

MICHAEL M. BORNSTEIN^{1,2}CLAUDE ANDREONI³THOMAS MEIER³MARIANNE TINGUELY⁴

¹ Clinique de chirurgie orale et stomatologie, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

² Centre de diagnostic oro-facial, Weinbergstrasse, Zurich

³ Cabinet Andreoni & Meier, Zurich

⁴ Kempf et Pfaltz, Diagnostic histologique, Zurich

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. Michael M. Bornstein
Oro-faciales Diagnostik-zentrum Weinbergstrasse
Weinbergstrasse 160
CH-8006 Zürich
Tél. +41 44 533 30 10
Fax +41 44 533 30 11
E-mail: mbornstein@diagnostik-weinbergstrasse.ch

LAYOUT

Département multimédia,
zmk berne

Traduction: Jacques Rossier
et Thomas Vauthier

BIBLIOGRAPHIE

BORNSTEIN M M: Peripheral giant-cell granuloma associated with peri-implant tissues. In: Brägger U, Heitz-Mayfield L J A: ITI treatment guide. Volume 8. Biological and hardware complications in implant dentistry. Quintessenz Publishing Co, Ltd, Berlin, pp 153-157 (2015)

JUNDT G, BERTONI F, UNNI K K, SAITO K, DEHNER L P: Benign tumors of bone and cartilage. In: Barnes L, Eveson J W, Reichart P, Sidransky D (eds). World Health Organization Classification of Tumours, Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Lyon: IARC Press, pp 53-57 (2005)

MIGHELL A J, ROBINSON P A, HUME W J: Peripheral giant cell granuloma: a clinical study of 77 cases from 62 patients, and literature review. Oral Dis 1: 12-19 (1995)

Granulome périphérique à cellules géantes dans le tissu péri-implantaire

MOTS-CLÉS: Granulome périphérique à cellules géantes, implant, tomographie volumétrique numérique, thérapie



Fig. 1 Lors de l'examen intraoral, la région vestibulaire de l'implant de la région 23 présentait une néoformation tissulaire bleu-violet (environ 12 mm de long et 7 mm de haut).



Fig. 2 Le reste de la muqueuse péri-implantaire – en position palatine par rapport à l'implant de la région 23 et circulaire par rapport à l'implant de la région 25 – était sans particularité.

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG, ou PGCG pour *Peripheral Giant Cell Granuloma*) oral fait partie des néoformations tissulaires réactionnelles locales non néoplasiques. Dans la région de la mâchoire, l'examen histopathologique ne permet pas de différencier la forme périphérique de la forme centrale plus rare de GCG. Le GPCG est généralement localisé au niveau des gencives, mais on le trouve parfois sur le palais ou sur la crête alvéolaire de la mâchoire édentée, et très rarement dans le tissu péri-implantaire.

Le GPCG se présente cliniquement comme une néoformation tissulaire spongieuse, bleu-rouge, saignant facilement au toucher. Le GPCG se caractérise par une croissance rapide et il peut provoquer des douleurs; il présente en outre une tendance à la récurrence (environ 10% des cas). L'étiologie exacte du GPCG n'est pas définitivement élucidée. Lorsque cette néoformation tissulaire se forme en contact avec un implant dentaire, les récurrences sont plus fréquentes. La répétition de ces récurrences peut même entraîner une perte d'implant en raison d'une résorption osseuse progressive. Dans la littérature, une récurrence est signalée dans un tiers des cas de GPCG péri-implantaire, et l'implant correspondant est alors perdu.

Dans le cas présent, une patiente de 84 ans nous a été adressée par son médecin-dentiste privé pour investigation et traitement d'une néoformation tissulaire buccale péri-implantaire dans la région de la 23. A l'anamnèse, cette altération était apparue en été 2014. Après excision, la lésion avait récidivé assez rapidement. Lors de l'examen clinique, la présence d'une néoformation tissulaire vestibulaire bleu-violet a été constatée au niveau de l'implant de la région 23. La muqueuse péri-implantaire de la région 23 et 25 ne présentait pas d'autres altérations (fig. 1, 2).

La tomographie volumétrique numérique (TVN) n'a pas mis en évidence une invasion osseuse autour des implants 23 et 25 (fig. 3). La lésion a été excisée en totalité après formation d'un lambeau muco-périosté et envoyée pour examen histopathologique (fig. 4, 5). L'examen histopathologique a confirmé le diagnostic de GPCG (fig. 6). Après la fermeture primaire de la plaie (fig. 7), la cicatrisation s'est réalisée sans complication, et à six mois, il n'a pas été constaté de récurrence (fig. 8).

Remerciement

Les auteurs remercient le Dr méd. dent. Jürg Sgarbi, cabinet privé à Zurich, pour nous avoir adressé cette patiente.



Fig. 3 La tomographie volumique numérique n'a pas mis en évidence une invasion osseuse autour des implants 23 et 25.
A: Vue en coupe sagittale des implants 23 et 25; B: La coupe coronale (frontale) de la région 23 montre en direction vestibulaire peu ou pas d'os sur la surface de l'implant, surtout au niveau de la crête; C: coupe coronale (frontale) au niveau de la 25.

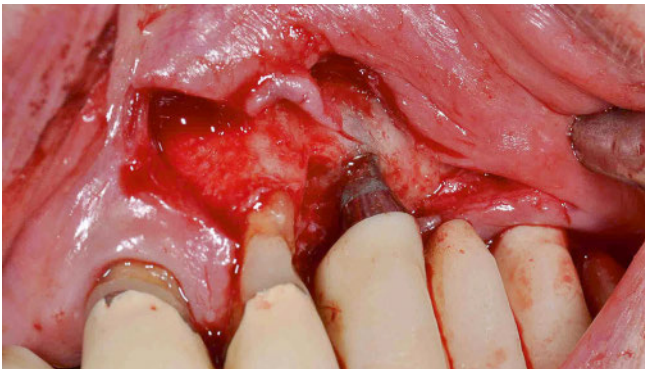


Fig. 4 Après anesthésie locale, la néoformation tissulaire a été excisée dans son ensemble avec formation d'un lambeau muco-périosté, et la région péri-implantaire de la 23 a été curetée complètement. La surface rugueuse de l'implant est reconnaissable dans la région crestale de l'implant 23.

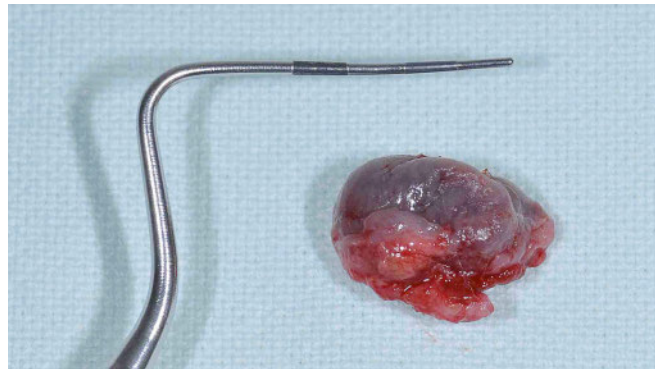


Fig. 5 Après son exérèse totale, la lésion a été envoyée pour examen histopathologique.

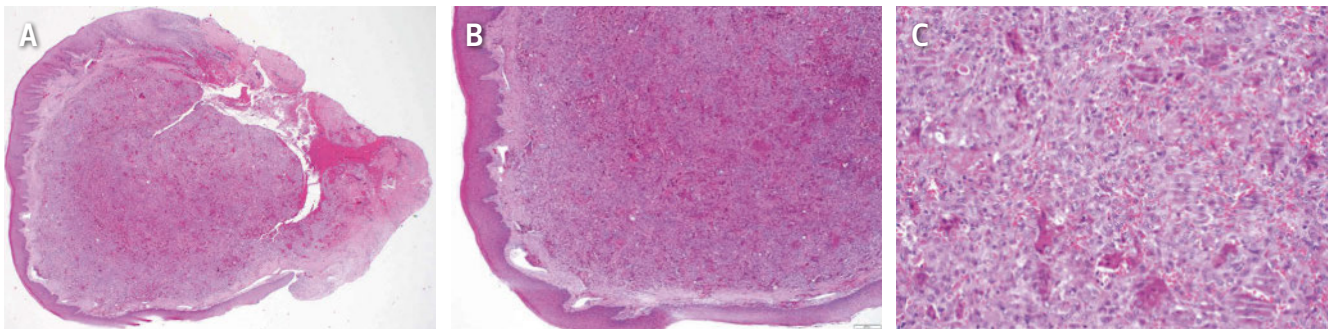


Fig. 6 A l'histologie, la lésion est polypoïde et bien circonscrite (A). Elle est bordée par une muqueuse recouverte d'un épithélial pavimenteux sans particularité. Au grossissement faible et moyen, on reconnaît une lésion riche en sang et en fer (pigment brun), correspondant à l'aspect clinique bleuâtre (A, B). A fort grossissement (C), on reconnaît des cellules géantes plurinucléées à cytoplasme foncé disséminées sur un fond de cellules mésenchymateuses ovoïdes et fusiformes, comprenant également de nombreux érythrocytes.

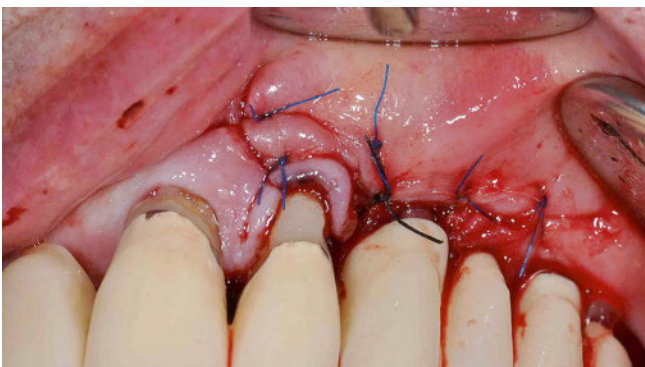


Fig. 7 La fermeture de la plaie a été réalisée par suture à points séparés après insertion d'une matrice de collagène (Geistlich Mucograft, 15 × 20 mm, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Suisse) dans la région 23.



Fig. 8 Pas de récurrence six mois après l'exérèse du granulome périphérique à cellules géantes. Les implants de la région 23 et 25, respectivement la reconstruction en pont 23-x-25-x, sont en place et fonctionnels.