

Case report

Granulome périphérique à cellules géantes: à propos d'un cas et revue de littérature



Peripheral giant-cell granuloma: case study and literature review

Samir Mainassara Chekaraou^{1,&}, Soukayna Bahbah¹, Saliha Chbicheb¹

¹Service d'Odontologie Chirurgicale, CCTD-Rabat, Faculté de Médecine Dentaire, Rabat, Maroc

[&]Auteur correspondant: Samir Mainassara Chekaraou, Service d'Odontologie Chirurgicale, CCTD-Rabat, Faculté de Médecine Dentaire, Rabat, Maroc

Received: 22 Oct 2019 - Accepted: 28 Oct 2019 - Published: 16 Feb 2020

Domain: Stomatology

Mots clés: Granulome périphérique à cellules géantes, diagnostic, prise en charge

Résumé

Le granulome périphérique à cellules géantes est une lésion non néoplasique de la muqueuse buccale sans potentiel dégénératif. Son étiopathogénie reste incertaine, il s'agit probablement d'une lésion réactive causée par des irritants locaux chroniques ou un traumatisme plutôt que d'une véritable tumeur. Cliniquement, il s'agit d'une lésion pédiculée sessile ou à base large, bleuâtre à pourpre-rouge, charnue ou une tuméfaction ferme avec une surface fréquemment ulcérée. La tuméfaction est le symptôme le plus fréquent. La lésion est indolore. Histologiquement, le granulome périphérique à cellules géantes est caractérisé par une prolifération non encapsulée de cellules mononucléaires en forme de fuseau et polygonale avec des cellules géantes multinuclées de type ostéoclastiques dans un fond vasculaire. Le traitement repose sur une biopsie exérèse de la lésion, le diagnostic est confirmé par un examen anatomopathologique. L'objectif de ce travail est de présenter la prise en charge d'un granulome périphérique à cellules géantes chez un patient âgé de 64 ans.

Case report | Volume 2, Article 53, 16 Feb 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.53.20768

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/53/full>

© Samir Mainassara Chekaraou et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Peripheral giant-cell granuloma is a non-neoplastic lesion of the oral mucosa without degenerative potential. Its etiopathogenesis is uncertain, it is probably a reactive lesion caused by local chronic irritations or traumas rather than by a tumor. Clinically, it is a bluish to purple-red, fleshy, pediculated sessile or broad based lesion or a firm swelling with frequently ulcerated surface. Swelling is the most common symptom. The lesion is painless. Histologically, peripheral giant-cell granuloma is characterized by a non-encapsulated proliferation of spindle-shaped or polygonal-shaped mononuclear cells associated with osteoclast-like multinucleated giant cells immersed in a vascular stroma. Treatment is based on excisional biopsy of the lesion; diagnosis is confirmed by the anatomic-pathological examination. The purpose of this study was to report the management of a patient aged 64 years with peripheral giant-cell granuloma.

Key words: Peripheral giant cell granuloma, diagnosis, management

Introduction

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG) est une lésion non néoplasique de la muqueuse buccale ou linguale attachée à la gencive ou à la muqueuse alvéolaire. Le GPCG se caractérise par une croissance rapide avec une tendance à la récurrence (environ 10% des cas). L'étiologie exacte du GPCG n'est pas définitivement élucidée [1]. Il s'agit probablement d'une lésion réactive causée par un irritant ou un traumatisme local chronique [2]. L'aspect clinique et histologique de cette lésion et se distingue des différentes formes à savoir: le granulome pyogénique, le fibrome périphérique, le fibrome ossifiant. Nous rapportons le cas d'un granulome périphérique à cellule géante.

Patient et observation

Un homme de 64 ans sans antécédent pathologique, a consulté pour une tuméfaction gingivale, au Service d'Odontologie Chirurgicale du Centre de Consultation et de Traitement Dentaire de Rabat, apparue depuis 3 à 4 mois. L'interrogatoire et l'examen exobuccal étaient sans particularité. A l'examen endobuccal on notait la présence d'une tuméfaction violacée, pédiculée et de consistance ferme et indolore, sur la crête alvéolaire du secteur antérieur droit

mesurant 1,6*1cm de grand axe (Figure 1). La radiographie rétro-alvéolaire était sans particularité. Le traitement a consisté une exérèse chirurgicale de la lésion jusqu'à sa base d'implantation osseuse sous anesthésie locale, suivi d'un curetage alvéolaire (Figure 2). L'hémostase a été assurée au bistouri électrique, et des sutures hermétiques ont été réalisées (Figure 3). L'examen anatomic-pathologique était caractérisé par une prolifération non encapsulée de cellules mononucléaires en forme de fuseau et polygonales avec des cellules géantes multinuclées de type ostéoclastique dans un fond vasculaire. Il a confirmé le diagnostic d'un granulome périphérique à cellules géantes (Figure 4). Le contrôle clinique postopératoire, effectué une semaine après l'intervention, montre une bonne cicatrisation muqueuse (Figure 5).

Discussion

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG) est une lésion non néoplasique qui provient du tissu conjonctif, du périoste ou du ligament parodontal en réponse à une irritation locale ou un traumatisme chronique [3]. Son étiologie demeure encore non déterminée. Les extractions dentaires compliquées, les restaurations dentaires en mauvais état, l'impact des aliments, la plaque, le tartre, les débris de ciment de scellement, et la proximité excessive entre les implants, sont des facteurs étiologiques souvent retrouvés dans la

littérature [4]. La prévalence du GPCG est plus élevée chez les femmes (60%) et bien qu'elle puisse survenir à tout âge, elle a une incidence maximale entre 40 et 60 ans. Elle a également une prévalence plus élevée dans l'arc mandibulaire (64%) que dans la région prémolaire (43%) [5]. Il se présente cliniquement sous la forme d'une masse pédiculée ou sessiles rouge-violet avec une texture lisse ou ulcéreuse de consistance molle. Les GPCG sont habituellement asymptomatiques et découverts de manière fortuite au cours d'un examen clinique de routine. Les patients signalent souvent ces lésions lorsqu'elles sont importantes et perceptibles ou traumatisantes en cours de fonctionnement. L'examen radiographique n'objective en général pas de lyse osseuse sous-jacente à la lésion, comme dans notre cas. Cependant, certains auteurs ont signalé des résorptions osseuses. Histologiquement, le GPCG est décrit comme une masse tissulaire non encapsulée, contenant de nombreuses cellules géantes multinuclées à type ostéoclastiques, situées dans un stroma très cellulaire et vasculaire [6]. Le traitement du GPCG comprend une résection chirurgicale avec élimination de la base entière de la lésion et suppression des facteurs étiologiques (tartre, plaque bactérienne, restaurations défectueuses...). Si la résection n'est que superficielle, la récurrence peut se reproduire. La plupart des lésions répondent de façon satisfaisante à une résection chirurgicale complète [7]. La récurrence est rare (5 à 11% des cas).

Conclusion

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG) est une lésion bénigne des maxillaires en réponse à des irritations chroniques de la muqueuse. Leur prise en charge consiste à une exérèse chirurgicale, et en une élimination des facteurs étiologiques.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à cette étude d'une manière conforme aux critères de l'ICMJE. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de ce manuscrit.

Figures

Figure 1: vue endobuccale montrant la lésion

Figure 2: exérèse mesurant 1,6*1cm de grand axe

Figure 3: vue endobuccale montrant l'hémostase réalisée au bistouri électrique

Figure 4: vue histologique montrant les cellules mononuclées fusiformes et polygonales avec des cellules multinuclées (flèche) type ostéoclastes dans un fond vasculaire

Figure 5: vue endobuccale montrant la cicatrisation après 7 jours

Références

1. Michael Bornstein M, Claude Andreoni, Thomas Meier, Marianne Tinguely. Granulome périphérique à cellules géantes dans le tissu péri-implantaire. Swiss Dental Journal. 2018;128:12.

2. Antonio Scarano, Carmen Lorusso, Carmen Mortellaro, Luisa Limongelli, Angela Tempesta, Gianfranco Favia. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants. *The Journal of Craniofacial Surgery*. March 2018;29(2):e196-e199. **PubMed | Google Scholar**
3. Chaparro-Avendaño AV, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Peripheral giant cell granuloma: a report of five cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(1):48-57. **PubMed | Google Scholar**
4. Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants: a systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2019 Nov;120(5):456-461. **PubMed | Google Scholar**
5. Bidra Avinash S, Persenaire Mitchell J, Natarajan E. Management of peripheral giant cell granuloma around complete-arch fixed implant-supported prosthesis: A case series. *J prosthet Dent*. 2019;122(3):181-188. **PubMed | Google Scholar**
6. Niloofar Shadman, Shahram Farzin Ebrahimi, Shahin Jafari, Mohammad Eslami. Peripheral giant cell Granuloma: a review of 123 Cases. *Dent Res J (Isfahan)*. 2009;6(1):47-50. **PubMed | Google Scholar**
7. Saliha Chbicheb, Abdelkader Bennani, Karima El Harti, Wafaa El Wady. Lésions périphériques à cellules géantes des maxillaires. *Med Buccale Chir Buccale*. 2011;17(3):241-243. **Google Scholar**



Figure 1: vue endobuccale montrant la lésion



Figure 2: exérèse mesurant 1,6x1cm de grand axe



Figure 3: vue endobuccale montrant l'hémostase réalisée au bistouri électrique

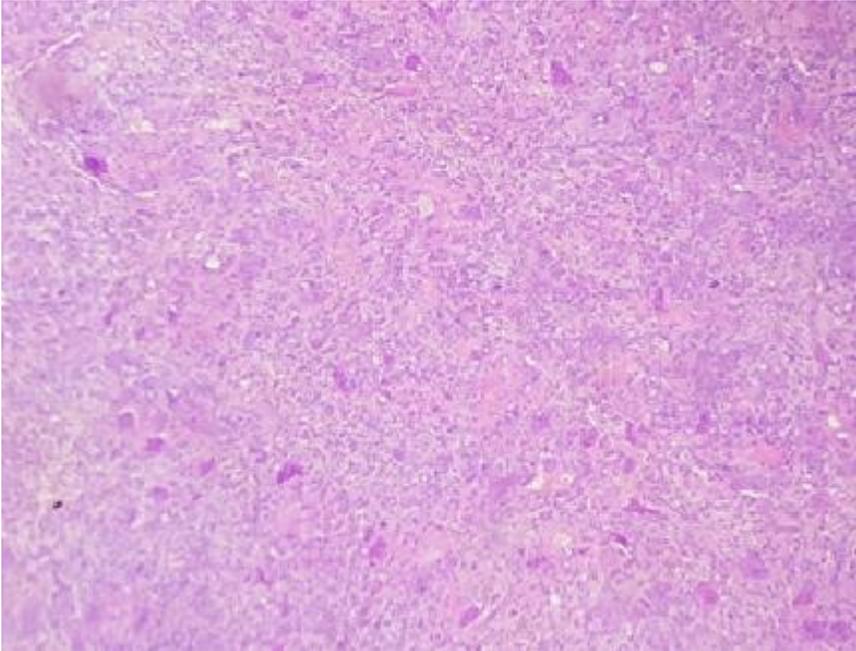


Figure 4: vue histologique montrant les cellules mononuclées fusiformes et polygonales avec des cellules multinuclées (flèche) type ostéoclastes dans un fond vasculaire



Figure 5: vue endobuccale montrant la cicatrisation après 7 jours