

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi

# FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°..... /

## THESE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES  
EPULIS AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE D'ODONTO-STOMATOLOGIE (C.H.U.-  
O.S.) DE BAMAKO  
DE 2004-2006**

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2008

A LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DU MALI

PAR MONSIEUR CHAKA KONE

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ÉTAT)

### *Jury*

PRESIDENT :

Pr. Mamadou Lamine DIOMBANA

MEMBRES :

Dr. Boubacar BA

**CODIRECTEUR :**                      **Dr. Tiémoko Daniel COULIBALY**  
**DIRECTEUR :**                         **Pr. Alhousseini AG MOHAMED**

# **DEDICACES**

*Je dédie ce travail à :*

**- ALLAH, le miséricordieux, le tout puissant pour m'avoir permis de le réaliser.**

- A notre père, FOUSSEYNI KONE
- A notre mère maman, FATOU SANOGO
- A nos oncles et tantes
- A nos frères, sœurs et cousins

En témoignage de notre grande affection et de mon profond attachement.

- A nos grands parents et particulièrement ma grand-mère pour tout le sacrifice consenti
- A tous nos aînés de la FMPOS
- A tous nos camarades de classe
- En souvenir de nos années d'études.
- A tous nos cadets de la FMPOS
- Qu'ils trouvent en ce travail un modeste exemple.

**- A Mon Pays le Mali, à qui je dois beaucoup.**

## REMERCIEMENTS

Au corps professoral, au personnel du Décanat de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

### **A TOUTE LA FAMILLE KONE, SIKASSO ET BAMAKO:**

Vous avez énormément contribué au couronnement de nos études primaires, secondaires et supérieures. Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

### **A Mr BALLO AMIDOU, MADAME BALLO BAMAKAN SOUCKO ET FAMILLE :**

Nous nous sommes toujours sentis chez nous à DAOUDABOUGOU. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

### **A TOUT LE PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ODONTO STOMATOLOGIE (C.H.U.-O.S.) DE BAMAKO, particulièrement :**

A ceux du service de stomatologie et chirurgie Maxillo Faciale :  
DOCTEUR ABDRAMANE SOGODOGO  
DOCTEUR ALFOUSSEYNI TOURE

Monsieur MAMADOU DIARRA  
Monsieur FATOGOMA KONE  
Monsieur YACOUBA DIARRA  
Feu madame Sanogo AMINATA DIALLO  
Mme Sangaré AISSATA CISSE Cabinet 8  
A toutes les infirmières du service

Merci pour tout

A NOS AINES :

DOCTEUR BOUBACAR TRAORE AU CNAM  
DOCTEUR DJIME DEMBELE  
DOCTEUR CHIECK A.T. COULIBALY  
DOCTEUR CHEICK A .T. DIARRA  
DOCTEUR EZEKIEL KAMATE  
DOCTEUR AMADOU DEMBELE  
DOCTEUR ISSA DOUMBIA  
DOCTEUR MOUSSA B DAOU

A tous les camarades du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontologie, particulièrement,

A ceux du service de stomatologie et chirurgie maxillo faciale :

Monsieur SEKOU KONE  
Monsieur DRISSA BERHTE  
Monsieur ALOU TRAORE  
Monsieur SIBIRY TRAORE  
Monsieur SOUNGALO TRAORE  
Monsieur DIAKALYA DISSA

Merci de la collaboration

**AUX FAMILLES :**

- . Koné de Sikasso, Bamako
- . Ballo de Sikasso, Bamako
- . Kéita, Doumbia, Traoré de Bamako

A tous nos amis de Bamako et de Sikasso

A tous nos cadets universitaires du service. Merci du respect.

A tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail dont le nom ne figure pas ici.

Merci.

A tous nos maîtres et à ceux qui ont contribué à la formation de notre bagage intellectuel et de notre personnalité.

**HOMMAGE  
AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury, le Professeur**

**Mamadou Lamine DIOMBANA**

- Maître de conférence d'odontostomatologie et de chirurgie Maxillo-Faciale.
- Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako.
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako.
- Ancien chef de service de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale de l'hôpital de Kati.
- Vice-président du 1<sup>er</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens du Mali de 1986 à 1990.
- Ancien membre du conseil National et du comité Exécutif de l'Ordre National des Médecins du Mali de 1990 à 1993.
- Membre du conseil d'administration de l'Hôpital de Kati de 1992 à 2006.
- Membre du Comité de Gestion de l'Hôpital National de Kati à partir de 1992 à 2006.
- Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Raoul Follereau.
- Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Solidarité Sida.
- Membre du Comité de Rédaction du Journal Mali Médical de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali (2<sup>ème</sup> secrétaire) de 1993 à 1999.
- Président du comité Scientifique de l'association des Odonto stomatologistes du Mali (AOSMA) de 1993 à 1999.
- Membre de la première et 2<sup>ème</sup> Assemblée de Faculté de l'Université du Mali 1998.
- Membre Fondateur et Titulaire de la Société Médicale du Mali depuis 1984.
- Membre du Comité de Rédaction de Mali Médical (2<sup>ème</sup> secrétaire).
- Membre Fondateur et Titulaire de la Société de Chirurgie du Mali (1994).

Cher maître, dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqués par votre accueil et votre sens de responsabilité.

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et conseils si précieux.

C'est une fierté pour nous, que d'avoir été un de vos élèves.

Vos qualités humaines ne nous ont pas échappé.

Veillez accepter, ici cher Maître l'expression de toute notre gratitude.

**A notre maître et juge, le Docteur  
Boubacar BA.**

-Spécialiste en Odonto stomatologie et chirurgie buccale.

-Praticien hospitalier au C.H.U.-O.S.

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle fait de vous un praticien exemplaire.

Permettez nous, cher maître de vous adresser ici nos sincères remerciements.

**A notre maître et Directeur de thèse, le Professeur  
Alhousseini AG MOHAMED**

- Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.
- chef du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du C.H.U (Centre Hospitalier Universitaire) « Gabriel Touré ».
- Ancien vice Doyen de la faculté de Médecine pharmacie et d'odontostomatologie.
- Président de l'ordre national des Médecins du Mali.
- Chevalier de l'ordre national du Lion du Sénégal.
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître, nous avons été très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vous nous avez très impressionné en tant que pédagogue.

Vous ne saurez quel honneur, vous nous faites en dirigeant cette thèse.

Votre, disponibilité nous a séduit.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

**A notre Maître et co-directeur de thèse, le Docteur  
Tiémoko Daniel COULIBALY.**

- Spécialiste en odontostomatologie et en chirurgie maxillo-faciale.
- Maître assistant à la FMPOS
- Chef de service d'odontologie chirurgicale du C.H.U. – O.S.
- Président du comité scientifique de l'Association des Odontostomatologistes du Mali (AOSMA).

Votre rigueur intellectuelle, vos qualités éminemment scientifiques et humaines, et votre parfaite maîtrise de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale suscitent l'admiration et forcent le respect.

La sagesse, l'esprit d'ouverture et de dialogue, la sérénité et l'humilité dont vous avez su faire montre tout au long de notre séjour dans votre service sont pour des valeurs cardinales à rechercher et font de vous à n'en pas douter l'incarnation de la responsabilité. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de dire combien nous sommes fiers d'être votre élève. Cher maître, nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance.



# **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE.

### Chapitre I:

#### Introduction

Préambule..... 1

Intérêt de l'étude..... 2

#### Généralités

A. Définition.....3

B. Rappels embryologique, anatomique et histologique.....5

C. Mécanisme étiopathogénique.....10

D. Observations cliniques.....11

E. Descriptions cliniques..... 24

F. Traitement.....36

Objectifs.....39

Chapitre II : Patients et méthodes.....40

Chapitre III: Résultats.....45

Chapitre IV : Discussion et commentaires.....55

**Chapitre V : Conclusion et Recommandations.....70**

**Chapitre VI : Références bibliographiques.....73**

**Chapitre VII : Résumé.....83**

**Chapitre VIII : Annexes**

**- Fiche d'enquête.....84**

**- Fiche analytique.....87**

**- Iconographies.....88**

**-SERMENT d'Hippocrate.....93**

## **Préambule :**

L'épulis est une lésion pseudo-tumorale hyperplasique circonscrite des gencives. C'est la tumeur la plus répandue parmi les tumeurs bénignes de la gencive et elle est d'étiologies très diverses souvent intriquées avec un processus inflammatoire. [4 ; 5]. Elle s'observe à tout âge. [23]

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 [23]

Ces épulis nécessitent une prise en charge par toute la communauté à travers des campagnes de sensibilisation relative aux tuméfactions et aux gênes fonctionnelles dentaires.

Les épulis ont été largement décrites tant en Europe qu'en Afrique et en Asie. Elles restent encore une pathologie d'actualité dans nos sous régions ou très peu d'études y ont été consacrées ; sans constituer toujours une urgence chirurgicale. Elles peuvent souvent évoluer vers des complications en absence d'un traitement correct.

Elles constituent aujourd'hui un problème de santé publique d'où l'intérêt de l'étude de sa prévalence en milieu hospitalier.

## **Intérêt du sujet :**

Il réside surtout dans le fait que :

- La méconnaissance voire la sous estimation de cette pathologie expose le patient à un préjudice fonctionnel et esthétique.
- Il en découle une mauvaise appréhension socioculturelle de cette pathologie.
- 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
- Qu'il suscite un motif peu fréquent de consultation en stomatologie.
- Surtout au Mali peu de données statistiques existent sur cette problématique.

## A) Définition :

Une épulis désigne étymologiquement une formation apparaissant sur la gencive, (épi = dessus, oulon, gencive) [29 ; 30 ; 35]

En 1887 après la thèse de NELATON, épulis et tumeur à myélopaxes devinrent presque synonymes. [23]

En 1887 DESIR de FORTUNET constate qu'on appelle épulis toute tumeur solide siégeant près du bord alvéolaire ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, sans tendance à l'ulcération et ne récidivant généralement pas après une ablation complète. Mais actuellement on peut considérer que l'épulis n'est qu'une pseudotumeur de la gencive hyperplasique, bénigne, de nature inflammatoire, résultant de la réparation imparfaite d'une lésion gingivale telle qu'une périodontite, gingivite, blessure par prothèse, et qu'il faut distinguer de l'épulis les autres lésions tumorales bénignes que l'on peut rencontrer sur la gencive. [23]

Elle est classiquement définie comme une pseudotumeur bénigne hyperplasique circonscrite des gencives. [30]

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. [30]

Malgré la grande diversité des définitions proposées, l'épulis répondra à deux critères qui font l'unanimité [4 ; 5] :

-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 ».

En tenant, compte de ces restrictions et en accord avec CARLIER, nous pouvons proposer la définition suivante :

**L'épulis est une tumeur gingivale bénigne, circonscrite, localisée à la gencive marginale d'une dent ou de deux dents contiguës.**

L'épulis est une pseudo- tumeur très fréquente en pratique quotidienne et peut, si elle est négligée, atteindre un volume considérable.

## **B) Rappels embryologique, anatomique et**

### **Histologique :**

#### **1) Formation et développement de la cavité buccale : [11 ; 32]**

Entre la quatrième et la cinquième semaine de vie embryonnaire, les cinq bourgeons faciaux convergents simultanément pour former la bouche primitive encore appelée stomadeum qui se compose d'une couche de cellules cubiques disposées régulièrement, elle-même limitée vers le mésenchyme par une 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.

## 2) Rappel d'anatomie topographique:

### Cavité buccale :

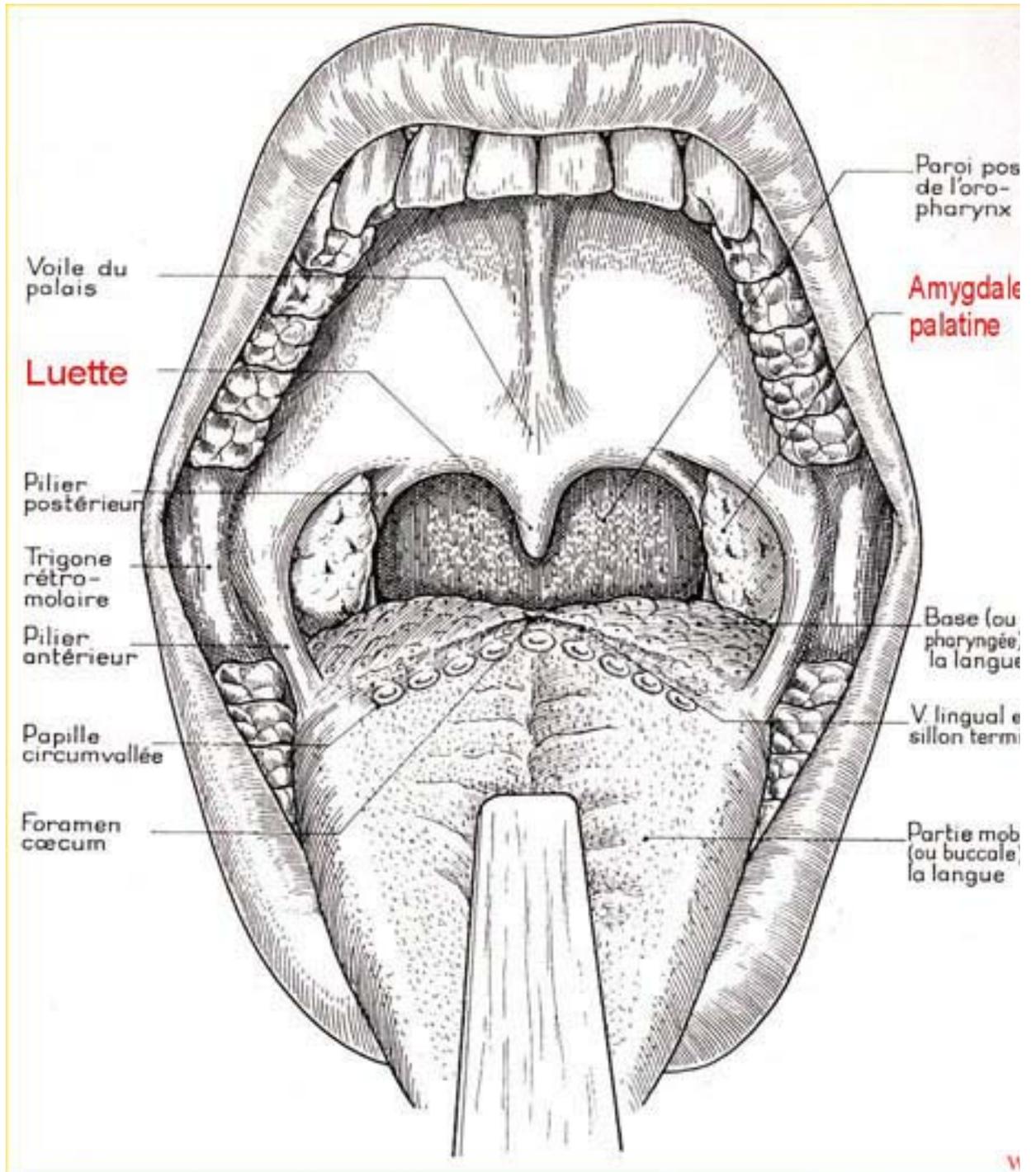
Elle est divisée en deux parties par les arcades alvéolodentaires, en forme de <<fer de cheval>>. En dehors de celles-ci la face interne de la joue présente une fine saillie horizontale, la linea alba, reflet de la ligne d'occlusion des dents où naît, en regard de la deuxième molaire supérieure, l'ostium 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, 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 pelvilinéal 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. Ces trois éléments appartiennent à l'oropharynx [25].

## Cavité buccale et oropharynx

Source : [25]



L'anatomie topographique de la cavité buccale étant relativement complexe, il est plus aisé de la représenter sous forme de schémas simplifiés. Ceux-ci, faciles à reproduire, doivent être insérés dans le dossier du malade afin d'y mentionner avec précision les lésions constatées (siège précis, formes et dimensions) **[25]**.

### C) Mécanisme étiopathogénique :

Ces pseudotumeurs hyperplasiques seraient des réactions inflammatoires répondant à un phénomène irritatif. En effet, ces lésions siègent souvent au voisinage d'une épine irritative dentaire ou prothétique en présence d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Mais, si la cause inflammatoire est irréfutable, l'implication du facteur hôte dans la pathogénie de ces lésions est plausible. SENTILHES et MICHAUD suggèrent que ces épulis s'observent chez la femme après l'âge de 40 ans et attribuent cela aux troubles hormonaux déjà soulevés par DECHAUME et coll. en 1980. DOLEY et coll. suggèrent que l'apparition de l'épulis de grossesse chez la femme enceinte est due à l'influence des hormones sexuelles, par voie sanguine et salivaire sur la gencive.

CANTALOUBE et coll. quant à eux, ont relevé dans leurs observations cliniques à l'hôpital de Dakar une anémie et une éosinophilie d'origine parasitaire chez la plupart des patients consultant pour une épulis.

ABRAVANEL et coll. ont rapporté également quelques cas d'éosinophilie et de paludisme.

L'étiologie principale est donc une irritation locale mais la pathogénie n'est pas complètement élucidée. [30]

## **D) Observations cliniques :**

### **I - EXAMEN CLINIQUE :**

Cet examen doit être orienté, comme en dermatologie, à la recherche de la lésion élémentaire.

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

##### **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, la qualité des informations du patient doit fournir une orientation diagnostique de départ.

Après avoir enregistré les données concernant l'état civil (nom, âge, profession et autres), le symptôme isolé ou l'éventail des symptômes conduisant à la consultation sont recueillis et analysés. L'ancienneté des troubles, le mode évolutif depuis leur installation, compte tenu des éventuels traitements institués, sont précisés. Il est important de laisser l'intéressé s'exprimer selon sa propre terminologie, en le guidant mais sans l'influencer. La notion d'un facteur déclenchant et les répercussions sur l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre, équilibre psychique) sont également des éléments à intégrer. La recherche d'antécédent personnel, qu'il soit médical ou chirurgicale, est systématique. Elle est d'autant plus importante qu'un lien peut exister avec l'un d'entre eux et l'affection en cours. 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. En cas d'affection de nature congénitale, les antécédents héréditaires sont d'autant mieux recherchés.

## **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, l'un exobuccal et l'autre endobuccal. Le sujet est installé confortablement et rassuré. Il convient de déposer d'un éclairage bonne qualité (miroir de Clar) et d'instruments adaptés (précelles, sonde, miroirs plans).

### **Examen exo buccal**

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 :

- les téguments : lésions cutanées, tumeurs, éruptions, cicatrice ;
- les déformations sous-jacentes. De face, la région concernée est comparée l'étage controlatéral (exemple, abaissement du bord basilaire lors des hypocyloïdes). De profil, l'examen recherche un défaut de projection antéropostérieure d'un étage par rapport aux autres (exemple : recul de la lèvre supérieure témoin d'une rétromaxillie). L'inspection axiale note les asymétries antéropostérieure droite-gauche (exemple : défaut de projection antérieure de la pommette lors de fracture du malaire), mais aussi les anomalies dans le sens transversal ;
- la posture de la tête sur le cou, la motricité faciale.

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 téguments et notamment leurs mobilités par rapport aux plans sous-jacents ;
- 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), la mobilité par rapport au plan profond, la présence d'un thrill palpatoire (avec ou sans souffle à l'auscultation),
- l'état des reliefs osseux, notamment en contexte traumatologie (décalage, mobilité anormale, ressaut). souvent gêne par un œdème;
- la sensibilité faciale, les articulations temporomandibulaires.... Etudiées ultérieurement.

### **Examen endobuccal**

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). Ce temps est capital chez l'enfant chez qui l'introduction prématurée d'un abaisse-langue risque de compromettre la poursuite de l'examen.

L'abaisse-langue est ensuite utilisé, avec douceur, sur la face latérale et ventrale de la langue, afin d'exposer les planchers latéraux et antérieurs. Il est souvent nécessaire afin de déplisser la face interne des joues et des vestibules et pour effacer le volume lingual afin d'apercevoir l'oropharynx. Enfin, l'inspection se termine par un examen au miroir plan préalablement chauffé, pour éviter la buée. Le miroir permet non seulement de visualiser les faces dentaires et les espaces interdentaires, mais aussi l'oropharynx et la filière laryngée. Dans ce cas, le praticien saisit la pointe de langue entre pouce et index sur une compresse et place le majeur sur l'arcade dentaire afin de maintenir l'ouverture buccale. La traction de la langue en avant permet ainsi d'effacer sa base du champ d'examen. Afin de prévenir les réflexes nauséux, le praticien évite de toucher la muqueuse oropharyngée. Ceux – ci peuvent être prévenus chez les enfants ou les patients particulièrement sensible par une anesthésie de contact (spray de Xylocaïne à 1%, pastille de tétracaïne)

La palpation, temps essentiel, se pratique avec l'extrémité de l'index, protégé par un doigtier, ou avec plusieurs doigts. Il est prudent d'interposer entre les arcades un abaisse-langue ou une cale, chez les sujets susceptibles de mordre (chez l'enfant notamment). 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. 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, d'un corps étranger oropharyngé.

L'examen dentaire de base fait appel aux miroirs plans et aux sondes dentaires (droite, coudée), pour la recherche de caries, mobilités dentaires, douleurs provoquées, poches parodontales.

### **3 - Examen général :**

Un prélèvement sanguin est réalisé. La numération et la formule sanguine.

La tension, le pouls, la température.

### **Examen clinique détaillé par régions anatomiques**

Si un examen méthodique est nécessaire, celui-ci doit être orienté et approfondi selon l'orientation diagnostique recherchée.

### **Muqueuse buccale**

L'examen des muqueuses buccales ne peut être schématisé, on peut cependant émettre un certain nombre de principes.

- 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 (linéaire, annulaire, serpiginieuse), la topographie et le mode évolutif de ces lésions élémentaires apportent des données sémiologiques indispensables au diagnostic étiologique. Par exemple, devant une ulcération muqueuse, il convient de décrire le fond (induré orientant vers une néoplasie, souple de type aphte ou post traumatique) et la périphérie (bourgeonnante et saignante au contact lors de tumeur maligne). 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 (osseuse

en cas de torus ou de kyste de maxillaires, rénitence en cas de lésions malignes, fluctuante lors d'hématome ou d'abcès), la présence éventuelle d'un souffle.

- L'examen doit s'accompagner, dans la majorité des cas, d'un examen exobuccal, notamment surfaces cutanées et phanères, et d'un examen général orienté.
- L'examen histologique, aisément réalisé par la biopsie, est au mieux effectué par l'équipe médicale qui prend en charge le patient, afin de ne pas transformer la lésion (en lésion seconde). L'histologie est souvent le moyen de confirmer l'«impression clinique».

Ainsi, on ne peut se contenter d'un diagnostic de « stomatite » qui regroupe toutes les atteintes inflammatoires de la muqueuse buccale. Au même titre, les lésions chroniques de la muqueuse buccale, parfois dénommées lésions blanches ou kératoses, rassemblent des maladies très diverses congénitales ; réactionnelles (traumatique, actinique, tabagiques) ; infectieuses, (Candidoses, infections par virus de l'immunodéficience humaine), dermatologiques (lichen plan, lupus érythémateux) et dysplasiques (kératoses préépithéliomateuses, carcinomes).

### **Orifice buccal et lèvres**

Il s'agit du premier temps d'examen lorsque le patient entrouvre les lèvres. A l'état statique, sont analysés la forme et les dimensions de l'orifice buccal, l'état de la muqueuse labiale (sécheresse lors de ventilation buccale), la compétence labiale, alors que l'examen dynamique note principalement la tonicité labiale.

Les freins labiaux sont examinés selon leurs aspects, leurs longueurs (frein supérieur hypertrophique souvent associé à un diastème inter incisif) et leurs

insertions (insertion papillaire du frein inférieur, à l'origine de récessions gingivales).

## **Langue**

Cet organe est à observer sous un angle statique en appréciant sa forme (allongée, étroite), l'aspect de la muqueuse (hyperplasie de papilles, dépapillation entraînant une langue « géographique », ulcération) et son volume (macroglossie vraie ou relative fréquente microglossie très rare). La langue est ensuite étudiée au cours des différentes fonctions, déglutition et phonation, en notant sa position, sa mobilité et le rôle du frein (dont la brièveté peut entraîner une ankyloglossie avec impossibilité d'élévation ou de protraction linguale).

## **Glandes salivaires**

L'interrogatoire est primordial à la recherche de symptômes et d'antécédents orientant vers une étiologie (tuméfactions rythmées par les repas en cas de pathologie lithiasique, sécheresse ou nasale lors de syndrome de Gougerot-Sjögren).

L'examen exobuccal apprécie en premier lieu la présence d'une tuméfaction (globale ou nodulaire, uni – bilatérale) et l'état cutané en regard (inflammatoire lors de pathologie infectieuse ou tumorale) sur l'aire d'une glande salivaire. La palpation bi digitale, endo – et exo buccale, confirme l'origine salivaire de la tuméfaction et recherche la présence d'une éventuelle lithiase.

L'examen endobuccal note l'aspect de la salive au niveau de 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.

Enfin, sont précisées la présence ou l'absence de signes d'accompagnement orientant vers une pathologie maligne : paralysie faciale (glande parotide), hypoesthésie linguale (glande sous mandibulaire), adénopathies cervicales.

### **Denture et parodonte**

Cet examen s'intéresse à l'organe dentaire, mais aussi aux tissus de soutien voisins (cément, desmodonte, os alvéolaire et gencive). Il vise à analyser :

- l'hygiène buccodentaire (gingivite et plaque tartrique), l'état des soins dentaires, l'haleine (halitose, éthylisme) ;
- les arcades dentaires : courbe de Spee, encombrements ou malpositions dentaires, absences (agénésies, inclusions) et pertes dentaires (avulsions) ;
- l'organe dentaire : anomalies morphologiques (micro ou plus fréquemment macrodonties), abrasion, fractures et caries dentaires, anomalies de couleurs par comparaison aux autres dents (teinte grisâtre en cas de mortification, plaque jaunâtre, dysplasie de l'émail), mobilités dentaires (transversale, axiale, douloureuse ou non), vitalités pulpaires (par des tests thermiques ou électriques), qualités des reconstructions prothétiques ;
- l'examen parodontal porte sur l'état de la gencive et notamment sur son aspect (habituellement rose pâle, mais rouge vif lors de gingivite odontiasique ou tartrique), sa consistance (normalement ferme et peu dépressive), son volume (augmenté lors de gingivite hypertrophique), ses attaches dentaires (récessions gingivales correspondant à une migration apicale de l'attache épithéliale au-delà de jonction amélocémentaire). Les poches parodontales sont appréciées par des

sondes graduées et peuvent faire l'objet de prélèvement à visée bactériologique ;

- l'occlusion (ou articulé dentaire) est analysée en intercuspidation maximale. Le papier à articuler peut mettre en évidence des prématurités et interférences mineures, mais si importantes.

### **Massif facial osseux**

Son étude est essentiellement envisagée dans le cadre de la traumatologie, des kystes, des tumeurs bénignes, des pseudotumeurs des maxillaires et de la chirurgie orthopédique des maxillaires, déjà traités. Très accessible à la clinique, l'examen du massif facial est toujours comparatif et analysé dans les trois plans de l'espace (horizontal ou axial, frontal ou coronal, et sagittal).

La face peut se subdiviser en trois étages :

- inférieur, représenté par la mandibule ;
- moyen, compris entre l'arcade dentaire maxillaire et la ligne horizontale passant par la racine nasale et les sutures frontomales. Cet étage se subdivise, par une ligne verticale passant en dedans des pupilles, en un tiers médian (pyramide nasale et paroi interne, orbitaire) et en deux tiers latéraux (console zygomatique, parois et margelles orbitaires inférieure et externe) ;
- supérieur ou craniofacial, comprenant une partie centrale frontoglabellaire et deux régions latérales frontosphénoïdales.

### **Articulations Temporomandibulaires**

Les manifestations cliniques d'une pathologie temporomandibulaire sont souvent d'un polymorphisme extrême, notamment ce qui concerne les douleurs.

- Les douleurs, classiquement localisées au niveau de l'interligne articulaire ou dans l'oreille, prédominent parfois sur le territoire d'un ou plusieurs muscles masticateurs. Plus trompeur, elles peuvent se résumer à des céphalées diversement interprétées par le patient, des douleurs périorbitaires, des manifestations otologiques (otalgie, acouphènes), des cervicalgies.
- Les bruits décrits par le patient peuvent être retrouvés par le praticien à la palpation (ressaut) ou à l'auscultation (bruit). Deux types de bruits sont possibles : les claquements (sonores et les crépitations (peu sonores et prolongées, de type « frottement de sable », traduisant plutôt une atteinte des surfaces articulaires osseux).
- La mobilité mandibulaire fait appel à l'étude de l'ouverture – fermeture buccale (normalement supérieure à 40 mm), la propulsion et les diductions droite et gauche, mesurées en millimètres. Lors des deux premiers mouvements, la survenue d'une latérodéviation est précisée.
- Les manifestations alvéolodentaires fréquentes (douleurs ou abrasions dentaires, récessions gingivales...) siègent, le plus souvent, sur la dent responsable d'une prématurité, soit sur les dents antagonistes. Même en l'absence de point d'appel dentaire, la recherche d'un trouble de l'occlusion est la règle devant toute souffrance temporomandibulaire (articulation craniobicondylo – occlusale).

L'examen ne s'arrête pas au local, mais doit intégrer aussi l'étude de la statique craniorachidienne et la structure psychoaffective du patient, si souvent négligée.

## **Innervation faciale**

La recherche d'un trouble sensitivomoteur facial doit être systématique dans de nombreux domaines traumatologie, oncologie, chirurgie buccale ou maxillaire. Tout déficit, moteur ou sensitif, doit être précisé au patient et clairement noté dans le dossier, à plus forte raison avant une intervention chirurgicale afin que ce déficit ne soit pas imputé au geste opératoire.

La motricité de la face est principalement sous la dépendance du nerf facial (VII). Un déficit total (parésie) peut signer soit sur un des territoires, supérieur ou inférieur (d'origine soit centrale, soit périphérique par atteinte des branches de division), soit sur les deux territoires (d'origine périphérique par lésion du tronc nerveux). La paralysie faciale totale se traduit au repos par un effacement des rides frontales, la chute de la « queue » du sourcil, du sillon nasogénien et de la commissure labiale. Au cours de la mimique, les déviations s'accroissent, ou apparaissent si elles étaient peu marquées, avec la perte de la mobilité frontale et labiale du côté atteint et l'abolition de l'occlusion palpébrale (le globe oculaire se portant en haut et en dehors, décrivant le signe de Charles Bell). Le nerf trijumeau (V) permet, par sa branche mandibulaire, l'innervation motrice des muscles masticateurs. Son atteinte se traduit par une amyotrophie temporomassétérine.

La mobilité du globe oculaire est sous la dépendance de trois nerfs oculomoteurs. L'atteinte du nerf moteur oculaire commun (III) entraîne une diplopie horizontale majorée dans toutes les directions et masquée par un ptôsis une impossibilité de mobilisation du globe oculaire et une mydriase aréflexique consensuelle ou directe. La lésion des nerfs pathétique (IV) et moteur oculaire externe (VI) engendre une diplopie et une impossibilité de mobilité du globe oculaire, respectivement vers le bas et vers l'extérieur. Interviennent enfin dans la motricité endobuccale et oropharyngée, le nerf glosso-pharyngien (IX) dont l'atteinte se traduit par une

dysphagie non douloureuse et le signe du « rideau », ainsi que le nerf grand hypoglosse (XII) responsables de la mobilité linguale.

La sensibilité faciale est assurée par le nerf trijumeau. Ce nerf se divise en trois branches, définissant ainsi trois territoires. Le nerf supra orbitaire, issu de la branche ophtalmique (V1), assure la sensibilité de la région frononasopalpébrale supérieure et de la cornée. (L'anesthésie cornéenne est un excellent signe d'atteinte du trijumeau.) Le nerf maxillaire (V2), dont la branche terminale, le nerf infra orbitaire, émerge à 1cm au-dessous de la margelle du même nom, permet l'innervation sensitive de la partie supérieure des joues, des faces latérales de la pyramide nasale, de la pointe nasale, des paupières inférieures, de la muqueuse des fosses nasales, des cavités sinusiennes et des dents maxillaires. Le nerf mandibulaire (V3) se divise rapidement en nerf lingual destiné à l'hémilangue, en nerf buccal pour la face interne des joues, et en nerf alvéolaire inférieur. Ce dernier permet la sensibilité des dents mandibulaires et par sa branche terminale mentonnière de la région labiomentonnière, dont l'hypoesthésie constitue le classique signe de Vincent. Le nerf facial intervient par l'intermédiaire du nerf intermédiaire de Wrisberg (VII bis), pour l'innervation de la zone de Ramsay Hunt. Les régions cervicales sont innervées par les branches du plexus cervical superficiel.

### **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. Après un premier temps d'inspection, l'examineur se place derrière le patient et réalise une palpation de la région cervicale en légère flexion. Il doit préciser le nombre de ganglions (adénopathie unique ou poly adénopathie), leur siège (prétragien, parotidomasséterin, sous mental, sous mandibulaire, sous

digastrique, spinal, jugulocarotidien, sus claviculaire), leur taille dans le plus grand axe, leur consistance (indurée ou contraire souple), leur sensibilité (indolore, sensible ou hyper algique), leur mobilité ou adhérence par rapport au plan superficiel et profond et leur évolutivité dans le temps. Une ou plusieurs adénopathies cervicales dures, indolores, fixées aux plans voisins et de volume progressivement croissant doivent faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylobagique.

Le contenu de chaque chapitre a été volontairement simplifié afin de pouvoir réaliser un inventaire systématique. L'examen stomatologique n'est pas aussi complexe que la longueur de cette description pourrait le faire penser, mais il doit être méthodique et approfondi selon l'orientation recherchée. La région cervico-faciale, souvent très accessible à l'examen clinique, permet dans de nombreux cas une orientation diagnostique clinique avant même la réalisation d'examens complémentaires. Enfin, cette première étape dans la relation médecin malade doit reposer sur la confiance, avec toutes les conséquences qui en découlent. [25]

## **II - EXAMENS PARACLINIQUES :**

Enfin, mais qui seront toujours déterminés par la clinique, comme la cytologie, la biopsie, les examens de laboratoire, l'examen radiographique, et même des photos en couleurs si possible, qui pourront être utilisées à loisir pour apprécier chaque détail et juger de l'évolution et des résultats.

## **E) Descriptions cliniques:**

La lésion élémentaire doit poser le diagnostic morphologique et clinique, le diagnostic étiologique. [16]

Cette pseudo tumeur ou hyperplasie gingivale est localisée. Ainsi on distingue :

### **1- « Epulis » congénitale**

Tumeur à cellules granuleuses congénitales (ou myoblastome congénital ; adamantinome spongiocytaire). C'est une tumeur d'histogenèse controversée ce qui explique l'abondance des dénominations proposées. Elle est formée à partir de la crête odontogène résiduelle.

**CLINIQUE :** La fille est plus souvent atteinte que le garçon. C'est une petite tumeur néo-natale qui siège sur la face antérieure de la crête alvéolaire, supérieure le plus souvent, dans sa partie moyenne, parfois pédiculée, de la grosseur d'un pois ou plus, de consistance ferme, recouverte par une muqueuse normale. Elle peut gêner la succion lorsqu'elle est volumineuse. [23]

### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

Comprend les tumeurs mélanotiques neuro-ectodermiques de l'enfance, l'épulis inflammatoire et les fibromes. [15]

**EXAMEN DE LABORATOIRE :** l'anatomopathologie est essentielle pour le diagnostic. [15]

## **HISTOLOGIE :**

La tumeur est constituée de grandes cellules claires à cytoplasme éosinophile et granuleux ; le noyau en est petit et refoulé en périphérie. Les cellules les plus claires et les moins granuleuses sont dites spongiocytaires. L'hypothèse histogénétique la plus satisfaisante en fait des cellules d'origine histiocytaire. On constate occasionnellement des îlots odontogènes d'où l'hypothèse de l'origine adamantine. L'épithélium de recouvrement est normal ou modérément hyperplasié [23]

## **TRAITEMENT :**

Exérèse chirurgicale bien que des régressions spontanées aient été rapportées [15]

La récurrence n'a jamais été observée. [23]



**Figure 1 : Epulis congénitale [17]**

## 2- Granulome périphérique (« épulis »)

### a) ETUDE CLINIQUE :

- De beaucoup la plus fréquente des « tumeurs » des gencives, il s'observe à tout âge.
- Le patient (un peu souvent une femme) vient consulter pour une tumeur ou moins volumineuse qui siège habituellement sur le versant vestibulaire de la région incisive canine inférieure, parfois entre les incisives supérieures ou dans la région molaire :
- Soit débordant sur le vestibule et le palais ou le côté lingual ;
- Soit entre deux dents qu'elle mobilise ou déplace ;
- Soit dans un alvéole déshabité.

Hyperplasie pseudo tumorale de nature inflammatoire chronique (rôle de la septicité dentaire), mais favorisée par un facteur général (grossesse, déséquilibre œstro-progestatif, petit trouble l'hémostase)

Elle est pédiculée ( on voit parfois le pédicule s'insinuer entre la paroi alvéolaire et la racine), parfois sessile, tantôt recouverte d'une muqueuse normale offrant une consistance résistante, élastique, tantôt mamelonnée, d'un rouge vineux, mûri forme, saignant facilement, ulcérée même.

Elle ne s'accompagne jamais d'adénopathie.

La radiographie peut montrer soit un processus d'ostéolyse, soit une ossification.

### b) L'EVOLUTION :

En l'absence de traitement aboutit parfois à une importante augmentation de volume qui entraîne une gêne fonctionnelle ; dans d'autres cas, la lésion devient très fibreuse, parfois elle s'ossifie partiellement.

### c) DES COMPLICATIONS :

Peuvent grever le pronostic de cette lésion pourtant bénigne :

- L'alvéolyse qui résulte de hyper vascularisation et l'action ostéoclasique des myéloplaxes peuvent déplacer et rendre mobile une ou plusieurs dents, dont l'extraction devient inévitable ;
- Les formes très vascularisées peuvent saigner de façon chronique favorisant l'halitose sinon l'anémie

### d) LES FORMES ETIOLOGIQUES :

Méritent d'être individualisées

- **Formes de l'enfant ou de l'adolescent, au contact d'une molaire qui vient de faire son éruption. [23]**
- **Forme survenant au cours d'une gingivite chronique de causes locales (« gingivite tartrique », périodontite, obturation ou prothèses irritant la gencive) ; [23]**

### Type de description : Epulis Fissuratum

L'épulis fissuratum ou hyperplasie fibreuse prothétique est une lésion réactionnelle à des prothèses adjointes mal adaptées qui apparaissent chez des patients appareillés depuis très longtemps. L'irritation chronique est due à des prothèses dont les bords sont trop tranchants ou trop importants. Les lésions se présentent comme des proliférations hyperplasiques simples ou multiples ; allongées dans le sillon gingivo-labial ou gingivo-jugal.

Les replis hyperplasiques sont flottants, quelque part fermes et leur prolifération peut gêner la rétention prothétique. Des ulcérations douloureuses sont fréquentes à la base des replis.

- Le diagnostic différentiel : comprend les fibromes multiples, la neurofibromatose et le carcinome épidermoïde
- Le traitement : il comprend l'ablation chirurgicale des replis hyperplasiques et la réalisation d'une nouvelle prothèse. [15]



Figure 2 : Epulis fissuratum [2]

- **Formes de la femme enceinte dont « l'épulis » prolonge et complique la gingivite hyperplasique ; [23]**

L'épulis de la grossesse apparaît au cours de la grossesse et est cliniquement et histologiquement identique à l'épulis inflammatoire. Elle est généralement située sur la gencive et apparaît après le troisième mois. Cliniquement, elle se présente comme une masse unique pédiculée dont la surface est lisse et rouge. Il y a rarement plus d'une lésion sur la gencive. Après l'accouchement la tumeur peut régresser spontanément ; voir disparaître

- Le diagnostic différentiel : comprend l'épulis banale et le granulome périphérique à cellules géantes.
- Examen de laboratoire, l'histologie aide au diagnostic.
- Le traitement : Exérèse chirurgicale, si possible en post-partum, si l'épulis persiste. Elle peut être retirée sous anesthésie locale pendant la grossesse si elle est gênante.

- **Formes survenant au cours de désordres hématologiques :**

Anémies, troubles de l'hémostase mêmes mineurs, éosinophilies parasitaires.

[23]

**e) LE DIAGNOSTIC :**

Le diagnostic est en général facile avec les tumeurs profondes qui s'extériorisent à la gencive et notamment avec les tumeurs à myélopaxes osseuses. La confusion n'est pas exceptionnelle avec un épithélioma gingival au début dans sa forme bourgeonnante. [23]

- Deux autres types de lésions hyperplasiques sont très proches du granulome périphérique tant sur leurs caractères étiologiques que cliniques : le granulome télangiectasie et l'hyperplasie fibreuse. [23]

De toute façon l'histologie doit confirmer le diagnostic.

**f) HISTOPATHOLOGIE :**

L'examen histologique, obligatoire, de la tuméfaction excisée va permettre de confirmer le diagnostic et de décrire l'aspect de l'épulis. Cette description se fait surtout dans un but didactique.

Ainsi, se basant sur cet aspect anatomopathologique, DECHAUME et coll. Distinguent :

- des épulis simples ;
- des épulis inflammatoires ;
- des épulis vasculaires ou angiomateuses ;
- des épulis fibreuses.
- des épulis à cellules géantes ou épulis à myélopaxes. **[30]**
  - Les nuances histologies sont multiples ; mais on individualise surtout les granulomes périphériques hyperplasiques simples et les granulomes périphériques giganto-cellulaires, ou à myélopaxes. **[23]**

« **Epulis** » **simples** :

-Epulis inflammatoires, qui ne sont autre chose que des granulomes hyperplasiques (voisins du bourgeon charnu). [23]

De couleur rouge vif ou violacée, elle correspond histologiquement à un tissu conjonctif fibreux d'aspect polypoïde, oedémateux, congestif avec des foyers de suffusion hémorragique et un dense infiltrat inflammatoire polymorphe à prédominance de plasmocytes.

ABRAVANEL et COLL. précisent qu'il y a une néoformation vasculaire, désordonnée, irrégulière, peu abondante ou exagérée, constituée de simples épithéliums qui naissent de la profondeur et se dirigent vers la surface. Pour cet auteur une néo genèse fibreuse est présent.

Selon FERKDADJI et COLL., cette forme est cliniquement proche de la forme vasculaire. [30]

-Epulis vasculaires Elle est aussi appelée granulome pyogénique ou télangiectasique gingival à cause de l'abondance vasculaire de la tumeur Toutes les transitions existent entre les diverses formes, depuis les bourgeons charnus riches en néovaissaux jusqu'à ceux dont le système de néovascularisation est manifestement exubérant (botryomycome).

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 fibreuses ou scléreuses. [30]

-Epulis fibreuses, appelée aussi fibrome irritatif gingival, [30] elle est constituée par du tissu fibreux toujours diffus, jamais encapsulé, recouvert par un épithélium mince ou hyperplasique. [23 ; 30]

Cette masse fibreuse est dense et infiltrée de lymphocytes ; elle est de limites floues et recouverte directement par l'épithélium. Les fibres collagènes sont grêles et onduleuses, mais peuvent parfois être disposées dans tous les sens en une sorte de feutrage. Dans cette forme, il n'est pas rare d'observer une ossification métaplasique. [30]

Nous signalons qu'il peut exister des formes de maturation d'une épulis inflammatoire en une épulis vasculaire ou fibreuse, qui elle aussi peut présenter des métaplasies osseuses. Ce qui donne à l'examen anatomopathologique des formes intermédiaires à côté des formes classiques. [30]

Dans ces formes il n'est pas rare d'observer une ossification métaplasique. [23]

#### **« Epulis » à cellules géantes ou épulis à myéloplaxes**

Encore appelées fibromes à cellules géantes ou granulomes périphériques, elles présentent souvent des aspects nodulaires avec plusieurs lobules vasculaires ou fibreux séparés par des cloisons fibreuses. Ces épulis sont limitées par un épithélium stratifié et kératinisé en surface, d'épaisseur irrégulière avec des zones hyperplasiées. Au sein du tissu conjonctif, on observe de petites cellules mononuclées, fusiformes, analogues aux fibroblastes, des fibres de collagène, de nombreux capillaires, des lamelles osseuses, des histiocytes, des plasmocytes, des leucocytes ainsi que des cellules géantes plurinucléées caractéristiques de cette lésion. Ces cellules géantes sont aussi appelées myéloplaxes. Comme les épulis simples, les épulis à cellules géantes présentent des formes inflammatoires, vasculaires ou fibreuses avec ou sans ossification. [23 ; 30]

Mais tous les intermédiaires sont possibles entre ces différents types dont la signification nosologique demeure la même : il s'agit toujours d'une lésion ou tumeur hyperplasique, d'origine inflammatoire au sens anatomopathologique du terme.

Détail important, l'inaptitude à l'encapsulation est un des caractères les plus frappants et les plus importants des tumeurs hyperplasiques.

.Elle exprime le fait que ces tumeurs s'accroissent par transformation progressive des tissus, ce qui les distingue des néoplasmes bénins, qui eux sont encapsulés. (Géry et Noeppel) [23]



**Figure 3 : Epulis à cellules géantes [36]**

## **Quelques épulis particulières**

### **L'épulis congénitale (du nouveau-né)**

C'est une tumeur gingivale bénigne, rare, affectant préférentiellement les nouveau-nés de sexe féminin. Cette épulis est le plus souvent unique, parfois multiple. Elle a une surface molle, toujours pédiculée, qui peut être uni ou multi lobulaire, de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre, pouvant ainsi gêner la succion. En plus, elle est hautement vascularisée et l'épithélium de surface est atrophié. Son siège de prédilection est la face antérieure de la crête supérieure, le plus souvent dans sa partie moyenne.

Histologiquement, cette épulis est constituée de cellules granuleuses ; ce sont de grandes cellules claires à cytoplasme éosinophile et granuleux, le noyau est petit et refoulé en périphérie.

Ces cellules sont disposées en nappes homogènes. Les cellules les plus claires et les moins granuleuses sont dites spongiocytaires.

Le réseau capillaire est très riche, expliquant l'aspect congestif.

L'épithélium de recouvrement est normal ou légèrement hyperplasié. [30]

### **L'épulis gravidique**

Cette épulis est aussi appelée granulome de grossesse à cause de sa ressemblance histologique avec le granulome pyogénique.

On la rencontre le plus souvent au niveau maxillaire et particulièrement dans la région vestibulaire antérieure. Elle se présente sous forme d'une petite masse charnue rouge vif, pédiculée, située entre deux dents et saignant facilement. Histologiquement, elle se présente sous forme d'une lésion inflammatoire bénigne, composée de capillaires proliférants et de cellules endothéliales qui sont parfois organisées en lobules, en plus d'un abondant infiltrat lympho-

plasmocytaire. Quelques épulis gravidiques peuvent tendre vers la sclérose et perdent ainsi une grande partie de leur vascularisation. WHITAKER et coll. ont rapporté des cas d'épulis gravidiques dont l'histologie est celle des granulomes périphériques à cellules géantes. [30]

### **L'épulis granulomateux ou granulome postextractionnel**

Cette épulis apparaît dans l'alvéole dentaire après extraction. Son développement est le plus souvent dû à la présence d'un corps étranger tel un séquestre osseux ou un bout d'amalgame, suivi d'une réaction inflammatoire avec formation tissulaire.

Histologiquement, cette épulis correspond au granulome pyogénique ou épulis vasculaire, qui doit être enlevé chirurgicalement. [30]

### **g) ETIOPATHOGENIE :**

Classiquement, le rôle de l'inflammation seul est retenu pour expliquer ces réactions ou tumeurs hyperplasiques. En réalité, il ne semble pas suffisant ; on trouve souvent chez ces sujets un trouble humoral : trouble de l'hémostase, désordre érythrocytaire (anémie), désordre leucocytaire (éosinophilie parasitaire), variation ou perturbation endocrine (grossesse, hyperfolliculinie, ménopause), hypovitaminose C. [23]

### **h) CONCLUSIONS PARTIELLES :**

On élimine toute étiologie d'origine infectieuse au profit d'une origine tumorale et on envisage une tumeur sans signe de malignité, mais d'évolution locale rapide.

## F) TRAITEMENT DES EPULIS

Ce traitement doit être précédé systématiquement d'examens biologiques.

Le traitement classique des épulis est chirurgical, il consiste en l'exérèse, sous anesthésie locale, de la totalité de la lésion y compris son point d'ancrage osseux [30]. L'excision est simple, parfois momentanément hémorragique dans les formes très vascularisées. La coagulation d'un pédicule vasculaire constitue un geste préventif de la récurrence. [23]

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire doit être systématique. [30]

Ce traitement doit être associé à la suppression des facteurs locaux d'irritation, essentiellement : détartrage minutieux, traitement de carie, extraction d'une racine résiduelle, correction des obturations débordantes ou des prothèses insuffisamment ajustées, rétablissement des points de contact inter dentaires, mise à plat des poches gingivo-radiculaires. [23]

La cicatrisation doit être surveillée et éventuellement maîtrisée par des applications de caustiques (acide trichloracétique, nitrate d'argent).

La correction des facteurs généraux est tout aussi souhaitable mais plus difficile à réaliser. Chez la femme enceinte notamment le traitement ne peut être que local, assorti de mesures d'hygiène buccale rigoureuses. [23]

Ces traitements chirurgicaux s'accompagnent parfois de récurrences, notamment en cas de résection incomplète. En effet, l'exérèse doit être totale avec curetage de la zone d'ostéolyse, si elle existe, voire l'avulsion d'une dent présentant une alvéolyse péri apicale. [30]

Le recouvrement du site d'exérèse par des lambeaux déplacés est nécessaire afin d'obtenir une cicatrisation par première intention moins douloureuse et plus rapide. [30]

A côté de la chirurgie, une pénicillothérapie locale a été proposée par ABRAVANEL et coll. pour le traitement de ces lésions mais cela seulement après biopsie et test d'allergie à la pénicilline. Cette technique consiste en une injection de 1 million d'unités de pénicilline G in situ tous les trois jours. Après 3 injections en moyenne, une guérison complète est obtenue sans récurrence ultérieure. [30]

Chez le nouveau-né le traitement de l'épulis congénitale consiste en l'exérèse chirurgicale simple de la tumeur au niveau de sa base d'implantation en se gardant de léser les germes dentaires par une section trop profonde. La récurrence n'a jamais été observée. [30]

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 1<sup>er</sup> trimestre ainsi qu'un accouchement prématuré ou un avortement si la chirurgie est réalisée lors du 3<sup>ème</sup> trimestre.[30]

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.[30]

Néanmoins, elle peut donner une masse résiduelle fibreuse après la grossesse. Son traitement consistera alors en l'excision chirurgicale après l'accouchement. [30]

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. **[30]**

### **III –Objectifs :**

#### **1- Objectif Général :**

\* Etablir le profil épidémiologique, clinique des épulis dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre-Hospitalier-Universitaire d’Odonto-Stomatologie (CHU-OS) de Bamako et sensibiliser le personnel socio-sanitaire sur la pathologie.

#### **2-Objectifs spécifiques :**

- \* Evaluer la fréquence des épulis en milieu hospitalier.
- \* Dégager les caractéristiques épidémiologiques socio-démographiques et cliniques des épulis.
- \* Dégager quelques aspects de leur prise en charge.
- \* Evaluer leur traitement
- \* Faire des recommandations.

## **Patients et méthodes :**

### **I-) Lieu et cadre d'étude :**

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako nous a servi de cadre d'étude.

### **1. Description de la ville de Bamako**

#### **- Présentation**

Située à cheval sur le fleuve Niger en pleine zone soudanienne, Bamako, capitale de la République du Mali est un district selon le découpage administratif du pays.

Il compte 66 quartiers qui sont repartis entre 6 communes.

#### **-Superficie**

Couvrant une superficie de 267 Km<sup>2</sup>. Il s'étend sur 22 Km d'Est en Ouest et sur 12 Km du Nord au Sud de part et d'autre du fleuve Niger [9 ; 10].

#### **- Population**

La population est de 1.167.885 habitants répartis entre les 6 communes du district [9 ; 10].

### **2- Description du CHU-OS**

Il est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Poincaré , porte N°870 .

C'est un centre hospitalier spécialisé en OdontoStomatologie.

Centre de référence nationale, il a effectivement ouvert ses portes le 10 Février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n° 92-026 / AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu Etablissement Hospitalier Public (EPH) par la loi n° 03-23 / AN-RM du 14-07-03 [6 ; 9].

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés, en matière d'odontostomatologie
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de santé bucco-dentaire
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine d'odontostomatologie.

## **II-) Type d'enquête et période d'étude :**

Il s'agit d'une enquête rétrospective qui s'est déroulée du 01 Janvier 2004 au 31 Décembre 2006. L'étude a porté sur tous les dossiers de cas d'épulis suivis au CHU-OS de Bamako.

Après l'examen des différents dossiers, chaque patient ayant subi une intervention chirurgicale ont été soumis à un traitement médical à base d'antibiotique, d'anti-inflammatoire, d'antalgique et d'antiseptique.

Les patients dans la majorité des cas ont fait l'objet d'un suivi post-opératoire bien que parfois difficile.

### **III-) Population d'étude :**

L'étude concerne les patients ayant consulté en externe pour épulis au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale sans distinction d'âge et de sexe.

Il y avait 78 dossiers de patients sur un total de 6633 consultations soit (1,17%).

### **IV-) Echantillonnage :**

#### **-Critère d'inclusion :**

Nous avons inclu dans notre étude :

Les patients ayant consulté pour épulis dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Janvier 2004 à décembre 2006, qui avaient un dossier complet et qui ont accepté la prise en charge.

#### **-Critère de non inclusion :**

Nous avons exclu de notre étude :

Tous les patients ayant consulté pour toute autre pathologie que celle sus citée ou ayant un dossier incomplet.

### **V-) Matériel utilisé :**

- un fauteuil dentaire ;
- des miroirs plans buccaux avec manches ;
- des précelles ;
- un stérilisateur ;
- des pinces daviers ;
- une seringue à carpules ;

- de la xylocaïne 2% (anesthésie locale) ;
- bistouri ;
- des compresses ;
- du coton hydrophile ;
- de l'alcool 90° et de l'eau de javel 8° chl;
- des fiches d'enquêtes ;

#### **VI-) Le recueil des données :**

Nos sources d'information ont été :

- Les dossiers individuels des patients.
- Le registre de consultation du service.
- Le registre de compte rendu d'intervention du bloc opératoire.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire standard individuel élaboré à cet effet porté en annexe. Cette fiche a été élaborée par l'étudiant, discutée avec les collègues et corrigée par le directeur et le co-directeur de thèse.

#### **VII-) L'analyse des données :**

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel EPI INFO 6.1. Un risque alpha de 0,05% a été retenu. Une présentation tabulaire des données a été adoptée.

#### **VIII-) Faisabilité :**

##### **-Avantage :**

Avoir la prévalence hospitalière des épulis

Connaître les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des épulis

Connaître les aspects de leur prise en charge

**-Contrainte :**

Difficulté pour les patients à repasser pour le contrôle

**-Limites :**

Absence des examens anatomopathologiques pour la confirmation de la variété de l'épulis

Absence d'un bilan standard

**XIX-) 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.

**Tableau I :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'année de consultation

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
2004	27	34,62
<b>2005</b>	<b>28</b>	<b>35,89</b>
2006	23	29,49
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Il n'y avait pas une grande différence entre les 3 années.

**Tableau II :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge

<b>Tranches d'âge (en années)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
0 à 9	5	6,41
10 à 19	14	17,94
<b>20 à 29</b>	<b>23</b>	<b>29,48</b>
30 à 39	10	12,83
40 à 49	7	8,98
50 à 59	12	15,39
60 à 69	6	7,69
70 à 79	0	0,00
80 à 89	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Les tranches d'âge les plus représentées ont été celles de 20-29 ans avec 29,48 % ; de 10-19 ans et de 50-59 ans avec respectivement 17,94% ;15,38%. Les âges extrêmes ont été 2ans et 82 ans avec une moyenne d'âge de 45 ans.

**Tableau III:**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du sexe

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Féminin</b>	<b>56</b>	<b>71,79</b>
Masculin	22	28,21
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin a été prédominant (71,79%) et avec un sex- ratio de 0,39.

**Tableau IV :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du statut matrimonial

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Marié (e)</b>	<b>48</b>	<b>61,53</b>
Célibataire	28	35,91
Veuve	2	2,56
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Les mariés(e) ont été les plus représentés avec 61,53%

**Tableau V :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Bamanan</b>	<b>23</b>	<b>29,48</b>
Soninké	17	21,79
Peulh	13	16,66
Malinké	8	10,25
Minianka	4	5,12
Autres	13	16,66
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

L'ethnie Bamanan a représenté 29,48% des cas.

Les autres ont constitué 16,66%, Bobo, Sénoufo et Sonrhäi ont chacune un effectif de 3 sur 78 soit 3,84%, Dogon (2 soit 2,56%), Mossi et diaoromé ont chacune un effectif de 1 sur 78 soit 1,28%

**Tableau VI:**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Gêne fonctionnelle + Tuméfaction	15	19,23
Esthétique + Tuméfaction	6	7,70
Tuméfaction + Saignement	1	1,28
<b>Gêne fonctionnelle + Esthétique + Tuméfaction</b>	<b>56</b>	<b>71,79</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Gêne fonctionnelle + Esthétique + Tuméfaction a été le motif de consultation le plus apparent avec 71,79% et 19,23% pour gêne fonctionnelle + tuméfaction.

**Tableau VII:**

Distribution de l'effectif des patients en fonction des signes cliniques

<b>SIGNES CLINIQUES</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Tuméfaction	5	6,42
<b>Gêne fonctionnelle + Tuméfaction</b>	<b>72</b>	<b>92,30</b>
Gêne fonctionnelle + Tuméfaction + Saignement	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients avait une gêne fonctionnelle et une tuméfaction, 92,30% des cas.

**Tableau VIII :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du bilan biologique

<b>EXAMEN BIOLOGIQUE EFFECTUE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Aucun	69	88,47
<b>Glycémie</b>	<b>7</b>	<b>8,97</b>
Glycémie, NFS	1	1,28
Sérologie VIH	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

L'examen biologique a été effectué sur 11,53% des patients soit glycémie (8,97%), NFS et glycémie (1,28%), sérologie VIH (1,28%)

**Tableau IX :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du bilan radiologique

<b>Type de radiographie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Aucun	76	97,44
<b>Radiographie panoramique</b>	<b>2</b>	<b>2,56</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

La radiographie a été effectuée sur 2,56% de nos patients.

**Tableau X :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction des méthodes chirurgicales

<b>TRAITEMENT CHIRURGICAL</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Non effectué	1	1,28
Electro-exérèse	1	1,28
<b>Exérèse à froid</b>	<b>76</b>	<b>97,44</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Il y a eu 76 exérèses à froid soit 97,44%.

**Tableau XI :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du traitement médical

<b>Traitement médical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
ATB, AINS, antiseptique	2	2,56
<b>ATB, AINS, Anesthésie locale, antiseptique</b>	<b>74</b>	<b>94,88</b>
Antalgique, ATB, AINS, Anesthésie locale, antiseptique	2	2,56
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Le protocole (ATB, AINS, Anesthésie locale, antiseptique) a été le plus utilisé, 94,88 % des cas.

**NB :**

**ATB :** antibiotique

**AINS :** anti-inflammatoire non stéroïdien

**Tableau XII :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du siège de la lésion

<b>Siège de la lésion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Cadran1	20	25,64
Ligne médiane maxillaire	2	2,56
<b>Cadran2</b>	<b>21</b>	<b>26,92</b>
Cadran3	20	25,64
Ligne médiane mandibulaire	0	0,00
Cadran4	15	19,24
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

26,92% des lésions de l'épulis étaient localisées dans le cadran 2.

25,64% étaient localisées dans chacun des cadrans 1 et 3.

Il n'y avait pas de localisation au niveau de la ligne médiane mandibulaire.

**Cadran 1 : 11 à 18 (51 à 55) : 25,64% ; Cadran 2 : 21 à 28 (61 à 65) : 26,92%**

**Cadran 3 : 31 à 38 (71 à 75) : 25,64% ; Cadran 4 : 41 à 48 (81 à 85) : 19,24%**

**Tableau XIII :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction de leur occupation

<b>Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Femmes au foyer</b>	<b>38</b>	<b>48,71</b>
Scolaires	15	19,25
Agriculteurs	7	8,98
Opérateurs économiques	4	5,12
Ouvriers	4	5,12
Autres	10	12,82
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Les femmes au foyer ont représenté 48,71% des cas

Autres : secrétaire 3 sur 78 soit 3,84% ; coiffeuse et sans profession ont chacun un effectif 2 sur 78 soit 2,56% ; policière, marabout et enseignant ont chacun un effectif 1 sur 78 soit 1,28%.

**Tableau XIV :**  
Répartition de l'effectif des patients en fonction des résidences

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
<b>Commune I</b>	<b>19</b>	<b>24,35</b>
Commune II	6	7,70
Commune III	4	5,13
Commune IV	11	14,10
Commune V	14	17,96
Commune VI	18	23,07
Kati	2	2,56
Autres	4	5,13
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Les patients résidant en commune I ont représenté 24,35% ; suivis de ceux de la commune VI avec 23,07%.

La commune de Kati représentait 2,56%.

Autres : Kayes ; Nioro ; Touba ; Siby avec chacun un représentant.

**Tableau XV:**  
Distribution du siège des épulis en fonction du sexe

Siège	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Cadran1	3	17	20
Ligne médiane maxillaire	2	0	2
Cadran2	6	15	21
Cadran3	8	12	20
Ligne médiane mandibulaire	0	0	0
Cadran 4	3	12	15
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>78</b>

**Chi2 : 9,04 Non validé ; DDL : 5**

**Tableau XVI :**  
Distribution du siège des épulis en fonction de l'occupation

Siège Occupation	Cadran 1	Ligne Médiane maxillaire	Cadran 2	Cadran 3	Ligne Médiane mandibulaire	Cadran 4	Total
Femmes au foyer	12	0	13	7	0	6	38
Scolaires	1	1	3	5	0	5	15
Agriculteurs	1	0	1	4	0	1	7
Agents de Commerce	3	0	1	0	0	0	4
Ouvrier	1	1	1	0	0	1	4
Autres	6	1	2	2	0	2	13
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>78</b>

**Chi2 : 31,92 Non validé ; DDL : 25**

**Tableau XVII :**  
Distribution du siège des épulis en fonction de la tranche d'âge

Siège Tranches d'âge	Cadran1	Ligne Médiane maxillaire	Cadran2	Cadran3	Ligne Médiane mandibulaire	Cadran4	Total
0 à 9	1	1	0	3	0	0	5
10 à 19	3	0	4	2	0	5	14
20 à 29	5	0	6	8	0	4	23
30 à 39	4	1	2	1	0	2	10
40 à 49	3	0	0	2	0	2	7
50 à 59	4	0	6	1	0	1	12
60 à 69	0	0	2	3	0	1	6
70 à 79	0	0	0	0	0	0	0
80 à 89	0	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>78</b>

**Chi2 : 34,21 Non validé ; DDL : 40**

**Tableau XVIII :**

Distribution de la tranche d'âge en fonction du sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
<b>Tranches d'âge</b>			
0 à 9	2	3	5
10 à 19	5	9	14
20 à 29	6	17	23
30 à 39	2	8	10
40 à 49	2	5	7
50 à 59	3	9	12
60 à 69	1	5	6
70 à 79	0	0	0
80 à 89	1	0	1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>78</b>

**Chi2 : 4,07 Non validé ; DDL : 8**

**Tableau XIX :**

Distribution de l'effectif des patients en fonction du résultat des traitements.

Résultat	Effectif	Fréquence (%)
<b>Bon</b>	<b>77</b>	<b>98,72</b>
<b>Mitigé</b>	<b>1</b>	<b>1,28</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

77 patients opérés étaient revenus en contrôles post-opératoires.

La seule patiente non opérée avait un bon pronostic selon la surveillance.

98,72% de notre échantillon avait un bon résultat.

-Bon dans le cas où le rétablissement fonctionnel et esthétique a été effectué.

-Mitigé dans le cas où l'esthétique et la fonctionnalité ont subi un grand dommage.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

L'étude épidémio-clinique de l'épulis dans une communauté est pertinente, tant il est vrai que c'est par l'analyse rigoureuse des causes et facteurs de risques de cette pathologie qu'on parviendra à restaurer les bases d'une prophylaxie rationnelle et efficace.

### **METHODOLOGIE**

Ce type d'étude pourrait contribuer à déterminer l'épidémiologie et la clinique de l'épulis au CHU-OS de Bamako

Nous avons recensé la quasi-totalité de nos cas dans le service de stomatologie où cette étude a pu être réalisée.

Au cours de cette étude, aucun examen anatomopathologique n'a été fait ; parcequ'il n'avait pas été demandé.

### **DIAGNOTIC**

Le diagnostic des épulis 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. [18]

- Il permet de distinguer d'autres formes de tumeurs hyperplasiques, tel que le botryomycome.
- Il permet aussi de le distinguer des autres tumeurs bénignes tels que les fibromes.
- Et enfin il permettra ; de distinguer l'épulis des formes trompeuses de tumeurs malignes. [18]

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 [24].

Cet examen n'a pas été effectué dans notre service au cours de la période de cette étude.

## Aspects épidémiologiques :

### Fréquence :

Les épulis sont des tumeurs assez peu fréquentes. Le nombre de cas décrit dans la littérature est relativement faible. Dans notre étude, nous observons également une fréquence relativement faible ; sur 6633 consultations au cours de la période (de Janvier 2004 à Décembre 2006) dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de CHU-OS de Bamako ; les épulis ont une prévalence de **1,17%**.

Dans l'étude de **CH. FATY et COLL. [4 ; 5]** : la fréquence est relativement élevée, sur les 280 tumeurs bénignes des maxillaires relevées dans la période de 1991 à 1994 dans le service de stomatologie, Dakar, Sénégal ; les épulis ont représenté **34%**.

**TIENDREBEOGO** dans une étude antérieure, a relevé 120 cas d'épulis entre 1960 et 1975.

Dans quelques études sur les épulis à cellules géantes, on note une faible relativité :

- 9 cas pour **CANTALOUBE**, en Afrique de l'Ouest, en 1987 [3 ; 31]
- 49 cas pour **AUCLAIR** [1 ; 31]
- 1 cas seulement, au Japon, pour **TAKEDA** [31 ; 37]
- 124 cas entre 1985 et 1988, en Chine, au département de pathologie orale, pour **WANG** et **LEVY** [31 ; 39]
- 31 cas pour **MINIC** et **STAJCIC**, en Yougoslavie [27 ; 31]

Ce nombre de cas pourrait peut être évoquer une éventuelle prédisposition ethnique [31].

**Age :**

La tranche d'âge la plus touchée est celle des adultes jeunes (20-29) avec **29,48%**. Cependant, les épulis s'observent à tout âge.

Au cours de notre étude nous n'avons pas trouvé d'épulis congénitale ; les âges extrêmes ont été de 2 ans et 82 ans avec une moyenne d'âge de 45 ans.

Dans l'étude de **CH. FATY et COLL. [4 ; 5]** : les patients, les plus touchés sont des adultes. Les épulis s'observaient à tous les âges. Dans son étude ils n'ont pas relevé d'épulis congénitale.

**LARROQUE et COLL. [21]** ont rapporté deux cas d'épulis congénitales en 1988.

**Sexe :**

Nous avons noté une prédominance féminine dans notre étude **71,79%** avec un sex-ratio **0,39**.

En effet, l'étude de **MULLER, ALOI et NAMUR [28]** : portant sur 100 femmes gestantes compte 47 tumeurs épulidiennes ou gingivites hyperplasiques (**47%**).

Dans l'étude de **CH. FATY et COLL. [4 ; 5]** : portant sur 58 femmes il y'avait 12 femmes gravides soit **20%** présentant une épulis.

Dans notre série, nous avons relevé une seule femme enceinte sur 56 (**1,78%**) présentant une épulis.

Dans l'étude de **M.H. HAMDI. [24]**:

La fréquence de survenue de l'épulis à cellules géantes ou épulis à myéloplaxes, était plus élevée chez les garçons et ceci pendant la période de denture mixte.

Dans les études de **LACK, E.E et AL. ; de N. PATRAKAIS ; M. PETEIN ; P. MEDES da COSTA. ; de ZARBO R.J. et AL. [19 ; 29 ; 40] :**

L'épulis congénitale à cellules granuleuses a affecté 8 à 9 fois plus souvent les filles que les garçons.

**Etat civil :**

Dans notre étude les mariés(e) ont représenté **61,53%**

**Ethnie :**

L'ethnie Bamanan a été majoritaire dans notre étude avec **29,48%** des cas.

Dans l'étude de **CH. FATY et COLL. [4 ; 5] :** une nette prédominance de l'ethnie Wolof était marquée.

**Occupation :**

Les femmes au foyer et les scolaires ont été les mieux représentés avec respectivement **48,71%** et **19,23%**.

**Résidence :**

La majorité de nos patients venait du district de Bamako avec **92,32%** :

La commune I était la plus représentée avec **24,35%** des cas, suivie de la commune VI avec **23,07%** des cas.

Les **7,68%** de nos patients venaient hors du District de Bamako ; la commune de Kati seule a représenté **2,56%** des cas.

### **Localisation :**

Le maxillaire a été le plus touché avec **55,12%** des cas, avec une légère prédominance au niveau du cadran 2 (**26,92%**).

Les localisations au niveau de la ligne médiane ont été rares, seulement **2,56%** des cas.

Pour l'étude d' **O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU**. [31 : les localisations préférentielles ont été la gencive, la langue et les joues [31 ; 39] et en général, plutôt dans la région mandibulaire [26 ; 31].

D'autres localisations peuvent exister à l'extrémité articulaire de tous les os longs [26 ; 31], mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Pour l'étude de **M.H. HAMDI** [24] : l'épulis à cellules géantes, touche le maxillaire plus que la mandibule et siège en général dans la région prémolo-molaire.

L'épulis congénitale, apparaît le plus souvent au sommet de la crête alvéolaire maxillaire, plus rarement au niveau mandibulaire.

Dans les études de **LACK, E.E et AL. ; de N. PATRAKAIS ; M. PETEIN ; P. MEDES da COSTA. ; de ZARBO R.J. et AL.** [19 ; 29 ; 40] : l'épulis congénitale à cellules granuleuses est situé au niveau du maxillaire 2 à 3 fois plus fréquemment qu'au niveau de la mandibule, et préférentiellement au niveau de la région prémaxillaire (incisive latérale, canine)

## 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 dans nos milieux.

**Lantum Noni** dans son abord de la médecine traditionnelle au Cameroun [20] rappelait à juste titre que «la conception des malades par la population est influencée, voire fondée sur des croyances socioculturelles, prédisposant celle –ci à imputer le mal à autrui ou aux forces occultes».

C'est donc après l'échec des guérisseurs que les malades feront recours à l'hôpital.

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 dans **71,79%** des cas.

- 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.

Dans notre série, l'examen clinique a retrouvé :

- gêne fonctionnelle + tuméfaction dans **92,30%** des cas ;
- tuméfaction dans **6,42%** des cas ;
- gêne fonctionnelle + tuméfaction + saignement dans 1,28% des cas.

Le mode d'implantation pédiculé a été le plus fréquemment retrouvé dans notre étude.

Dans l'étude de **TIENDREBEOGO J.-A. [38]** et celle de **CH. FATY et COLL.**

Le mode d'implantation pédiculé est le plus fréquemment retrouvé.

Pour l'étude de **DELIBEROS J., [8]** Il y aurait trois types d'implantation :

- une implantation pédiculée ;
- une implantation sessile ;
- une implantation ligamentaire.

Dans notre série quelques cas d'épulis volumineuses ont été observés.

**CANTALOUBE et COLL. [3 ; 21]** rapportent neuf cas épulis géantes observés en Afrique de l'Ouest allant de la taille d'une noix de cola (3 à 4 cm) à celle d'une orange (8 à 9 cm).

Dans l'étude d' **O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU. [31]** : les épulis à cellules géantes, se présentent sous la forme d'une masse tissulaire en général pédiculée, parfois sessile, plus ou moins vascularisée et volumineuse.

La douleur est variable. La résorption radiculaire est possible.

Dans les études **LACK, E.E et AL. ; de N. PATRAKAIS ; M. PETEIN ; P. MEDES da COSTA. ; de ZARBO R.J. et AL. [19 ; 29 ; 40]** : l'épulis congénitale à cellules granuleuses : est pluri focale dans plus ou moins 10% des cas.

**Dans l'étude M.H. HAMDI [24]** c'est une pseudotumeur sessile ou pédiculée, circonscrite le plus souvent, implantée sur la gencive marginale.

**Dans leur étude d'OUM KELTOUM ENNIBI ; FAIZA BENFDIL ; BOUCHRA TALEB ; MERYEM AMRANI ; NAJI BENZARTI.[30]** : l'épulis est souvent pédiculée, contournable par une sonde ou même être mobilisée entre deux doigts, mais parfois elle est sessile. Il s'agit de tuméfaction indolore ne s'accompagnant jamais d'adénopathies satellites, ni d'anesthésie loco-régionale. On ne note jamais dureté ligneuse ni induration.

#### **Examens biologiques :**

Seulement les **11,53%** qui ont effectué l'examen biologique.

Dans l'étude d' **O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU. [31]** : la ponction ne donne aucun contenu liquidien.

La numération et la formule sanguine sont sans anomalie.

### **Examens radiologiques :**

Presque la quasi-totalité de nos patients soit **97,43%** n'ont pas effectué l'examen radiologique ; les **2,56%** restants ont effectué une radiographie panoramique.

L'examen radiologique rétro alvéolaire ne montre en général aucune image particulière [31].

L'examen par cliché mordu occlusal ou par cliché de la face (nez front plaque et face profil) ne montre aucun refoulement des corticales osseuses [31].

A l'examen radiologique, si la base d'implantation est osseuse, on peut observer une alvéolyse au niveau de la zone concernée [30].

Une échographie anténatale peut faire suspecter une malformation de la cavité buccale [29].

## Aspects étiologiques :

La pathogénie de l'épulis est mal connue [26 ; 31]. Elle correspondrait à une métaplasie du tissu conjonctif [7 ; 31].

L'étiologie la plus fréquente semble être une irritation chronique en marge d'une lésion inflammatoire [3 ; 7 ; 31].

On retrouve parfois des troubles de la crase sanguine associés ; plus particulièrement un allongement du temps de saignement ou du temps de coagulation [7 ; 31] on peut les retrouver associés à certaines pathologies d'ordre général : hémophilie et hémogénie, auto-intoxications, grossesse et ménopause, pathologies hépatiques, thyroïdiennes et parathyroïdiennes, avitaminoses, intoxication à l'oxyde de carbone ou au bismuth. [31]

Les épulis peuvent être considérés comme la réparation anormale d'une lésion de la muqueuse gingivale, suite à une agression mécanique ou biologique [4 ; 5 ; 34].

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 [12].

La cellule de Schwann semble être considérée comme la cellule souche de la plupart des myoblastomes à cellules granuleuses (M.C.G) ; l'histogénèse de l'épulis congénitale à cellules granuleuses (E.C.C.G.) est encore un sujet de controverse.[29]

Dans leur article, **FUHR et KROGH [14 ; 29]** esquissent les 5 principales théories sur l'histogénèse de l'E.C.C.G. (épulis congénitale à cellules granuleuses) : odontogénique, fibroblastique, histiocytaire, myoblastique, neurogénique.

Dans notre étude, une femme enceinte a présenté une épulis de type vasculaire cliniquement.

**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, nous avons remarqué une prédominance d'épulis inflammatoires liée au manque d'hygiène bucco-dentaire et au faible niveau d'information de nos populations.

## Aspect thérapeutique :

### Traitement :

Au CHU-OS le traitement de l'épulis par exérèse chirurgicale a été la méthode de choix ; cependant, un traitement incomplet comporte un risque de récurrence de la tumeur. [4 ; 5 ; 22 ; 33]

Ce traitement chirurgical est toujours accompagné par un traitement médical à base d'antibiotiques, anti-inflammatoires, antiseptique, antalgique...

L'anesthésie locale 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 le traitement médical et la mise sous surveillance, le traitement chirurgical a été effectué chez tous les patients soit **98,72%** des cas.

L'exérèse est souvent hémorragique, surtout dans les épulis vasculaires imposant une pratique où les techniques d'hémostase doivent être maîtrisées par le praticien.

Dans l'étude d' **O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU. [31]** : le traitement est fort simple dans le principe et consiste en une biopsie exérèse totale de la tumeur.

L'anesthésie peut être une simple anesthésie locale ou loco-régionale. Parfois, une anesthésie générale serait plus adaptée, lorsque la reconstruction est délicate, lorsque des soins multiples sont à envisager ou lorsque le patient risque d'être agité (par exemple dans le cas des enfants).

Cette méthode de choix de traitement des épulis est semblable à celle de l'étude de [4], [5], et de [30].

### **Evolution :**

Les patients étaient revus en consultation à sept jours et à trois semaines après l'intervention.

Dans notre étude nous n'avions observé aucun cas de complication après l'exérèse.

### **Résultats :**

Les résultats tant esthétiques que fonctionnels, ont été satisfaisants. A terme, les malpositions dentaires se sont atténuées du fait de la disparition de l'origine de celles-ci (masse tumorale) et de la pression de la langue sur les faces linguales de ces dents.

Un seul cas de récurrence a été observé dans notre étude soit **1,28 %**.

### **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 [13 ; 27 ; 31] sont des facteurs de pronostic défavorables [31].

Dans notre étude presque la quasi-totalité de nos patients avaient un bon pronostic soit **98,72 %** des cas, sauf un seul cas dont le pronostic était incertain (1,28%).

La seule femme enceinte au cours de notre étude avait un très bon pronostic.

Dans l'étude d' **O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU. [31]** : le pronostic a été excellent. 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.

Les limites de notre étude sont celles d'une étude sans biopsie. Cependant, on peut en tirer des renseignements précieux pour orienter la lutte contre l'épulis au CHU-OS de Bamako.

## Conclusion :

L'épulis est une pathologie qui existe au Mali. Dans notre étude, nous avons enregistré 78 cas d'épulis sur 6633 consultations soit un taux de **1,17%**.

Elle touche surtout les adultes jeunes avec une fréquence de 29,48%.

La prédominance a été féminine avec un sex-ratio **0,39**. Les femmes au foyer ont représenté 48,71% avec 55,12% d'atteinte du maxillaire.

L'étiopathogénie de cette entité n'est pas complètement claire mais l'élimination des facteurs d'irritation locale est primordiale avant tout traitement chirurgical et l'extraction des dents causales, qui restent de nos jours encore les traitements les plus utilisés malgré le risque de récurrence.

Leur fréquence en pratique quotidienne impose au chirurgien dentiste une meilleure maîtrise du traitement afin d'assurer la prévention par la promotion de l'hygiène bucco-dentaire et le suivi des soins dentaires.

L'épulis, est de diagnostic facile ; cependant, une biopsie s'avère nécessaire pour écarter toute tendance de malignité.

## **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 du Mali :**

- 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 au Mali.
- 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-OS) :**

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.
- 3- suivre correctement les patients ayant eu des soins.

## **Bibliographie**

**1-AUCLAIR (G.L.), CUENIN (P.), KRATOCHVIL (F.J.), SLATER (I.J.), ELLIS (G.L.).**

- A clinical and histomorphology comparison of the central giant cell granuloma and the giant cell tumor

-Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. 1988. 66 .2. 197-208.

**2- C. MADRID, K. BOUFERRACHE, P. MOLLER**

La revue de formation continue

Revue médicale Suisse

Numéro de revue : 89 ; numéro d'article : 31833

<[revue.medhyg.ch/Images/31833\\_3.gif](http://revue.medhyg.ch/Images/31833_3.gif)> (consulté le 12 Mai 2008)

**3- CANTALOUBE (D.), LARROQUE (G.), N'DIAYE (R.), RIVES (J.M.), SEURAT (P.)**

-Quelques cas d'épulis géantes observées en Afrique de l'Ouest

-Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac... 1987. 88. 6. 461-466

**4- Ch. FATY N'DIAYE (1) ; B. DIALLO (1) ; S. DIATINE (1) ; G. LARROQUE (1) ; H. SPIERZGLAS (2) et A.M. COLL. SECK (3) (4)**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : BULLETIN DE LA SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

**LES TUMEURS BENIGNES DES MAXILLAIRES :**

Les épulis au Sénégal

N° 5 ; 1995. Vol : 88. P244/247.

**5- Ch. FATY N'DIAYE ; B. DIALLO ; S. DIATINE ; G. LARROQUE ; H. SZPIRGLAS.**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : AOS. ACTUALITES ODONTO-STOMATOLOGIQUES

Les épulis au Sénégal : revue de 96 cas (1991-1994). N° 195, septembre 1996.

P475/481.

**6- C.N.O.S**

Conseil d'administration

Budget programme 2006

**7- DECHAUME (M.)**

Précis de stomatologie

Masson-Paris-1966

**8- DELIBEROS (J.).**

Pathologie des dents et du parodonte.

Paris, J. B. Baillière, édit. ,1959.

**9- DEMBELE A.**

Etude épidémio-clinique de la candidose bucco pharyngée au Centre National d'Odonto Stomatologie (CNOS) de Bamako à propos de 84 cas.

Thèse médecine 2007 N° 07-M-230 P 42 ; 43.

**10- DIAKITE A.**

Les facteurs de mortalité néonatale infantiles et juvéniles dans la commune III du district de BAMAKO

Thèse médecine 2005 N° 228 P62.

**11- DIARRA C.A.T.**

Approche épidémiologique sur les tumeurs du massif facial dans le service d'Odonto Stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati : 100 cas.

Thèse médecine 2007 N° 07-M-18 P 61 ; 64.

**12- E. BOUCHER ; F. SIMON ; B. PETITJEAN ; T. CRUEL ; M.L. BIGOT  
– DORDAIN ; M. ARBORIO.**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : LA PRESSE MEDICALE : (1983)

Epulis acquis de l'adulte.

N° 20, 10 juin 2000. Vol: 29. P1154.

**13- FICARRA (G.), KABAN (L.B.), HANSEN (L.S.)**

-Central giant cell lésions of the mandible and maxilla : a clinicopathologic and cytometric Study

-Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol....1987. 64. 1. 44-49.

**14- FUHR A. H., KROGH P.H.J.**

-Congenital epulis of the newborn: centennial review of literature and a report of case. J. Oral Surg, 1972 ; 30. 30-35.

**15- GEORGE LASKARIS ; D.D.S ; M.D**

Atlas des maladies buccales

2° édition, revue et augmentée, traduite de l'anglais par **Jack Laufer.**

Flammarion. Paris. 1994. P50 ; 340.

**16- GEORGES LE BRETON**

Traité de sémiologie et clinique Odonto-Stomatologique.

Editions CDP. 1997. P351.

**17-GUALVERIS ROSALES SANCHEZ**

Epulis congénitale horreur de la cuire.

<[w.w.w.cadenagramonte.cubaweb.cubaweb.Cu/images/epulis.jpg](http://w.w.w.cadenagramonte.cubaweb.cubaweb.Cu/images/epulis.jpg)> (consulté le 12 Mai 2008).

**18- J. P. LEZY ; G. PRINC.**

Pathologie maxillo-faciale et Stomatologie.

ABREGES ; 3<sup>o</sup> édition, revue et complétée.

Masson, Paris 1997, 2004.

**19- LACK, E.E. et al.** – Gingival granular cell tumor of the newborn (congenital epulis).

A clinical and pathologic study of 21 patients.

Am.J.Surg.Pathol., 1981 ; 5 ; 37-46.

**20- LANTUM. N.**

Oracles or special powers, traditional medicine men of Cameroon. The case of bui division.

1985 ; public health unit, UCHS/CUSS. Yaoundé.

**21- LARROQUE (G.), CANTALOUBE (D.), N'DIAYE (R.), RIVES (J.M.) & SAURAT (P.).**

Quelques cas d'épulis géantes observées en Afrique de l'Ouest. Rev. Stomatol. Chir. Maxillo- Faciale, 1987, 6, 461-466.

**22- LEBIHAN (P.).**

Contribution à l'étude de l'épulis.

Thèse Chir. Dent., Nantes, 1978, 763.

**23- M. DECHAUME ; M. GRELLET ; P. LAUDENBACH ; J. PAYEN**

Précis de stomatologie

Cinquième Edition Entièrement Refondue. Masson, Paris. New york. Barcelone. Milan, 1980.

**24- M.H. HAMDI.**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : MAGHREB MEDICAL

Faculté de Médecine Dentaire de Monastir-Tunisie

A propos des épulis gingivales

N°294 ; Août 1995 ; P30/34.

**25- MALADIERE E, BADO F et MENINGAUD JP.**

Examen Clinique en Stomatologie

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie/Odontologie – Tome 8

22-010. A-10, 1999, 6P.

**26- MARUNO (M.), YOSHIMINE (T.), KUBO (T.), HAYAKAWA (T.)**

A case of giant cell reparative granuloma of the petrous bone: démonstration of the proliferative component-Surg.Neurol ..1997,48,1,64-68.

**27- MINIC (A.), STAJCIC (Z.)**

Prognostic significance of cortical perforation in the recurrence of central giant cell granulomas of the jaws

J. Craniomaxillofac.Surg.1996, 24,2, 104-108.

**28- MULLER (M.), ALOI (J.L.) & NAMUR (E.).**

A propos de 4 cas de gingivite hyperplasique au cours de contraception par oestroprogestatifs.

Bull. Féd., Gyn .et Obst. Fran., 1969, 21, 323-330.

**29- N. PATRAKAIS ; M. PETEIN ; P. MEDES da COSTA.**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre Général : ACT STOMATOLOGICA BELGICA

Epulis congénitale à cellules granuleuses:

Description d'un cas et revue de la littérature

1994, 91, P35/47.

**30- OUM KELTOUM ENNIBI ; FAIZA BENFDIL ; BOUCHRA TALEB ;  
MERYEM AMRANI ; NAJI BENZARTI.**

INSTITUT DE L'INFORMTION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : AOS. ACTUALITES ODONTO-STOMATOLOGIQUES

Les épulis : aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques

N° 207, Septembre 1999, P367/377.

**31- O. LECONTE ; J. GUILLOTREAU.**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : MEDECINE ET ARMEES

Epulis à cellules géantes

A propos d'un cas traité au KOSOVO au sein du groupe médicochirurgical

2001, 29, 2, 103-107.

**32- POURIER J, COHEN I, GAUDET J.**

Embryologie Humaine,

Maloine 1985, Paris = 233-259

**33- RAS (T.) et PREIN (J.).**

INSTITUT DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Titre périodique : AOS. ACTUALITES ODONTO-STOMATOLOGIQUES

Differential diagnostic of epulis types changes in the mouth. Swiss Dent.,

1992, 13, 21-27.

**34- RIOU.**

Sémiologie buccale et péri-buccale.

Paris, Maloine, 1987.

**35- SANSON J. et KUFFER R.**

Stomatites bactériennes non spécifiques.

Fncycl. Méd. Chir. (Paris –France) Stomatologie I. 22045-A10 11-1985, 6P.

**36- SERBAN TALPOS, MARIUS RAICA, EMANOIL POPA**

Evaluation d'angiogenèse d'Immunohistochemical dans le diagnostic gingival de tumeurs.

<[w.w.w.jmed.ro/art9taloos\\_files/Image001.jpg](http://w.w.w.jmed.ro/art9taloos_files/Image001.jpg)> (consulté le 12 Mai 2008).

**37- TAKEDA (Y.), KANEKO (R.), SUZUKI (A.), NIITSU (J.).**

Giant cell fibroma of the oral mucosa. Report of a case with ultrastructural study.

- Acta Pathol. Jpn. 1986, 36, 10, 1571-1576.

**38- TIENDREBEOGO (J.A.).**

Contribution à l'étude des épulis en milieu africain à Dakar.

Thèse Chir. Dent., Dakar, 1976, 42.

**39- WANG (Z.), LEVY (B.).**

Clinico-pathological study on giant cell fibroma of oral mucosa.

Chung Hua Kuo Chiang Hsueh Tsa Chih.

1995, 30, 6, 332-333.

**40- ZARBO R.J. et al.**

Congenital gingival granular cell tumor smooth muscle cytodifferentiation.

Oral Surg., 1983 ; 56 :512-520.

## Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur **78** cas d'épulis colligés dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako de **janvier 2004 à décembre 2006**.

L'étude a porté sur un échantillon dont **71,79%** étaient des femmes avec un sex-ratio de **0,39**.

L'objectif était de déterminer la fréquence des épulis en fonction du sexe ; l'âge ; de l'occupation ; de l'ethnie et de la résidence des patients.

Les tranches d'âges de 10-19 ans (**17,94%**) ; de 20-29 ans (**29,48%**) et de 50-59 ans (**15,38%**) ont été les plus touchées.

Les patients du district de Bamako ont représenté **92,32%** avec une prédominance au niveau de la commune I (**24,35%**) ; suivie de ceux de la commune VI (**23,07%**) et les ruraux de la région de Koulikoro (**5,12%**) étaient les plus concernés. L'ethnie Bamanan a représenté **29,48%** des cas; les femmes au foyer **48,71%** .Le cadran 2 était le plus touché dans **26,92%** cas.

La chirurgie a été la méthode thérapeutique utilisée ; complétée par le traitement médical.

Au cours de cette étude il n'y a pas eu d'examen anatomopathologique.

**MOTS CLES : Epulis, épidémiologie, clinique**

**FICHE D'ENQUETE**

N° DOSSIER :...

Date de consultation -

**I- IDENTIFICATION**

Nom ----- Prénom (s) -----  
Age ----- Sexe -----  
Résidence ----- Profession -----  
Nationalité ----- Ethnie -----  
Statut matrimonial -----

**II- MOTIFS DE CONSULTATION**

Douleur  Gêne fonctionnelle  Esthétique   
Tuméfaction  Saignement  Autres

**III- DESCRIPTION CLINIQUE :**

**SIÈGE DE LA LÉSION :**  
Maxillaire supérieur : Cadran 1  Ligne médiane  Cadran 2   
Maxillaire inférieur : Cadran 3  Ligne médiane  Cadran 4

**IV - DIAGNOSTICS :**

**CLINIQUE :**  
Douleur  Gêne fonctionnelle   
Tuméfaction  Saignement

**PARA CLINIQUE :**

Examen anatomopathologique : Oui  Non

Si oui, le résultat : .....

Examens biologiques : Oui  Non

Si oui, préciser : .....

Examens radiologiques : Oui  Non

Si oui, préciser : .....

## V- CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

**CHIRURGICALE :** .....

### **MÉDICALE :**

Antiseptique

Antalgique

ATB

AINS

AIS

Antipyrétique

Topique

Psychotrope

Anesthésique

Adjuvant

**HOSPITALISATION :** Oui  Non

**REMARQUE :** Oui  Non

**VI- ÉVOLUTION**

A court terme : Favorable

Défavorable

Complication

A long terme : Favorable

Défavorable

Complication

**VII- SÉQUELLES** : Oui  Non

Si oui préciser : .....

**VIII- PRONOSTICS** : Mauvais  Bon

**Fiche analytique**

**Nom : KONE**

**Prénom : CHAKA**

**Année de soutenance : 2007-2008**

**Titre de la thèse :**

*Etude épidémiologique et clinique des épulis dans le service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako de janvier 2004 à décembre 2006 (78 cas)*

**Ville de soutenance : Bamako.**

**Pays d'origine : Mali.**

**LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.**

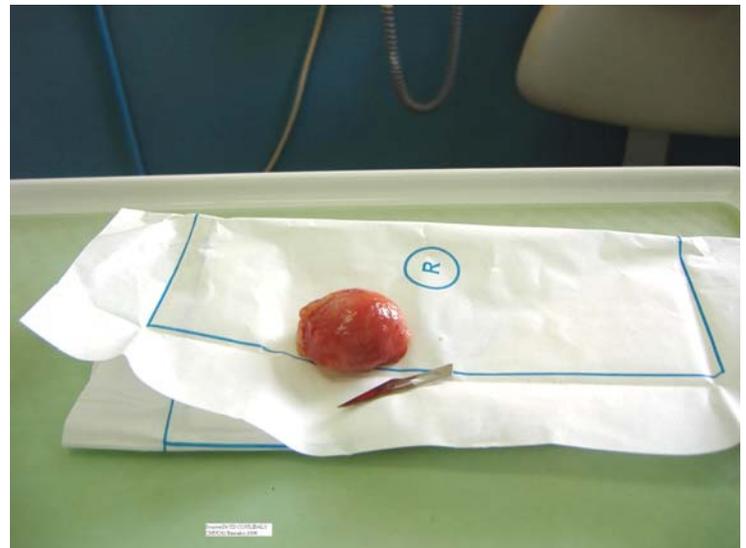
**Secteurs d'intérêt : ODONTO-STOMATOLOGIE, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE, CHIRURGIE CERVICO-FACIALE et ANATOMOPATHOLOGIE.**



**Localisation de l'épulis (cadran 1, versant palatin)**

**pièce opératoire**

**PHOTO 1, Source : photo prise par Dr TD Coulibaly CHUOS/Bamako 2007**



**Localisation de l'épulis (cadran 3, versant lingual)**

**pièce opératoire**

**PHOTO 2, Source : photo prise par Dr TD Coulibaly CHUOS/Bamako 2008**



Localisation de l'épulis (cadran 3, versant vestibulaire)



pièce opératoire et cinq dents

**PHOTO 3, Source : photo prise par Mr C. Koné étudiant thésard**

**CHUOS/Bamako 2008**



Localisation de l'épulis (ligne médiane mandibulaire, versant lingual)

pièce opératoire

**PHOTO 4, Source : photo prise par Dr TD Coulibaly CHUOS/Bamako 2008**





**Localisation de l'épulis  
(ligne médiane maxillaire, versant vestibulaire)**

**pièce opératoire et trois dents**

**PHOIO 5, source : photo prise par Dr TD Coulibaly CHUOS Bamako 2008**



**Immédiatement après exérèse**

**Une semaine après exérèse et suture**



*Source : photo prise par Dr TD Coulibaly CHUOS/Bamako 2008*



*Source : photo prise par Mr C.Koné étudiant thésard au  
CHUOS/Bamako 2008*

### *Serment d'Hippocrate*

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.