



**MINISTRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE  
(FMOS)**



**UNIVERSITE DES SCIENCES,  
DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO (USTTB)**

Année universitaire 2019-2020

N° : .....

## **MEMOIRE**

# **EPULIS GINGIVALE CONGENITALE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Présenté et soutenu le 31/03/2021

**Par Docteur Hélène SAMAKE**

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S)  
d'Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF)

## **Jury**

**Président : Pr Cheick Bougady TRAORE**

**Juge : Pr Hamady TRAORE**

**Directeur de mémoire : Pr Mohamed Amadou KEITA**

**Co-directeur de mémoire : Dr Fatogoma Issa KONE**

## **Remerciements**

Nous tenons à saisir cette occasion pour adresser nos profonds remerciements et notre profonde reconnaissance au Professeur KEITA Mohamed Amadou, coordinateur de DES, chef de service et chef du département de chirurgie de l'hôpital Gabriel TOURE pour ses précieux conseils et son orientation ficelée tout au long de notre recherche.

A notre maître Pr TRAORE Cheick Bougadari, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'assurer la présidence de ce mémoire. Votre culture scientifique et votre simplicité exemplaire sont pour nous un objet d'admiration et de profond respect. Permettez-nous de vous exprimer, cher maître, notre profonde gratitude et notre grande estime.

A notre maître Pr TRAORE Hamady, vous nous faites le grand honneur de prendre part au jugement de ce travail. Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines, vos qualités professionnelles qui ont toujours suscité notre admiration. Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements.

Je remercie Dr KONE Fatogoma Issa, Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail, que vous avez suivi de très près en qualité de co-directeur de mémoire. Vos qualités humaines n'ont d'égal que votre compétence professionnelle et qui seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession. Veuillez trouver, cher maître, l'expression de notre reconnaissance et notre très haute considération.

Nos remerciements s'étendent également à tout le personnel du service ORL-CCF et à tous nos enseignants durant les années des études qui m'ont initié aux valeurs authentiques, en signe d'un profond respect et d'un profond amour.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

**Liste des sigles et abréviations :**

**CBCT** : cone beam computed tomography.

**CCF** : chirurgie cervico-faciale.

**CHU** : centre hospitalier universitaire.

**CPN** : consultation prénatale.

**IRM** : imagerie par résonance magnétique.

**TDM** : tomodensitométrie.

**IOT** : intubation orotrachéale.

**ORL** : otorhinolaryngologie.

**3D** : trois dimensions

**Liste des tableaux et figures :**

**Tableau 1 :** comparaison de quelques aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'épulis congénitale observés dans la littérature avec notre cas.

**Figure 1 :** Cavité orale et pharynx, coupe sagittale médiane.

**Figure 2 :** Cavité buccale, vue antérieure.

**Figure 3 :** Image de la masse vue à l'examen clinique. Nouveau-né à J1 de vie.

**Figure 4 :** Image des deux masses après l'exérèse complète.

**Figure 5 :** Images histologiques de la pièce opératoire après l'exérèse.

**SOMMAIRE :**

<b>I. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objectif.....</b>	<b>2</b>
<b>III. Rappels.....</b>	<b>3</b>
<b>IV. Observation.....</b>	<b>13</b>
<b>V. Discussion.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>22</b>
<b>Références.....</b>	<b>23</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>26</b>

## **I. Introduction :**

L'Epulis est un mot dérivé du grec qui signifie « sur la gencive » [1]. De ce fait, l'épulis congénitale, encore appelé tumeur gingivale congénitale à cellules granulaires ou tumeur de Neumann, est une tumeur bénigne de la muqueuse alvéolaire du maxillaire du nouveau-né [2]. Elle a été décrite pour la première fois par Neumann en 1871 [1].

C'est une pathologie rare avec une incidence de 0,0006% [3]. Le sexe féminin est huit (8) à dix (10) fois plus touché que le sexe masculin, ce qui indiquerait une composante hormonale dans son développement [2].

La localisation typique constitue la crête alvéolaire du maxillaire supérieur, à proximité de la canine. Cependant, la mandibule peut également être atteinte. La tumeur se présente, généralement, comme une lésion unique ; toutefois l'atteinte multiple est possible [4,5]. Cette tumeur réalise l'aspect d'une masse débordant la cavité buccale du nouveau-né et peut engendrer des troubles respiratoires ou alimentaires (difficulté de téter), voire hémorragiques [2].

Le diagnostic est clinique et anatomopathologique. Un diagnostic anténatal est possible par l'imagerie fœtale [6].

Le traitement passe par l'exérèse chirurgicale de la masse [2]. Le pronostic est favorable ; il n'a pas été rapporté de récurrence, ni de transformation maligne [2,6]. Toutefois, une anomalie de l'éruption dentaire post-chirurgicale est possible [2,6].

**I. Objectif :**

Notre objectif est d'illustrer la rareté de l'épulis congénitale dans notre pratique quotidienne à travers une observation clinique chez un nouveau-né et de faire une revue de littérature.

## **II. Rappels :**

### **1. Définition :**

L'épulis est classiquement définie comme une pseudotumeur bénigne hyperplasique circonscrite des gencives. DECHAUME et coll rajoutent dans leur définition la nature inflammatoire de l'épulis, qui résulte de la réparation imparfaite d'une lésion gingivale telle qu'une gingivite ou une blessure par prothèse [7]. Malgré la grande diversité des définitions proposées, l'épulis répondra à deux critères qui font l'unanimité : [8,9]

- Un critère topographique : la localisation de l'épulis au niveau du collet d'une ou de deux dents contiguës ; en effet la gencive marginale est très impliquée dans la tumeur soit isolément, soit en association avec le desmodonte et l'os alvéolaire.
- Un critère de bénignité : ce critère est bien précisé par LAUFER : « l'épulis est en effet une tumeur qui ne récidive pas après exérèse complète, qui ne donne pas de métastases, ni d'envahissement ganglionnaire ».

### **2. Formation et développement de la cavité buccale : [10]**

Entre la quatrième et la cinquième semaine de vie embryonnaire, les cinq bourgeons faciaux convergent simultanément pour former la bouche primitive encore appelée stomadeum. Ce stomadeum se compose d'une couche de cellules cubiques disposées régulièrement. Cette couche de cellules cubiques est limitée vers le mésenchyme par une autre couche de membrane basale. Pendant la sixième et la septième semaine, les extrémités des processus intermaxillaires qui sont à l'origine du philtrum de la lèvre supérieure se développent. Au cours de la huitième semaine, les bourgeons maxillaires produisent une paire de fines expansions médiales, ce sont les processus palatins. A la fin de la neuvième semaine, ces processus palatins s'unissent l'un à l'autre et au palais primaire pour former le palais secondaire. A la dixième semaine les portions latérales des



bourgeons maxillaires et mandibulaires donnent naissance aux joues ; la bouche est ainsi réduite à sa largeur définitive.

### **3. Rappel d'anatomie topographique de la cavité buccale : [11]**

Située entre le massif osseux facial supérieur et la mandibule, la cavité orale est limitée par :

- En avant : les lèvres ;
  - En haut : la voûte palatine, qui la sépare des fosses nasales ;
  - En bas : le muscle mylohyoïdien, sous lequel siège la région cervicale ;
  - Latéralement : la face interne des joues ;
  - En arrière : le voile du palais en haut, les piliers antérieurs et postérieurs ainsi que la tonsille palatine latéralement et la racine de la langue en bas.
- Derrière cet isthme, débute la région oro-pharyngée.

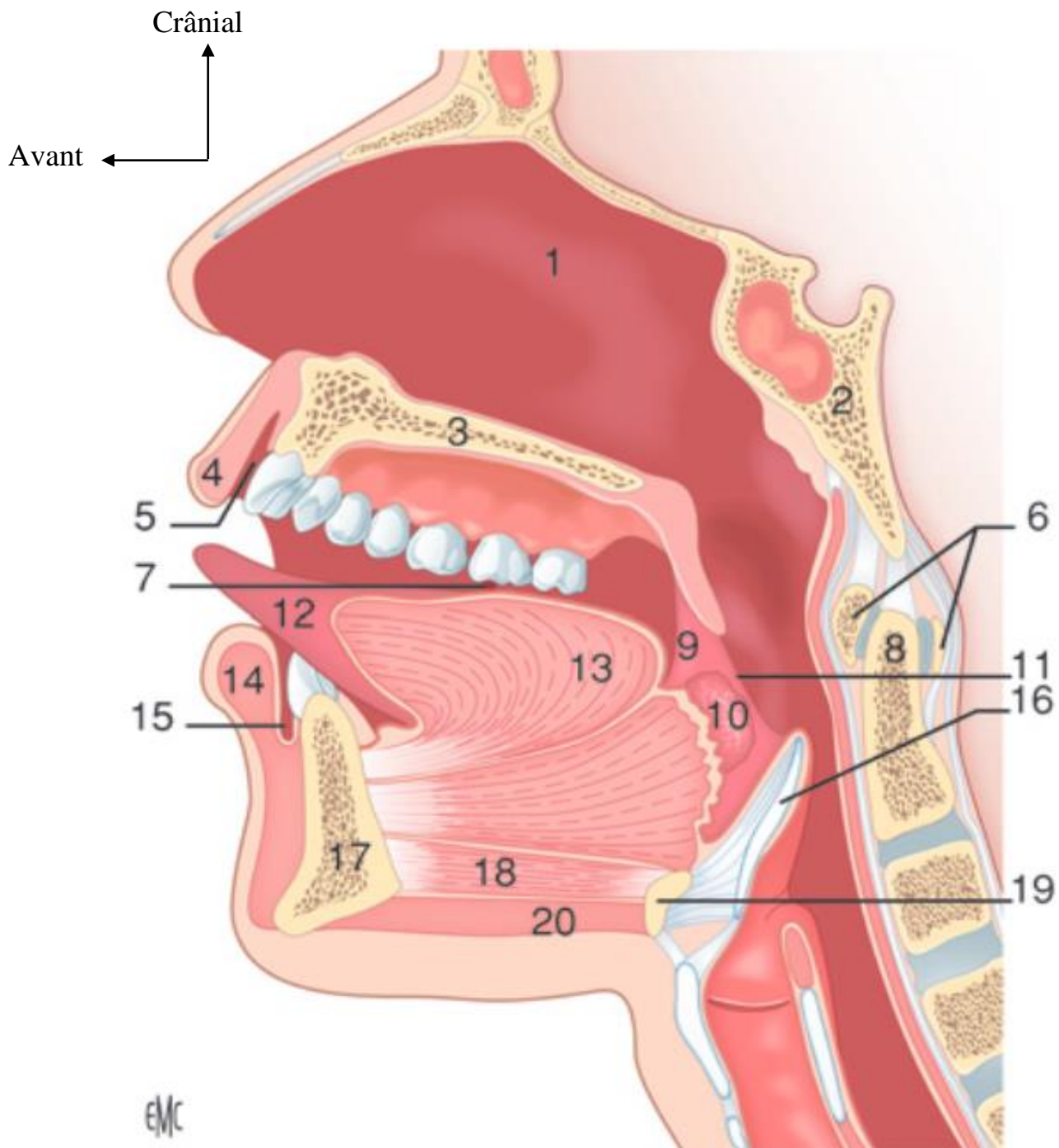
La cavité buccale est divisée en deux parties par les arcades alvéolodentaires, en forme de « fer à cheval ».

En dehors des arcades dentaires, la face interne de la joue présente une fine saillie horizontale, la linea alba, reflet de la ligne d'occlusion des dents où naît, en regard de la deuxième molaire supérieure, l'ostium du canal de Sténon, excréteur de la glande parotide. La joue se poursuit en haut et en bas par les vestibules, espaces virtuels à l'état de repos. Ceux-ci sont interrompus sur la ligne médiane par les freins labiaux. En avant, la joue se prolonge par la face interne des lèvres et l'orifice buccal. Sa limite postérieure est la commissure intermaxillaire, figurée par une ligne arciforme verticale, joignant les deux régions rétro-molaires supérieure et inférieure.

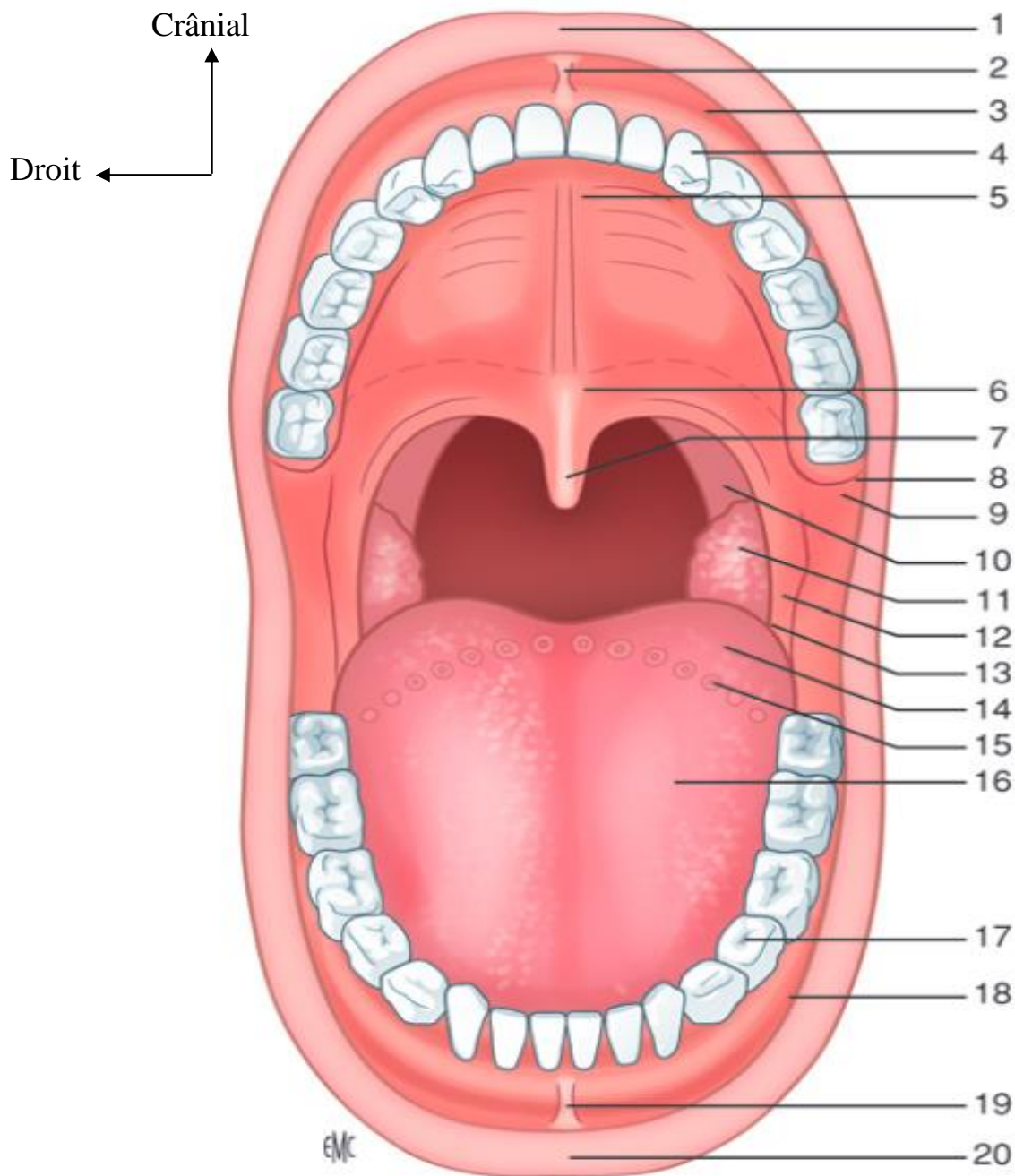
En dedans des arcades dentaires, l'espace est largement occupé par la langue mobile. Cette cavité est limitée en haut par le palais osseux auquel fait suite le voile en arrière, et en bas par le plancher buccal qui contourne l'insertion de la langue. On peut ainsi définir un plancher antérieur et un plancher latéral. Le

frein de la langue compartimente incomplètement le plancher antérieur en deux zones latérales qui comprennent les crêtes salivaires, ou sublinguales puisqu'elles sont liées à la saillie des glandes sublinguales. A leur extrémité antéro-interne, s'ouvre l'ostium du canal de Wharton, canal excréteur des glandes sous mandibulaires. Latéralement le plancher buccal se poursuit par la face interne mandibulaire dont la largeur toute relative en arrière justifie la dénomination de sillon pelvimandibulaire. Plus important, le sillon pelvilingual détermine la zone de réflexion du plancher dans la langue proprement dite.

La langue mobile est subdivisée en une pointe, un bord latéral, une face ventrale et une face dorsale sur laquelle, tout en arrière, le « V » lingual, très bien figuré par les papilles caliciformes, délimite cette langue mobile de la base proprement dite. Cette dernière, jointe au voile du palais et au pilier antérieur de l'amygdale, constitue la limite postérieure de la cavité buccale.



**Figure 1 :** Cavité orale et pharynx, coupe sagittale médiane.  
1. Fosse nasale ; 2. Os sphénoïde ; 3. Palais ; 4. Lèvre supérieure ; 5. Vestibule supérieur ; 6. Atlas ; 7. Ostium du canal parotidien (du Sténon) ; 8. Axis ; 9. Pilier antérieur ; 10. Amygdale ; 11. Pilier postérieur ; 12. Langue mobile ; 13. Base de la langue ; 14. Lèvre inférieure ; 15. Vestibule inférieur ; 16. Épiglotte ; 17. Os mandibulaire ; 18. Muscle génio-hyoïdien ; 19. Os hyoïde ; 20. Muscle mylo-hyoïdien.



**Figure 2 :** Cavité buccale, vue antérieure.  
 1. Lèvre supérieure ; 2. Frein labial supérieur ; 3. Vestibule supérieur ; 4. Arcade dentaire maxillaire ; 5. Palais osseux ; 6. Voile du palais ; 7. Luvette ; 8. Face interne de joue ; 9. Commissure intermaxillaire ; 10. Pilier postérieur de l'amygdale ; 11. Amygdale ; 12. Pilier antérieur de l'amygdale ; 13. Repli palato-glosse ; 14. Base de la langue ; 15. «V» lingual ; 16. Langue mobile ; 17. Arcade dentaire mandibulaire ; 18. Vestibule inférieur ; 19. Frein labial inférieur ; 20. Lèvre inférieure.

#### **4. Etiopathogénie :**

L'origine précise de l'épulis congénitale n'est pas claire. La tumeur gingivale congénitale à cellules granulaires est supposée provenir des cellules de Schwann, et de ce fait elle présente une forte réactivité à la protéine S100 [12]. Abrikossoff a suggéré le fait que l'épulis congénitale se développerait à partir des myoblastes, en raison du développement aberrant du tissu musculaire au cours de la période embryonnaire [13].

D'autres théories sur l'origine de l'épulis congénitale ont été proposées : neurogène, odontogène, fibroblastique et histiocytaire [14].

Il a été suggéré que la survenue de l'épulis congénitale uniquement chez les nouveau-nés, généralement de sexe féminin, implique une composante hormonale dans son mécanisme de développement [3]. Toutefois, d'autres études n'ont retrouvé aucune preuve de la présence de récepteurs de l'œstrogène, ni de la progestérone et proposent une alternative d'histogénèse [3]. Dans une étude portant sur 33 lésions, Vered et al. a conclu que le profil immunohistochimique n'implique aucun type de cellule spécifique pour l'origine histogénétique de l'épulis congénitale [15].

## 5. Rappel clinique :

- **Interrogatoire :** [11]

C'est une étape très importante qui représente le premier temps de l'examen clinique et établit également le premier contact avec le patient. Après avoir enregistré les données concernant l'état civil (nom, âge, etc.), la question touchant au motif de la consultation est posée. Les symptômes, autrement dit les troubles fonctionnels ressentis subjectivement par le patient (douleurs, gênes, etc.), sont recueillis et détaillés. La plus grande importance est donnée à la chronologie des faits, à leur mode évolutif et à leur prise en charge thérapeutique éventuelle. L'interrogatoire se termine par la recherche d'antécédents personnels (qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement) et familiaux.

- **Examen physique :** [11]

C'est le deuxième temps de l'examen clinique. Il a pour but de dépister les signes objectifs de la pathologie. Classiquement, l'examen clinique en stomatologie est divisé en deux temps, l'un exobuccal hors de la cavité buccale, l'autre endobuccal concernant directement la bouche :

- ❖ L'examen cervicofacial ou exobuccal débute par l'observation de certains signes parfois évidents (tuméfaction, asymétrie faciale, etc.), mais l'examen doit être poursuivi méthodiquement, en sachant que la sphère cervicofaciale s'apprécie étage par étage et selon trois incidences principales (face, profil, incidence axiale). Ainsi, sont analysés successivement : les téguments (coloration, souplesse, présence d'éventuelles lésions cutanées) les structures sous-jacentes (osseuses, musculaires ou autres), la posture de la tête sur le cou, la motricité faciale. La palpation permet d'apprécier :

- ✓ La présence de douleurs (provoquées, diffuses ou exquises) ;

- ✓ Les téguments (température et mobilité par rapport aux plans sous-jacents) ;
  - ✓ Les tissus sous-jacents (sous-cutané, musculaire, ganglionnaire, etc) en précisant en cas de tuméfaction la consistance, la mobilité par rapport au plan profond, la présence d'un thrill palpatoire ;
  - ✓ L'état des reliefs osseux ;
  - ✓ Les aires ganglionnaires cervicales, la sensibilité faciale, les articulations temporo-mandibulaires, etc.
- ❖ L'examen endobuccal débute dès l'ouverture buccale par l'inspection. Ce premier temps donne une vision partielle de la cavité orale, principalement du palais, de la face interne des joues, de la face dorsale linguale, et des faces occlusales dentaires.
- La palpation, temps essentiel, se pratique avec l'extrémité de l'index protégé par un doigtier, ou avec plusieurs doigts. La palpation entraîne souvent un réflexe nauséux et doit plutôt être réalisée à la fin de l'examen. Le praticien analyse successivement les différents sites de la cavité buccale peu accessibles à la vue :
- ✓ Plancher,
  - ✓ Langue mobile,
  - ✓ Base de langue.

Il peut, par l'autre main, s'aider d'une traction antérieure de la langue.

• **Examens complémentaires :**

Le diagnostic de l'épulis congénitale est clinique et anatomopathologique [6].

L'imagerie intervient surtout pour le bilan d'extension de la lésion et pour le bilan préopératoire, elle comprend :

- ❖ **La radiographie standard (panoramique dentaire) et numérisée (cone beam computed tomographe ou CBCT) :** elles ne sont pas

obligatoires pour le diagnostic et la démarche thérapeutique. Si elles sont réalisées, elles permettent de voir si la base d'implantation est au niveau de l'os et éventuellement d'observer une zone d'alvéolyse [23].

- ❖ **La tomodensitométrie (TDM) :** son intérêt dans le diagnostic de l'épulis congénitale est limité. Certains auteurs ont rapporté une lésion arrondie, bien limitée homogène de densité tissulaire à insertion gingivale sans anomalie du massif facial associée [6].
- ❖ **L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :** elle peut aider à la fois à suspecter le diagnostic d'épulis congénitale, et à évaluer les voies respiratoires (en période prénatale), facilitant ainsi la décision concernant le type d'accouchement (voie basse ou césarienne) [24]. En période prénatale, la masse présente une hypodensité homogène en T1 qui est inférieur à celle du parenchyme cérébral [24]. Après la naissance, il s'agit d'une masse de densité musculaire en T1 avec une légère hyperdensité périphérique. Il peut y avoir une prise de contraste à la périphérie de la tumeur après injection de gadolinium, ceci n'est pas présent dans tous les cas [24].
- ❖ **L'échographie fœtale :** réalisée en fin deuxième ou troisième trimestre, elle objective de façon nette une néoformation (image d'addition) au niveau de la région buccale [6]. L'échographie 3D permet de rechercher une malformation de la face associée [24].

L'examen histologique de la pièce opératoire apporte le diagnostic définitif. On retrouve de grandes cellules rondes ou polygonales avec des cytoplasmes qui sont granulaires et éosinophiles, et de petits noyaux excentriques [13].

- **Traitement :**

Le traitement de l'épulis congénitale est l'exérèse chirurgicale le plus tôt possible [2]. Bien que l'anesthésie générale soit recommandée dans la



plupart des cas, l'anesthésie locale peut être une alternative lorsque l'intubation est impossible ou lorsque la lésion est de petite taille [2]. L'excision des lésions peut être à l'origine d'un défaut alvéolaire pouvant entraîner des anomalies de l'éruption dentaire. Une gingivopériostoplastie est alors préconisée, car elle permet d'obtenir une continuité régulière de la gencive et favorise une bonne éruption dentaire [2,6].

### **III. Observation :**

Il s'agissait du nouveau-né de FS à J1 post-natal, de sexe féminin, adressé par le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré pour une difficulté de succion sur deux masses gingivales (maxillaire et mandibulaire). Il n'y avait pas de notion d'hypersialorrhée ; ni de dyspnée ; ni de gingivorragie ; ni de fièvre.

Notre patiente était le troisième enfant de la fratrie et la mère n'avait pas effectué les consultations prénatales (CPN) au cours de la grossesse.

Le nouveau-né était à terme ; il n'y avait pas de notion de dystocie lors de l'accouchement, ni de malformations associées.

Le score d'Apgar était coté à 10 sur 10 à la 1<sup>ère</sup> et à la 5<sup>e</sup> minutes.

L'examen physique ORL retrouve une masse arrondie sessile aux dépens de la gencive du maxillaire et de la mandibule, mesurant environ 7x3 cm pour la masse du maxillaire et 2x1,5 cm pour celle de la mandibule, non douloureuse à la palpation, de consistance ferme, mobile par rapport aux deux plans (superficiel et profond), de contours réguliers ; la muqueuse de recouvrement était d'aspect sain et il n'y avait pas de saignement au contact.

Crânial  
↑  
Droit ←



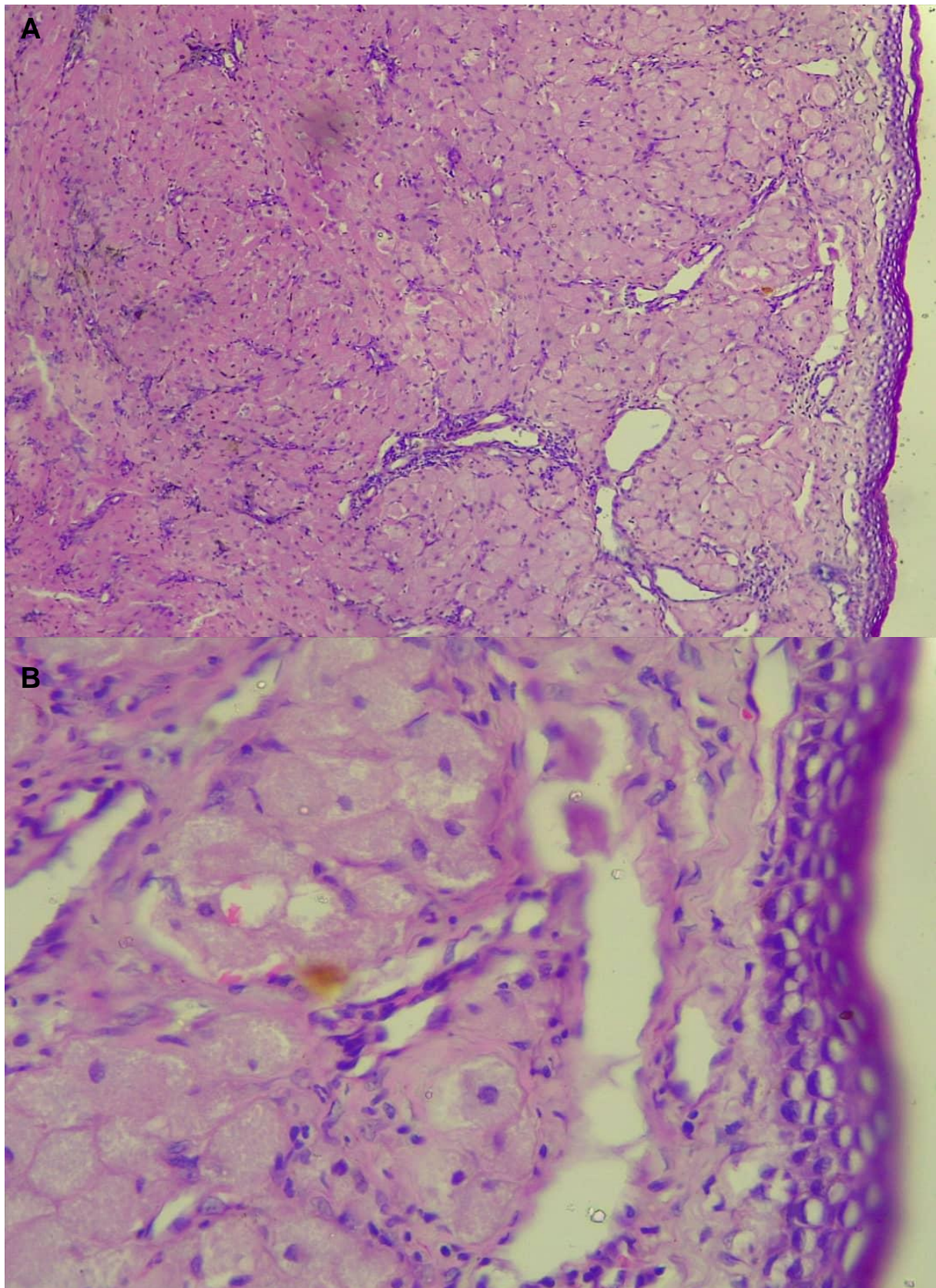
**Figure 3 :** Image la masse vue à l'examen clinique. Nouveau-né à J1 de vie.

Le traitement a été l'exérèse chirurgicale sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale (IOT). Après une ligature du point d'implantation en surjet avec du Vicryl 3.0, l'exérèse a été effectuée avec le bistouri électrique en un bloc pour les 02 masses. Une suture de rapprochement de la muqueuse gingivale a été effectuée en points simples séparés avec du Vicryl 3/0 serti. Les suites opératoires ont été simples avec une guérison en 01 semaine. La reprise de la succion a été obtenue en post opératoire immédiat.

L'examen anatomo-pathologique de pièce opératoire a retrouvé un tissu malpighien dont le chorion est le siège d'une prolifération de cellules polygonales à cytoplasme acidophile et granuleux sans atypie. Nous avons conclu à une épulis congénitale du nouveau-né. Après six mois de surveillance, la muqueuse gingivale était bien reconstituée et aucune récurrence n'a été retrouvée.



**Figure 4** : image des deux masses après l'exérèse complète.



**Figure 5** : images histologiques de la pièce opératoire après l'exérèse. Grossissement x10 (A) et grossissement x40 (B).

#### **IV. DISCUSSION :**

##### **1. Epidémiologie :**

L'épulis congénitale est une tumeur bénigne unique et rare survenant au niveau de la muqueuse des crêtes alvéolaires de la mâchoire chez les nouveau-nés [10]. Son incidence a été estimée à 0,0006% par Bosanquet D. et al.

La répartition selon le sexe montre une prédominance de l'épulis congénitale chez le nouveau-né de sexe féminin avec un sex-ratio de 10:1 [16].

Le délai de consultation est variable en fonction de la taille, de la localisation et des signes fonctionnels. Selon les auteurs, elle varie de la période prénatale (notamment la 30<sup>e</sup> semaine de gestation) à plusieurs jours après la naissance.

Notre observation a été conforme avec la littérature avec un nouveau-né de sexe féminin qui a été vu à un jour de vie pour une masse endobuccale.

##### **2. Clinique :**

Notre patient a été adressé par le service de pédiatrie pour masse endobuccal, responsable d'une difficulté de succion, il n'y avait pas de notion de dyspnée, ni d'hémorragie. Certaines formes volumineuses ou multiples peuvent engendrer une gêne respiratoire ou un obstacle à l'alimentation en période post natale [17]. Une hémorragie tumorale est également possible [17].

Dans la littérature, certains auteurs ont retrouvé des antécédents comme l'hypothyroïdie chez la mère [6]. Nous ne pouvons conclure à l'hypothyroïdie, car aucun bilan prénatal n'avait été réalisé.

L'épulis congénitale se présente de manière caractéristique comme un polype solitaire fermement attaché à la face labiale de crête alvéolaire par une base étroite ou large et elle est 2 à 3 fois plus fréquente sur le maxillaire que sur la mandibule [18]. Des tumeurs de plus de 9 cm de diamètre ont été décrits et une localisation multiple est possible dans 10% des cas [18, 19]. Notre examen

physique a retrouvé une lésion de localisation multiple (maxillaire et mandibule) avec un diamètre qui était inférieur à 9 cm pour les deux masses.

Nous n'avons pas retrouvé de malformation cervico-faciale associée, ce qui est conforme avec la littérature. Toutefois, une association à un goître ou une hypoplasie médio-faciale a été rapportée [20].

### **3. Paraclinique :**

- **Imagerie :**

En période postnatale, elle intervient surtout dans le bilan préopératoire de la lésion. Toutefois, l'imagerie garde toute son importance dans le diagnostic anténatal de l'épulis congénitale. Ce diagnostic anténatal est difficile en raison de l'absence de signes spécifiques et du fait que la tumeur se développe après la 22<sup>e</sup> semaine de gestation [16]. L'échographie fœtale 3D et l'imagerie par résonance magnétique peuvent permettre de poser le diagnostic à partir de la 30<sup>e</sup> semaine de gestation, aidant ainsi à la prise en charge précoce du nouveau-né [16]. Ainsi, l'échographie fœtale (avec Doppler) et l'IRM apportent une aide significative dans l'information des parents sur la tumeur, le choix du type d'accouchement, et la prise en charge du fœtus et, plus tard, du nouveau-né [24]. Le diagnostic anténatal n'était pas possible dans notre cas en raison du fait qu'aucun bilan prénatal n'avait été réalisé.

- **Histologie :**

Le diagnostic définitif de l'épulis congénitale repose sur l'examen anatomopathologique de pièce opératoire. Dans notre cas, le diagnostic a été établi suivant certains critères conformes avec la littérature : un tissu malpighien dont le chorion est le siège d'une prolifération de cellules polygonales à cytoplasme éosinophile et granulaire sans atypie [13].

Sur le plan immunohistochimie, la vimentine (marqueur des filaments intermédiaires de cellules d'origine mésenchymateuses) et le CD68



(marqueur des macrophages) sont positives. Par contre, les cellules granuleuses sont S100 négatives (marqueur des cellules d'origine neuronale, positive dans la tumeur d'Abrikossoff) [6, 13]. Notre patient n'a pas bénéficié d'immunohistochimie.

#### **4. Diagnostic différentiel :**

Certaines affections peuvent prêter à confusion avec l'épulis congénitale, notamment la tumeur à cellules granulaires qui survient le plus souvent chez l'adulte, elle est immunoréactive pour le S100 et présente parfois une hyperplasie pseudoépithéliomateuse [21]. D'autres tumeurs peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec l'épulis congénitale comme : la tumeur neuro-ectodermique, le rhabdomyosarcome, le tératome oropharyngien, la myofibromatose infantile et le xanthogranulome juvénile [6].

#### **5. Traitement :**

La prise en charge de l'épulis congénitale est multidisciplinaire car elle fait intervenir plusieurs spécialités parmi lesquels on peut citer : la gynécologie-obstétrique, l'imagerie médicale, la pédiatrie, la chirurgie maxillo-faciale, l'otorhinolaryngologie, l'anatomo-pathologie et l'anesthésie-réanimation [5].

Le traitement chirurgical est préconisé, et ce d'autant plus que la lésion interfère avec la respiration et/ou l'alimentation du nouveau-né [18]. Sous anesthésie générale et intubation oro-trachéale, nous avons procédé à une exérèse de la masse au bistouri électrique et les suites opératoires ont été simples. Ce qui est conforme avec la littérature [6]. Une exérèse sous anesthésie locale constitue une alternative, notamment dans les situations où l'intubation est impossible ou lorsque la lésion est de petite taille [5]. Une exérèse au cours de l'accouchement demeure également possible dans les cas de diagnostic anténatal ; cette approche permet d'éviter les risques liés à l'anesthésie et à l'intubation, et d'assurer la liberté des voies aérodigestives du nouveau-né en postnatal immédiat [5]. Certaines publications font état d'une exérèse par laser dioxyde ou CO<sub>2</sub> [9].



## **6. Evolution et pronostic :**

Le pronostic de l'épulis congénitale est favorable après exérèse chirurgicale. Les récurrences sont rares et la dégénérescence maligne n'a pas été rapportée. Une anomalie de l'éruption dentaire est possible. Des cas de régression spontanée ont été décrits après une exérèse incomplète ou en dehors de toute chirurgie [6, 13, 22]. De rares lésions de la structure alvéolo-dentaire (plutôt liées à la chirurgie qu'à l'évolution de la tumeur) ont été rapportées. Chez notre patiente, aucune récurrence n'a été observée après une période de surveillance de 6 mois et la muqueuse gingivale était bien reconstituée. Toutefois, un cas d'épulis fibreuse remaniée a été décrit par TRAORE H. chez un adulte de 28 ans, il n'y avait pas d'atypie cytonucléaire [23].

## **V. Conclusion :**

L'Epulis congénitale est une tumeur bénigne et rare du maxillaire du nouveau-né qui atteint le plus souvent le sexe féminin. Lorsque son volume est important, l'épulis congénitale peut engendrer des troubles respiratoires ou une gêne à l'alimentation (difficulté de téter). Le diagnostic est clinique et anatomo-pathologique. Un diagnostic anténatal est possible par l'imagerie. Il est important que le gynécologue-obstétricien et le pédiatre puissent reconnaître cette tumeur pour assurer une prise en charge rapide du nouveau-né. Le traitement est chirurgical et consiste en une exérèse précoce et radicale. Le pronostic est favorable, les récurrences n'ont pas été rapportées.

**Références :**

1. Neumann E. Ein fall von kongenitaler epulis. Arch Heilkd. 1871;12:189-190.
2. Vinay KN, Anjulo LA, Nitin P, Neha KV, Dhara D. Neumann's Tumor: A Case Report. Ethiop J Health Sci. 2017;27(2):189-192.
3. Bosanquet D, Roblin G. Congenital epulis: a case report and estimation of incidence. Int J Otolaryngol. 2009;2009:508780.
4. Bernhoft CH, Gilhuus-Moe O, Bang G. Congenital epulis in the newborn. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1987;13(1):25.
5. Silva GCC, Vieira TC, Vieira JC, Martins CR, Silva EC. Congenital granular cell tumor (congenital epulis): A lesion of multidisciplinary interest. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12(6):E428-30.
6. Kharoubi S. Épulis gingivale congénitale. À propos d'une observation. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2020;33(6):289-292.
7. Dechaume M, Grellet M, Laudenbach P, Payen J. Précis de stomatologie : Fracture de la face. 5<sup>e</sup> Edition Edit. 1979:196-221.
8. Ndiaye CF, Diallo B, Dia T, Larroque G, Spierzglas H, Seck C. Les tumeurs benignes des maxillaires. Les épulis au Sénégal. Bull. Soc. Path. Ex 1995;88:244-247.
9. N'diaye CF, Diallo B, Diatine S, Larroque G, Szpirglas H. Les épulis au Sénégal : revue de 96 cas (1991-1994). Actualités odontostomatologiques 1996(165):475-481.
10. Poirier J, Cohen I, Baudet J. Embryologie humaine. Paris : Maloine 1985 : 256-259.
11. Maladière E, Vacher C. Examen clinique en stomatologie. EMC-Chirurgie orale et maxillo-faciale 2016;11(4):1-11.
12. Lapid O, Shaco-Levy R. Congenital epulis pediatrics. Pediatrics 2001;107(2):22-24.

13. Katsutoshi K, Matsuzaka K, Akashi Y, *et al.* Congenital epulis: a case and review of the literature. *Bull Tokyo Dental Col.* 2018;59:127-132.
14. Kanotra S, Kanotra SP, Paul J. Congenital epulis. *Journal of Laryngology and Otology* 2006;120(2):148– 150.
15. Vered M, Dobriyan A, Buchner A. Congenital granular cell epulis presents an immunohistochemical profile that distinguishes it from the granular cell tumor of the adult. *Virchows Archiv* 2009;454(3):303–310.
16. Jain N, Sinha P, Singh L. Large congenital epulis in a newborn: diagnosis and management. *Ear Nose Throat J* 2020;99:NP79-81.
17. Bianchi PR, De Araujo VC, Ribeiro JW, Passador-Santos F, Soares De Araujo N, Soares AB. Multiple congenital granular cell epulis: case report and immunohistochemical profile with emphasis on vascularization. *Case Rep Dent* 2015;2015:878192.
18. Conrad R, Perez CNM. Congenital Granular Cell Epulis. *Arch Pathol Lab Med.* 2014;138:128-131.
19. Eghbalian F, Monsef A. Congenital epulis in the newborn, review of the literature and a case report. *Journal of pediatric hematology/oncology* 2009;31(3):198-199.
20. Pekçetin ZS, Senemtasi A, Koçak GE, Kumral S, Yaltirik M, Koray M. Congenital epulis of the newborn: a case report. *Open J Stomatol* 2018;8:120-6.
21. Mizutani K, Mukai M, Nagatsuka H, Yamada S. Whitish-Yellow Tumor on its Characteristic Cut Surface: A Case Report of Congenital Granular Cell Epulis. *Clinical Pathology.* 2019;12:1-2.
22. Lack EE, Worsham GF, Callihan MD, *et al.* Gingival granular cell tumors of the newborn (congenital “epulis”): a clinical and pathologic study of 21 patients. *Am J Surg Pathol* 1981;5:37.
23. Traoré H, Kamissoko K, Traoré D, Coulibaly AD, Théra TD, Touré K, Garango A, Coulibaly B, Ba A, Mallaé B, Traoré CB, Togora S. Epulis

fibreuse remaniée : Prise en charge chirurgicale d'un cas. *Mali Medical* 2013;45-48.

24. Frisova V, Prosova B, Mahdian N, Kyncl M, Vlk R, Rocek M. Prenatal Diagnosis of Congenital Epulis by 2D/3D Ultrasound Magnetic Resonance. *Fetal Diagn Ther* 2013;33:272-276.
25. Loyola AM, Gatti AF, Pinto Jr DS, Mesquita RA. Alveolar and extra-alveolar granular cell lesions of the newborn: report of case and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:668-71.
26. Johnson KM, Shanker SA, Estroff JA, Ralston SJ. Prenatal Diagnosis of Congenital Epulis: Implications for Delivery. *J Ultrasound Med* 2017;36:449-451.

**Annexes****Tableau 1** : comparaison de quelques aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'épulis congénitale observés dans la littérature avec notre cas.

Auteurs/ Année	Nombre de cas	Se xe	Délai de consultation	Circonstances de découverte	Localisation	Traitement	Pronostic
Bernhoft CH et al 1987 [4]	01	F	J1 postnatal	Difficulté de téter	Multiplés (maxillaire supérieur)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
Loyola AM et al 1997 [25]	01	F	J22 postnatal	Tuméfaction nodulaire	Multiplés (maxillaire supérieur et langue)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
Silva GCC et al 2007 [5]	01	F	J3 postnatal	Difficulté de téter	Unique (maxillaire supérieur)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
Frisova V et al 2012 [24]	01	F	Anténatal (35 semaines plus 6 jours de gestation)	Echographie et IRM fœtales	Unique (maxillaire supérieur)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
Johnson KM et al 2017 [26]	01	F	Anténatal (30 semaines plus 5 jours de gestation)	Echographie et IRM fœtales	Unique (maxillaire supérieur)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
Jain N et al 2020 [16]	01	F	J13 postnatal	Difficulté de téter	Multiplés (maxillaire supérieur et inférieur)	Exérèse chirurgicale	Pas de récidive
<b>Notre étude</b>	<b>01</b>	<b>F</b>	<b>J1 postnatal</b>	<b>Difficulté de téter</b>	<b>Multiplés (maxillaire supérieur et inférieur)</b>	<b>Exérèse chirurgicale</b>	<b>Pas de récidive</b>



**Fiche signalétique**

**Nom** : SAMAKE

**Prénom** : Hélène

**Nationalité** : Malienne

**Titre** : épulis gingivale congénitale : à propos d'un cas et revue de la littérature

**Année Universitaire** : 2019-2020

**Ville de soutenance** : BAMAKO

**Pays d'origine** : MALI

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

**Secteur d'intérêt** : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale

**Résumé:**

**Introduction** : l'épulis congénitale est une tumeur bénigne de la muqueuse alvéolaire du maxillaire du nouveau-né. Elle a été décrite pour la première fois par Neumann en 1871. C'est une pathologie rare avec une incidence de 0,0006%. Elle peut engendrer des troubles respiratoires ou alimentaires. Le traitement est chirurgical, le pronostic est favorable.

**Objectif** : illustrer la rareté de l'épulis congénitale dans notre pratique à travers une observation clinique et faire une revue de littérature.

**Observation** : Il s'agissait d'un nouveau-né à J1 post-natal, de sexe féminin, adressé par la pédiatrie pour une difficulté de succion sur une masse gingivale supérieure et inférieure mesurant, respectivement, environ 7x3 cm et 2x1,5 cm, indolore, de consistance ferme et mobile. Cette masse a fait l'objet d'une exérèse chirurgicale dont les suites opératoires ont été simples avec un recul de six mois sans récurrence, ni anomalie dentaire.

**Discussion :** L'épulis congénitale est une tumeur bénigne rare prédominant chez le nouveau-né de sexe féminin avec un sex-ratio de 10:1. Les formes volumineuses ou multiples peuvent engendrer une gêne respiratoire et/ou alimentaire. Elle se présente comme un polype solitaire fermement attaché à la face labiale de crête alvéolaire et elle est 2 à 3 fois plus fréquente sur le maxillaire supérieur que sur la mandibule. Le diagnostic anténatal est possible par l'imagerie fœtale. L'histologie retrouve des cellules polygonales ou allongées à cytoplasme éosinophile et granulaire. Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale. Les récurrences sont rares et la dégénérescence maligne n'a pas été rapportée ; une anomalie de l'éruption dentaire est possible.

**Conclusion :** L'Epulis congénitale est une tumeur bénigne et rare du maxillaire du nouveau-né pouvant entraîner des troubles respiratoires ou alimentaires. Le diagnostic est clinique et anatomo-pathologique. La prise en charge est multidisciplinaire et le pronostic est excellent.

**Mots clés :** épulis congénitale, tumeur à cellule granulaire, imagerie fœtale, nouveau-né, maxillaire.

### **Material Safety Data Sheet**

**Name:** SAMAKE

**First Name:** Hélène

**Nationality:** Malian

**Title:** gingival congenital epulis: about a case and review of litterature

**University year:** 2019-2020

**City of defense:** BAMAKO

**Country of origin:** MALI

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS).

**Focus Area:** Otolaryngology and Head and Neck Surgery

**Abstract**

**Introduction:** congenital epulis or Neumann's tumor is a benign growth of the gingiva of the anterior alveolar ridge of the jaws in newborns. It was first described by Neumann in 1871. It is a rare pathology with an estimated incidence of 0,0006%. It can cause respiratory and feeding disorders. Surgical excision is advocated as the treatment and the prognosis is good.

**Object:** to illustrate the rarity of congenital epulis in our daily practice and to do a review of literature.

**Observation:** a 1-day-old girl was addressed by pediatrics for breast-feeding difficulties over a mass protruding from both upper and lower gingivae. The sizes of the mass were respectively 7x3 cm and 2x1,5 cm, it was painless, firm in consistency and mobile. The mass was excised surgically and postoperative period was uneventful. There were no recurrence and no dental abnormality after 6 months of follow-up.

**Discussion:** congenital epulis is a rare benign tumor predominant in female newborn with a sex ratio of 10:1. Large lesions may interfere with feeding and/or breathing. It characteristically presents as a solitary polypoid nodule firmly attached to the labial aspect of the dental ridge, and it is 2 to 3 times more common on the upper jaw compared with the lower jaw. The diagnosis can be confirmed in the prenatal period by fetal imaging. Histological findings shown by congenital epulis include large round or polygonal cells with granular, eosinophilic cytoplasm. The treatment of choice is surgical excision, no recurrence or malignant transformation was reported, although injuries to dental structures are possible.

**Conclusion:** congenital epulis is rare and benign tumor of alveolar ridge of the jaws in newborns, that can cause feeding or respiratory problems. The diagnosis

is clinical and anatomic-pathological. The management is multidisciplinary and the prognosis is excellent.

**Keys words:** Congenital epulis, Granular cell tumor, fetal imaging, newborn, maxillary.