

# **PRISE EN CHARGE PARTICULIERE SOUS ANESTHESIE LOCALE D'UN EPULIS GEANT, APRES L'ECHEC DE L'INTUBATION NASO-TRACHEALE**

## **SPECIAL CARE UNDER LOCAL ANESTHESIA OF GIANT EPULIS AFTER THE FAILURE OF NASO-TRACHEAL INTUBATION**

DIALLO O.R.<sup>1</sup>, CAMARA S.A.T<sup>2</sup>, FOFANA L.<sup>2</sup>, KOUROUMA A.<sup>2</sup>, TOURE M.K.<sup>3</sup>, TRAORE S.<sup>4</sup>, CAMARA A.A.<sup>1</sup>, OULARE A.T<sup>1</sup>, DRAME M.<sup>1</sup>, YANSANE M.<sup>1</sup>

- 1- Service d'odontostomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital national Donka
- 2- Service d'odontostomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital national Ignace Deen.
- 3- Service d'anesthésie et de réanimation de l'Hôpital Ignace Deen.
- 4- Laboratoire d'analyse biomédicale de l'Hôpital Ignace Deen.

**Correspondance** : DIALLO Oumar Raphiou  
Chirurgien maxillo-facial CHU de Conakry Email : rafioumajid@yahoo.fr

---

### **RESUME**

A travers une observation, les auteurs rapportent la prise en charge particulière sous anesthésie locale d'un cas d'épulis géant à myélopaxes authentifié par l'examen anatomo-pathologique.

La discussion après un bref rappel clinique et étiopathogénique, s'oriente sur l'intérêt d'un traitement chirurgical complet sous anesthésie générale pour minimiser les risques de récurrences.

Malgré l'intérêt de l'anesthésie générale dans la prise en charge des épulis géants, les auteurs ont opté pour l'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale devant l'échec de l'intubation et le refus de la patiente face à la trachéotomie.

Le recul thérapeutique de notre étude est de 1 an durant laquelle période la patiente a été suivie avec des contrôles cliniques; aucun signe en faveur d'une récurrence n'a été observé.

**MOTS CLÉS : EPULIS - ANESTHÉSIE LOCALE - TRAITEMENT**

### **SUMMARY**

*Through observation, the authors report the special care under local anesthesia of a case of giant epulis (myeloplax form) authenticated by the pathological examination.*

*The discussion after a brief clinical and etiopathogenic, show the interest of a complete surgical treatment under general anesthesia to minimize the risk of recurrence.*

*Despite the interest of general anesthesia in the treatment of giant epulis, the authors opted for surgical excision under local anesthesia at the failure of intubation and the refusal of the patient of the tracheotomy*

*The recoil of the study treatment is 1-year period during which the patient has been followed with clinical inspection, no evidence for a recurrence was observed.*

**KEYWORDS: GIANT EPULIS - LOCAL ANESTHESIA - TREATMENT**

## INTRODUCTION

L'épulis est une pseudotumeur bénigne de la gencive. Étymologiquement, l'épulis est une lésion qui a pour siège la surface gingivale (Epi=sur, oulon=gencive). Dechaume et al. <sup>[1]</sup> ont rajouté 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. Ces tumeurs sont fréquentes, elles ont fait l'objet de plusieurs études notamment au Sénégal où dans une étude portant sur 96 cas Faty Ndiaye et al <sup>[2]</sup> ont trouvé une fréquence de 34% par rapport à toutes les tumeurs bénignes de la cavité buccale.

Les signes cliniques de cette affection sont largement décrits dans la littérature <sup>[3-6]</sup>. A évolution souvent lente et sans gravité, l'épulis peut cependant être géant et entrainer une gêne fonctionnelle ou esthétique nécessitant une prise en charge parfois difficile. Diagnostiqué tôt, l'exérèse chirurgicale est le plus souvent simple et définitive selon de nombreux auteurs <sup>[2-5]</sup>.

Nous rapportons dans cette étude un cas d'épulis géant observé dans notre service avec pour objectif de décrire les principaux signes cliniques et les modalités de la prise en charge thérapeutique.

## OBSERVATION CLINIQUE :

Mlle F.B. âgée de 23ans, sans profession, résident à Kobikoro (Faranah), préfecture située à 430 Km au sud-est de Conakry.

La patiente a consulté le service le 27 Aout 2008 pour une lésion intra-buccale évoluant depuis 6 ans. Elle se plaignait d'une gêne tant sur le plan fonctionnel (mastication, élocution) que sur le plan social (la dame était l'objet d'une exclusion sociale car considérée comme proche des diables). Selon Mlle F.B. les premiers symptômes sont apparus courant 2004. Il s'agissait d'une petite tuméfaction sur la gencive en regard du versant vestibulaire de la première molaire supérieure gauche. Après plus d'un an d'automédication, la patiente a consulté un tradithérapeute. Celui-ci lui a fait comprendre que sa maladie n'était pas fortuite : elle serait l'œuvre d'un homme mécontent d'elle par le fait qu'elle lui a refusé le mariage. Donc, lui seul avait la solution à cette maladie raconte le guérisseur. C'était «un chasseur-féticheur» qui connaît le diable qui a causé ce tord à la jeune fille. Il a commencé le traitement trois jours après l'arrivée des hôtes, et a continué

jusqu'à cinq mois sans succès, si non que la lésion tumorale augmentait de volume. Mlle FB a alors consulté à l'hôpital régional de Faranah sur indication d'un agent de santé de passage dans leur village. C'est de là qu'elle a été référée au CHU de Conakry pour une prise en charge.

A l'examen clinique, l'état général était peu satisfaisant marqué par l'asthénie et l'anémie clinique. Le visage était asymétrique. A l'ouverture buccale, on notait une volumineuse tuméfaction d'environ 11 cm de diamètre, ulcérée par endroit, obstruant et débordant la cavité buccale. La tuméfaction portait les empreintes des dents antagonistes. Elle était sessile et s'étendait de la 23 (canine supérieure gauche) à la 28 (troisième molaire supérieure gauche) avec une vestibulo-version des dents de ces secteurs et une linguo-version des dents antagonistes (de la 34 à la 37). La tumeur était indolore, de couleur rose, saignant parfois au contact. Elle était lisse par endroit avec une consistance ferme. On notait à la palpation l'absence d'adénopathie satellite.



Photos 1 et 2 : Patiente à la première consultation

Par ailleurs, l'hygiène bucco-dentaire était défectueuse avec une gingivite hyperplasique peu marquée au niveau des quadrants 3 et 4, des dépôts tartriques généralisés sus et sous gingivaux. Des délabrements dentaires ainsi que des lésions carieuses ont été également notés.

Un bilan biologique comprenant : NFS, TS, TC, glycémie, SRV, groupe sanguin, facteur Rhésus et la parasitologie des selles a été demandé. Une radiographie des maxillaires, incidence Blondeau a été également effectuée.

Les résultats du bilan biologique étaient dans les normes à l'exception du taux d'hémoglobine égal à 8g/dl et une éosinophilie à 5%. Le groupe sanguin et le facteur Rhésus étaient d'A+. Les examens spécifiques notamment la SRV étaient négatifs. La parasitologie des selles identifiait des œufs d'Ankylostome.

La radiographie standard incidence Blondeau montrait une lyse osseuse de la région dentée du maxillaire supérieur gauche.

Le diagnostic d'épulis géant a été évoqué en premier lieu. L'indication d'une exérèse chirurgicale sous anesthésie générale a été posée.

Après la correction des résultats du bilan biologique, le 2 septembre 2008, la patiente a été admise au bloc opératoire pour la résection de la tumeur. Mais les manœuvres d'intubation nasotrachéale s'étaient heurtées à une déviation de la cloison nasale à droite et à un rétrécissement des fosses nasales dû à une hypertrophie des cornés inférieurs et moyens. La voie orotrachéale était impossible à pratiquer compte tenu du volume de la tumeur qui occupait toute la cavité buccale. La Trachéotomie proposée auparavant aux parents de la fille était déjà refusée. La patiente a alors été réveillée.



Photo 3: Tentative d'intubation naso-trachéale



Photo 4: Réveil après l'échec de l'intubation

L'option de traitement chirurgical sous anesthésie locale a été donc proposée et cette option a été acceptée par la patiente et sa famille. L'opération a été programmée le 8 Septembre 2008. Après anesthésie à la xylocaïne 2% - 10 ml, la lésion a été circonscrite au bistouri en laissant une marge de 3 mm de muqueuse saine autour de la tumeur. Toute la muqueuse recouvrant la lésion a été sacrifiée. Dans le même temps, l'avulsion des molaires, des prémolaires, de la canine supérieure gauche et un curetage appuyé ont été effectués.

L'exérèse a été jugée macroscopiquement complète. La pièce opératoire a été adressée au laboratoire d'anatomo-pathologie. Une fermeture partielle de la perte de substance a été effectuée après contrôle de l'hémostase. Une sonde nasogastrique a été placée durant la période de cicatrisation dirigée du reste de la perte de substance.

Sur le plan microscopique, les coupes effectuées montraient une prolifération pseudo-tumorale à type de cellules géantes qui se singularisaient par la présence de myéloblastes.



Photo 5: Pièce opératoire portant les empreintes des dents

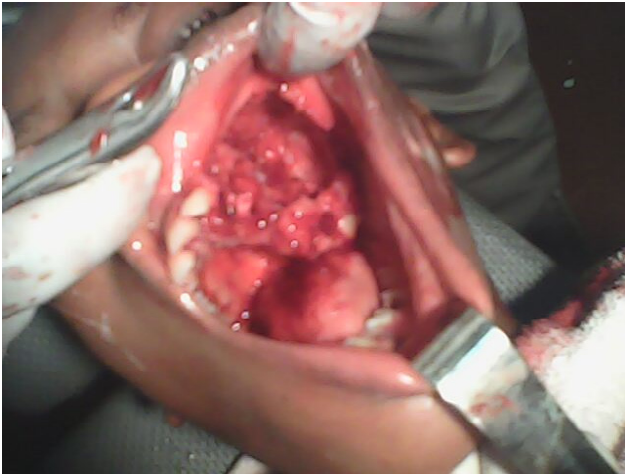


Photo 6: Après exérèse de l'épulis et avulsion des dents mobiles (avant suture partielle)

Le traitement médical était à base de  $\beta$ -lactamine (Ampicilline 1g  $\times$  2/j en IV) et d'aminoside (Gentamicine 160 mg  $\times$  2/j) par voie intramusculaire durant une semaine.

Un antalgique (Perfalgan 1fl  $\times$  3/j en IV) a été administré associé à un antiseptique local à base de Chlorexidine  $\times$  3/j) pendant une semaine. La période post opératoire immédiate a été sans particularité.

Mle FB a été autorisée à sortir de l'Hôpital au 7<sup>ème</sup> jour post opératoire avec un état général satisfaisant. La surveillance trimestrielle pendant l'année suivante n'a pas montré de récive.

La réhabilitation prothétique proposée n'a pas été encore effectuée.



Photo 7: Après ablation de l'épulis et suture partielle

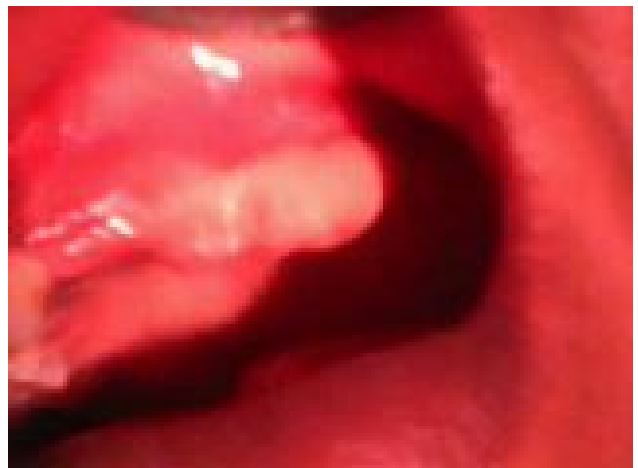


Photo 9: Vue de la cicatrice avec un recul de 8 mois

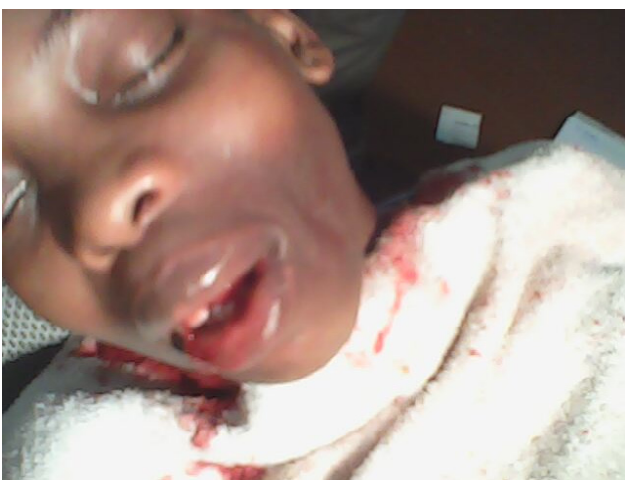


Photo 8: Etat post- opératoire immédiat



Photo 10: Patiente vue de face à 12 mois post-Opératoire

## DISCUSSION

L'épulis a l'aspect d'un granulome périphérique non encapsulé, pouvant revêtir plusieurs formes. Si cette pathologie multifactorielle semble avoir diminué en Europe, en raison des progrès réalisés dans la qualité des soins et dans l'hygiène bucco-dentaire, elle continue encore à être fréquemment observée en Afrique. Faty Ndiaye et al. [2] ont noté une prévalence de 34% dans leur service à Dakar.

Le cas rapporté dans cette étude est la forme la plus rare (2%) des cas d'épulis [7], correspondant à l'épulis à cellules géantes ou à « myélopaxes » qui représente l'aspect typique de l'évolution vers la résorption osseuse.

L'épulis s'observe à tous les âges avec un pic de fréquence chez l'adulte [5]. Par rapport au genre, plusieurs auteurs s'accordent sur une prédominance féminine [2-7]. En effet, l'étude de Muller, Aloi et Namur rapportée par Faty Ndiaye et al. [2] portant sur 100 femmes gestantes compte 47 tumeurs épulidiennes ou gingivites hyperplasiques. Ceci est probablement lié aux changements hormonaux observés chez la femme au cours de la grossesse.

Sur le plan de l'étiopathogénie, le mécanisme essentiel de formation de cette pseudotumeur correspond à un processus réactionnel, inflammatoire local. Cependant, de nombreux facteurs favorisent l'apparition d'un épulis [3]. Il s'agit notamment de troubles hématologiques (anémie - trouble de l'hémostase - éosinophilie parasitaires), de perturbations endocriniennes (grossesse - hyperfolliculinie - ménopause) et de l'hypovitaminose C, ainsi que certains médicaments (Dihydan®). Dans le cas que nous rapportons, la mauvaise hygiène bucco-dentaire observée chez la patiente pourrait être le facteur favorisant incriminé dans l'apparition de sa pathologie.

Cliniquement, l'épulis apparaît comme une tuméfaction indolore et de consistance ferme. Il refoule les dents avoisinantes; il n'y a pas d'adénopathie satellite. L'examen clinique révèle souvent un trouble fonctionnel, notamment une gêne à la mastication ou des saignements répétés liés souvent à un traumatisme secondaire.

Le diagnostic de l'épulis est en général simple face à une petite tumeur gingivale pédiculée, sessile ou ligamentaire de consistance ferme. Par contre, certaines présentations font discuter une localisation gingivale d'une maladie de Kaposi au cours du SIDA, une tumeur à cellule granuleuse de l'adulte (tumeur « d'Abrikossof » comportant un risque de transformation maligne estimé à 2%) ou

un épithélioma gingival surtout dans les formes ulcéro-bourgeonnantes. Toutefois, l'essentiel des auteurs s'accordent à dire que le diagnostic est posé sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques qui sont très fortement présomptifs. Le diagnostic positif définitif n'est bien sûr posé que sur la base de l'examen histopathologique. Sur le plan histologique, on distingue deux types différents :

- l'épulis dit simple (inflammatoire pur, fibro-inflammatoire, fibreux, vasculaire, ostéoïde) [3-8]

- et l'épulis à cellules géantes qui se singularise des précédents par la présence de myéloblastes (cellules géantes) comme dans notre cas [3-8].

A ces deux formes, s'ajoutent les formes congénitales qui constituent une entité à part [6-10].

Si le diagnostic de l'épulis semble être facile, sa prise en charge n'est pas toujours aisée.

Par rapport au traitement de cette affection, certains auteurs ont proposé un traitement médical par la pénicillinothérapie en injection locale [3-11]. Mais, le consensus se dégage actuellement par rapport au fait que le seul traitement efficace de l'épulis est l'exérèse chirurgicale de la lésion. Dans le cas que nous rapportons, devant l'impossibilité d'intuber la patiente et le refus de la trachéotomie, l'intervention a été réalisée sous anesthésie locale, compte tenu de l'absence de fibroscope dans notre pratique. Une exérèse en monobloc respectant les structures anatomiques avoisinant la pseudotumeur et macroscopiquement non atteintes a été réalisée. Un curetage appuyé de l'os adjacent et l'extraction des dents mobiles ont été également effectués. Le recouvrement du site d'exérèse par des lambeaux de voisinages n'a pas été pratiqué dans notre cas, cela compte tenu de la taille de la perte de substance et des risques d'infection secondaire liés à la mauvaise hygiène bucco-dentaire observée chez la patiente. La plupart des auteurs réalisent une fermeture complète de la plaie afin d'obtenir une cicatrisation par première intention, moins douloureuse et plus rapide [2-4]. Néanmoins, dans notre cas une cicatrisation par seconde intention sans complication a été notée.

L'épulis se caractérise par un fort potentiel de récurrence [3-5]. De nombreux cas de récurrences quasi immédiates consécutives à une résection incomplète ont été rapportés dans la littérature [3-4]. Le recul thérapeutique de notre étude est de 1 an durant laquelle période la patiente a été suivie avec des contrôles cliniques; aucun signe en faveur d'une récurrence n'a été observé.

## CONCLUSION

L'épulis est une pseudotumeur bénigne d'aspect clinique très variable. Elle se caractérise souvent par une évolution lente et par fois agressive. En Afrique au sud du Sahara, les consultations tardives favorisées par le caractère mystique que la population confère à ces pathologies rendent souvent le traitement délicat. Le cas que nous rapportons d'une durée d'évolution de 6 ans, avait longtemps fait l'objet d'une thérapie magique avant la consultation dans une structure sanitaire en ait une illustration.

Le traitement chirurgical impliquant une exérèse totale associée à l'extraction des foyers infectieux (dents, os alvéolaire) suivi ou non d'une plastie locale ou locorégionale permet de guérir cette affection. La tumeur peut récidiver après exérèse chirurgicale. Ce risque de récurrence implique la nécessité d'une surveillance clinique.

## REFERENCES

1. DECHAUME M., GRELLET M., LAUDENBACH P., PAYEN T. Maladies des gencives. *Précis de stomatologie 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Masson, 1980.*
2. FATY NDIAYE CH., DIALLO B., DIA TINE S., LAROCHE G., SZPIRGLAS H. Les épulis au Sénégal : revue de 96 cas (1991-1994). *Actual. Odonto-Stomatol.* 1996;195:475-48
3. CHAVOIN J.P., COLLIN J.F., POCHE F. ; GROLLEAU J.L. ; BOUTAULT F. ; COSTAGLIOLA M. Diagnostic difficile d'une tumeur hypervasculaire : «l'épulis angiomateuse». *Ann. Chir Plast Esth.* 1994, (39) :499-502
4. ENNIBI OK, BENFDIL F, TALEB B.; AMRANI M.; BENZARTI N. Les épulis : aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques. *Actual. Odonto-Stomatol* 1999, 207 : 367-377.
5. FATY NDIAYE CH., DIALLO B., DIA TINE S.; LAROCHE G.; SZPIRGLAS H. Les tumeurs bénignes des maxillaires : les épulis au Sénégal. *Bull. Soc Pathol Exot* 1995;5(88):244-247
6. LAPORTE JL, JOUANNELE A, PIERRE-LOUIS L.; DUPUIS E. Tumeur à cellules granuleuses de la gencive chez le nouveau-né : à propos d'un cas en Martinique. *Ann. Pathol.* 1994 ;(14): 403-406
7. BOUCHER ; SIMON ; PETITJEAN ; CRUEL ; BIGOT-DORBAIN ; ARBORI. Epulis acquis de l'adulte. *Presse Méd.* 2000, (29) 20 : 1154
8. HAMDY M.H. A propos des épulis gingivales. *Maghreb Méd.* 1995;294:30-34
9. ABRAVANEL P., ABRAVANEL J., APAP G. Le traitement médical de l'épulis par pénicillinothérapie en injections locales. *Actual. Odonto-Stomat* 1990 ;171: 437-466
10. EL WADY W., LAZRAK H., CANTALOUBE D. Pénicillinothérapie in situ dans le traitement des épulis. *Méd. Trop* 1998, 2 (58) :149-154.
11. PATRAKAIS N, PETEIN M, MENDES DA COSTA P. Epulis congénital à cellules granuleuses : description d'un cas et revue de la littérature. *Actual Odonto-Stomat.* 1994 ;1 (91) :35-47.