

Fait clinique

REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE

Association Malagasy de Chirurgie



Epulis congénitale. A propos d'un cas.

Randriamanantena T^{*1}, Raotoson H², Ndalana DM³,
Razafindrabe JAB⁴

¹Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Andrainjato, Fianarantsoa, Madagascar

²Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Mahavoky, Mahajanga, Madagascar

³Service de Neurochirurgie, CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

⁴Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU-JDR Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'épulis congénitale est une tumeur bénigne rare de la cavité buccale du nouveau-né. Malgré sa bénignité, elle peut mettre en jeu le pronostic vital en provoquant une détresse respiratoire et une gêne à l'alimentation quand elle volumineuse et obstructive. Nous en rapportons un cas chez une nouveau-née d'une semaine. La localisation était inhabituellement mandibulaire. L'exérèse de la lésion, faisant 9cm de grand axe, pédiculée était facilement réalisée sous anesthésie locale. La prise en charge de cette localisation particulière est discutée à la lumière des données de la littérature.

Mots clés: Épulis congénitale; Nouveau-né; Tumeur de la gencive

Titre en Anglais: Congenital epulis. Report of a case.

Abstract

Congenital epulis is a rare benign tumor of the newborn's oral cavity. Despite its benign nature, it can be life-threatening by causing respiratory distress and discomfort when eating if it is huge and obstructive. We are reporting a case in a week old newborn baby. The localization was unusually mandibular. The excision of the lesion, 9cm in size, pediculated was easily carried out under local anesthesia. The management of this particular location is discussed in the light of data from the literature.

Key words: Congenital epulis; Gingival neoplasm; Newborn

Introduction

L'épulis congénitale ou tumeur gingivale à cellules granuleuses est une tumeur gingivale rare du nouveau-né [1]. Bien qu'elle soit bénigne, elle peut mettre en jeu le pronostic vital dans les cas où elle est volumineuse et obstructive. Elle siège habituellement au niveau de la gencive maxillaire et il existe une prédominance féminine [1,2]. Nous rapportons un cas de siège mandibulaire chez une nouveau-née d'une semaine. Notre objectif est de décrire la prise en charge de cette localisation particulière à la lumière des données de la littérature.

Observation

Il s'agissait d'une nouveau-née âgée d'une semaine, troisième enfant issue d'une mère âgée de 30 ans en bonne santé apparente. Elle pesait 3.200g à la naissance avec un score d'Apgar de 9/10. La grossesse s'était bien déroulée et la tuméfaction n'avait pas été détectée lors de l'échographie à la 22^{ème} semaine de grossesse. L'examen clinique montrait une tuméfaction gingivale mandibulaire, de couleur rose bleuâtre, ferme, pédiculée, mesurant 9cm de grand axe, obstruant l'ouverture buccale (figure 1). Une gêne à l'alimentation était notée obligeant les parents à la nourrir avec une cuillère. Il n'y avait pas de signe respiratoire. Une exérèse chirurgicale immédiate sous anesthésie locale suivie d'une cautérisation au bistouri électrique était indiquée (figure 2). Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique de la pièce opératoire concluait en une épulis congénitale à cellules granuleuses. L'enfant avait pu poursuivre une alimentation par allaitement maternel exclusif et sa courbe de croissance était normale. Aucune récurrence n'était constatée au recul de cinq mois.

Discussion

L'épulis congénitale ou tumeur gingivale à cellules granuleuses est une tumeur néonatale bénigne rare. Elle est dé-

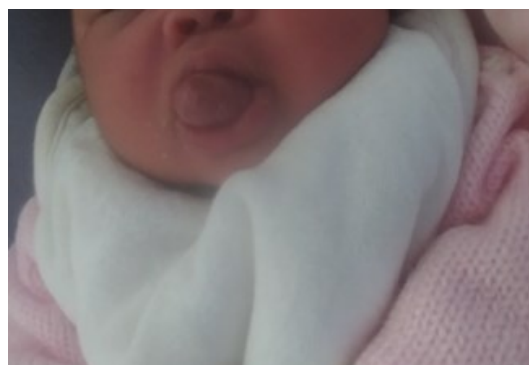


Fig.1: Tuméfaction gingivale mandibulaire obstruant l'ouverture buccale



Fig.1: Site opératoire après exérèse tumorale et cautérisation au bistouri électrique

crite pour la première fois par Neumann en 1871 [1]. En 1993, Zucker et Buenechea ont rapporté 195 lésions chez 167 nouveau-nés [2]. Elle est l'apanage du nourrisson, particulièrement de sexe féminin avec une proportion de 10/1 [3]. Elle se développe le plus souvent aux dépens de la muqueuse de la crête alvéolaire maxillaire, plus rarement mandibulaire ou en extra-alvéolaire [3]. L'étiologie exacte reste encore inconnue mais plusieurs théories sont

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: tahiri.maxillo@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Andrainjato, Fianarantsoa, Madagascar

suggérées, à savoir myoblastique, neurogène, odontogène, fibroblastique, histiocytaire ou endocrinienne [4]. Le diagnostic est généralement posé en postnatal par la découverte d'une protrusion tumorale au niveau de la cavité buccale, le plus souvent solitaire. La visualisation échographique in-utero de la tumeur reste possible à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée. La découverte à la naissance est fréquente dans le contexte d'un pays en développement et constitue une situation difficile pour les parents [3,5]. Cette tumeur n'est pas agressive mais peut altérer certaines fonctions du nouveau-né par une occlusion mécanique de la cavité buccale gênant ainsi la fermeture de la bouche, la respiration et l'alimentation orale [6]. Macroscopiquement, elle se présente sous la forme d'un nodule rond ou ovale, d'implantation sessile ou plus rarement pédiculée, à surface lisse, recouverte d'une muqueuse saine. La taille est variable, allant de quelques millimètres à 9cm de grand axe [7]. A part le seul fait de la présente de la tuméfaction, l'autre principal motif de consultation est la gêne à la succion et à la respiration. Elle se distingue des autres tumeurs à cellules géantes par sa localisation exclusivement gingivale, la présence d'un épithélium typique de la muqueuse gingivale, la vascularisation du stroma tumoral riche en collagène, l'absence de composants nerveux et le profil immunohistochimique caractérisé par l'absence d'expression de la protéine S-100 [5,8]. Elle est trois fois plus fréquente au niveau de la gencive maxillaire que mandibulaire comme dans notre cas. Elle est souvent isolée même si quelques cas de localisations multiples ont été rapportés. L'examen anatomopathologique montre de larges cellules rondes ou polygonales centrées par des noyaux ronds ou ovalaires, avec un cytoplasme granulaire et un stroma tumoral. L'exérèse chirurgicale représente l'essentiel du traitement. Elle peut être effectuée en urgence en cas de tumeur volumineuse, obstructive, interférant avec la respiration ou en cas d'hémorragie importante [9]. L'anesthésie générale est de règle pour les lésions volumineuses ou multiples. L'anesthésie locale, comme dans notre cas, est faisable pour les lésions de plus petite taille et pédiculée [1,4,10]. La principale complication chirurgicale est l'hémorragie, surtout en cas de tumeur sessile. De même, une exérèse large peut

compromettre l'éruption physiologique des dents [5,11]. Certains auteurs ont eu recours à l'électrocautérisation ou au laser CO2 pulsé [12]. Sur le plan évolutif, aucune dégénérescence ni récurrence ne sont décrites même après exérèse incomplète. Pour les lésions de petite taille, l'abstention thérapeutique avec surveillance régulière peut être proposée, car bien que rare, une régression par nécrose spontanée est possible [1,6].

Conclusion

L'épulis congénitale crée souvent un choc psychologique chez les parents. Elle est non agressive si elle est non obstructive. La localisation mandibulaire est inhabituelle. Les formes pédiculées et de petite taille peuvent être traitées facilement sous anesthésie locale.

Références

- 1- Nouri S, Mahdhaoui N, Bouafsoun C, Zakhama R, Omezzine M, Yaacoubi MT, et al. Epulis congénitale obstructive à double localisation. À propos d'une observation chez un garçon. Arch Pediatr 2008; 15: 1083-6.
- 2- Zucker RM, Buenechea R. Congenital epulis: review of the literature and case report. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 1040-3.
- 3- Mc Guire TP, Gomes PP, Freilich MM, Sándor GK. Congenital epulis: a surprise in the neonate. J Can Dent Assoc 2006; 72: 747-50.
- 4- Bilen BT, Alaybeyoglu N, Arslan A, Türkmen E, Aslan S, Celik M. Obstructive congenital gingival granular cell tumour. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004; 68: 1567-71.
- 5- Messina M, Severi FM, Buonocore G, Molinaro F, Amato G, Petraglia F. Prenatal diagnosis and multidisciplinary approach to the congenital gingival granular cell tumor. Pediatr Surg 2006; 41 :35-8.
- 6- Kumar B, Sharma SB. Neonatal oral tumors: congenital epulis and epignathus. J Pediatr Surg 2008; 43: 9-11.
- 7- Wettebole A, Bayet B, Veykmans F, Gosseye S, Vanwijck R. Congenital epulis of the newborn. Acta Chir Belg 2003; 103: 235-7.
- 8- Châari Ch, Hachicha LM, Ben Khoud N, Ellouze S, Karray F, Abbes K, et al. Une tumeur gingivale congénitale rare. Ann Pathol 2009; 29: 485-7.
- 9- Kumar B, Sharma SB. Neonatal oral tumors: congenital epulis and epignathus. J Pediatr Surg 2008; 43: 9-11.
- 10- Williams RW, Grave B, Stewart M, Heggie AA. Prenatal and postnatal management of congenital granular cell tumours: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg 2009; 47: 56-8.
- 11- Song WS, Kim JW, Kim YG, Ryu DM. A case report of congenital epulis in the fetus. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 135-7.
- 12- Lapid O, Shaco-Levy R, Krieger Y, Kachko L, Sagi A. Congenital epulis. Pediatrics 2001; 107: E22.