaux. Par ailleurs, des infiltrations de TSS dans le tissu conjonctif peuvent provoquer des changements nécrotiques non spécifiques ^[8].

Aussi, *Parisi* et al. ont utilisé une série d'injections intra-lésionnelle de corticostéroïdes pour le traitement des épulis, en particulier pour les lésions très récurrentes ^[8].

Ainsi, les avantages de la technique thérapeutique non conventionnelle des épulis que nous proposons, sont les suivantes :

- Simple et facile à exécuter
- Non stressante pour le malade
- Ne nécessite pas une instrumentation spécifique.
- Ne présente pas d'hémorragie postopératoire
- Les suites opératoires sont favorables.

Cependant, les limites de cette technique sont les suivantes :

- A proscrire en cas de masse tumorale suspecte.
- Dans le cas où l'épulis est volumineuse dépassant les 4 centimètres.
- Chez le patient allergique à la Pénicilline G
- En présence d'une épulis vasculaire ou angiomateuse.

CONCLUSION

En raison de sa simplicité et de son innocuité, même si plusieurs séances de traitement sont nécessaires, cette technique non conventionnelle offre une alternative à l'excision chirurgicale des épulis.

Cette technique permet d'entrevoir une nouvelle voie de recherche sur les thérapeutiques non chirurgicales des tumeurs bénignes à localisation parodontale ou autres.

Cependant, l'incompréhension du mécanisme d'action de l'antibiotique sur l'épulis, le manque de recul

clinique, la nature du geste thérapeutique non encore élucidée constituent autant de paramètres à prendre en compte avant de vulgariser cette technique.

REFERENCES

1. BENKEMOUCHE-BETCHINE A. Atlas de parodontie. Les gingivites. Edition JAM (Journal Algérien de Médecine). Constantine 2007.
2. FRAGISKOS D. FRAGISKOS (Ed.) Oral Surgery Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007 ISBN-13 978-3-540-25184-2
3. LE BRETON G. Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique. Edition Cdp. Paris : 1997
4. LASKARIS G. Atlas des maladies buccales. 2e éd. Ed: Médecine-Sciences Flammarion Paris 1994. 372 p.
5. PINDBORG J.J. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Ed: Masson Paris 1995.
6. FAVRE-DAUVERGNE E., GILLES FLEURIDAS G., MICHELE AURIOL M., LE CHARPENTIER Y. Tumeurs et pseudotumeurs non odontogéniques bénignes des maxillaires. EMC Stomatologie 22-062-H-10 (1995).
7. CARREL J.P & Coll. Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs de la muqueuse buccale. *Réalités Cliniques* Vol. 10 n° 3 1999 pp. 349-372
8. JAFARZADEH H, SANATKHANI M, MOHTASHAM N. Oral pyogenic granuloma: A review. *J Oral Sci.* 2006;48:167-75
9. YAKER ABDENOUR. *Cancérologie générale : Anatomie pathologique.* Alger : Office des Publications Universitaires (OPU), Alger ; 1985.
10. CRAIG B. FOWLER Benign and malignant neoplasms of the periodontium *Periodontology* 2000, Vol. 21, 1999, 33-83
11. WILLIAM H. BINNIE Periodontal cysts and epulides. *Periodontology* 2000, Vol. 21, 1999, 16-32.
12. CHAVDA M, SUSHMA SANJAY LAGDIVE S.S, SHARMA S. Oral pyogenic granuloma-a case report *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*; 2014: Vol.-4, Issue- 1, P. 375-379
13. FEKRAZAD R, NOKHBATOLFOGHAHAEI H, KHOEI F, KALHORI KA. Pyogenic Granuloma: Surgical Treatment with Er:YAG Laser. *J Lasers Med Sci* 2014;5(4):199-205
14. GARNIER- DELAMARE. Dictionnaire des termes techniques volume I Réimpression OPU Alger 1992.
15. HESSA AL WAYLI, HEZKIAH A ; MOSADOMI. Pyogenic granuloma among Saudi females in an out-patient dental clinic. *Saudi Dental journal*, Volume 18, N°2, May – August 2006.