

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ SAAD DAHLAB – BLIDA

N°:



FACULTÉ DE MÉDECINE DE BLIDA
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DENTAIRE

Mémoire de fin d'études
Pour l'obtention du
DIPLOME de DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE
INTITULÉ

**L'intérêt de l'examen anatomopathologique en
parodontologie**

Présenté et soutenu publiquement le :
14.06.2015

Par les internes :
Miloudi fedwa
Omari fairouz
Messaoudi ouchan sidali

Promotrice : Dr SAOUDI.F

Jury composé de :
Présidente : Dr BOUMAIZA.S
Examineur : Dr SAHRAOUI.M

Remerciements

Nous ne saurions achever ce travail sans adresser nos sincères remerciements :

+ Au chef de service de stomatologie de clinique Ahmed Zabana : Pr. Haji, Z

+ A notre chef département de médecine dentaire : Dr. Zeggar, K

+ A nos enseignants(e) et maitres assistants(e) de la clinique dentaire Zabana

Votre dynamisme, votre respect et votre amour du travail bien fait ont forgé en vous l'estime et l'admiration de tous.

Vous êtes pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité.

Chers maîtres, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

+ A notre présidente de jury le DR Boumaïza, S

Maître-assistante en parodontologie

Vous nous faites grand honneur en ayant accepté de présider notre jury de thèse.

Votre compétence et votre savoir : nous ont marqué dès nos premiers pas dans cette Faculté. Vous étiez là pour prodiguer des conseils à chaque fois que le besoin s'est fait sentir.

Nous avons eu le plaisir d'apprécier vos nombreuses qualités humaines, et le privilège de bénéficier de l'immense richesse de vos enseignements.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde admiration.

+ *A notre examinateur le DR Sahraoui.M*

Maître-assistant en pathologie bucco-dentaire

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger à ce jury.

Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir conseillés et motivés au fil de notre cursus. Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

Veillez trouver ici le témoignage du profond respect que nous portons à votre égard.

+ *A notre promotrice le DR. Saoudi.F*

Maître-assistante en parodontologie

Nous ne saurons assez-vous remercier pour le très grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant le sujet de ce mémoire. Qu'il nous soit permis, à travers ce travail de vous exprimer notre profond respect, et de vous témoigner notre estime et notre vive reconnaissance.

La rigueur scientifique et la disponibilité dont vous avez fait preuve en faisant encadrer ce mémoire ; malgré vos multiples occupations ; ne font que rappeler les qualités qui vous caractérisent.

Votre grandesse, votre pédagogie à transmettre vos connaissances et vos informations pertinentes force l'admiration de tous.

+ *A monsieur le docteur DJAMEL KHEMSI ;*

Zui nous a été d'un grand intérêt dans notre étude. Malgré ses multiples occupations, vous n'avez jamais été réservé dans votre disponibilité pour guider le fil de ce travail. Nous avons été marqués par votre rigueur scientifique et votre générosité tout au long de ce travail. Respect et reconnaissance à vous.

Dédicaces

Permettez-nous chers parents, amis et enseignants, en cette circonstance solennelle, de vous témoigner notre reconnaissance indéfectible, à la suite de votre remarquable concours dans l'élaboration de ce travail.

Je dédie ce travail à papa décédé le 07.02.2015

Quatre mois que tu es parti, je pense à toi qui n'est plus ; aux nombreuses années vécues, tu m'as tracé le seul chemin ; celui de l'honnêteté et de la droiture pour être en paix avec ma conscience sur ce chemin de la profonde reconnaissance ; papa ; j'appliquerai toujours ta science et tu demeureras vivant jusqu'à ce que nos âmes se réunissent à nouveau.

À maman tu as toujours confié que mon battement de cils te ravit ;

Oubliées marées et avaries ; tu souris.

Aujourd'hui l'écho de ta voix me chatouille l'oreille en me soufflant « tu es la meilleure » comme tu l'as toujours dit ; papa tu es mon héros mythique ; papa tu es l'un, tu es l'autre, tu es moi et je ne saurais être toi ; toi si serain ; toi qui m'as toujours appris à compter ; dis-moi comment compter de un à toi comme ça je saurais la faille que je regrette de ne pas t'avoir embrassé, serré ; assez.

Si les abîmes m'emportent ; que les alizés te réconfortent ; qu'à tout jamais dans cette immensité ton âme repose en paix.

À maman :

Je te vois l'ange gardien qui nous détienne sur le seul chemin d'ALLAH ; je te vois l'ombre qui nous suit et protège ; tu étais toujours là pour papa, et maintenant que son départ t'as brisé le cœur et l'esprit ; je te vois faire semblant d'être forte afin que cette forteresse que tu maintiennes tant ne cesse de s'épanouir. Merci humblement ;

ALLAH de lui donner longue vie , oh mère dévouée, courageuse et généreuse, même si je renaisse encore et encore je ne saurais te remplacer tu es si parfaite et si idéal. Je t'aime maman chérie.

À mon fiancé :

À celui qui m'a apporté amour et compréhension tout au long de la réalisation de ce travail :

Ton affection, ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour à ton égard : je remercie dieu chaque jour de t'avoir eu comme élu.

À mes sœurs chéries : Amina, Fethia, Radhia, Souad, Kenza et Madjda :

Vous avez été pour moi mes confidentes. Vos sacrifices pour la réalisation de ce travail me sont inestimables. Vous êtes des sœurs formidables. Que le seigneur resserre nos liens.

À mes frères bien-aimés : Abdou, Abdelkrim, Mohammed, Rafik et Khireddine, Khaled, Morad et Abd elKader :

Vos soutiens tant moraux que matériels et vos nombreux conseils durant tout mon cycle m'ont permis de venir à bout ce travail, qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude. Que Dieu le tout puissant vous bénisse.

À mes petit frères Salaheddine et Chouki :

Le chemin qui mène à la réussite est fait d'embûche mais, je suis convaincue qu'avec un peu plus de patience vous y parviendrez. Soyez assurés de toute mon affection.

À mes neveux et nièces :

Je suis comblée car vous êtes des cœurs ; vous avez été une source de joie et de motivation. Je vous aime mes bébés chéris.

A mes maîtres d'enseignement :

J'ai toujours cru que notre travail scientifique était notre seule trace de passage sur terre, je souhaite de tout cœur que j'ais décroché la mienne. Je vous suis redevable de mon devenir :

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et ma sincère gratitude.

A mes amis et collègues de promotion de sixième année médecine dentaire :

Avec qui j'ai passé mes meilleures années d'étude.

A Karim et Ratiba qui ont fait preuve de sérieux dans l'impression de vos cours et qui nous ont orienté le mieux qu'ils puissent faire.

A tout ce qui ont participé de près ou de loin dans l'aboutissement de ce travail et qui je n'ai pas cité le nom.

..... **Miloudi Fedwa**

Nous dédions ce mémoire :

- *À nos parents :*
 - *Messaoudi Ouchene Amer*
 - *omari cherif*
 - *Zineb Ben Meziane*
 - *magiighi oumaïma*

Les mots nous manquent pour mesurer toute l'immensité de l'affection que vous nous avez portée, ainsi que l'éducation que vous avez su nous donner.

L'exemple de votre ardeur au travail ainsi que votre sens de responsabilité ont énormément contribué à la réalisation de ce travail. Vous avez énormément contribué à ce que nous sommes aujourd'hui et à la réalisation de ce travail. Pour tout ce que vous avez fait pour nous, nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

- *À nos frères, et sœurs :*
 - Amina, Siham, ihcen, mohamed, abdelrahman*
- *À nos amis(e) : célia, gasmine, asmaa, jallil, zinou, monhamed, Walid, Mohamed, Chouab, Hamza, Amine, Ibrahim, Youssef, Mohamed.....et tous nos adorables confrères et consœurs*
- *Et fiancée : meriem megroun*
- *À tous le corps médical de la clinique zabana*

Votre amour sincère a été le meilleur cadeau qui nous a été fait sur cette terre d'accueil. Votre soutien constant et vos sages conseils nous ont énormément aidés.

Que nous soyons proches ou éloignés : vous resterez toujours des meilleurs amis au fond de notre cœur.

... Omari Fairouz et Messaoudi Ouchane Sidali

SOMMAIRE

1/ Introduction

2/Généralités 5

2- 1.Rappel de l'organe dentaire « odonte & parodonte » 5

2-1-1.L'odonte..... 5

2-1-2.Le parodonte..... 6

2-2. Anatomie pathologique.....13

2-2-1. Généralités (historique-définition)..... 13

2-3. Description de la pathologie des accroissements gingivaux19

2-4. Classification des différentes formes d'épulis.....22

2-4-1. Définition22

2-4-2. Tableau comparatif des tumeurs épulidiennes sur le plan
clinique.....23

2-4-3. Etiopathogénie 25

2-4-4. Histopathologie..... 25

2-4-5. Indications et contre-indications..... 29

2-4-6. Traitement 29

3/Examen Anatomo-Cytopathologique proprement dit :.....31

3-1.les différentes étapes de l'analyse d'un prélèvement.....31

3-1-1.fixation d'un prélèvement31

3-1-1-1 les différents fixateurs32

3-1-1-1-1 fixateurs à base de formaldéhyde32

3-1-1-1-2 liquide Boin aqueux33

3-1-1-1-3 autres fixateurs35

3-1-2.transmission et acheminement37

3-1-3. Réception du prélèvement38

3-1-4. Identification des prélèvements38

3-1-5. Imprégnation et inclusion	38
3-1-6. Coupes et coloration	39
3-1-7. Plateau de lecture	39
3-1-8. Archivage des lames et des blocs	39
3-2 .Matériel et méthodes	39
3-2-1. Matériel	39
3-2-1-1. Différents types de prélèvement.....	39
3-2-1-1-1. les prélèvements cytologiques.....	39
3-2-1-1-2. les prélèvements tissulaires.....	40
3-2-2. Méthodes	44
3-2-2-1. Techniques d'étude morphologique des prélèvements cellulaires et tissulaires	44
3-2-2-1-1. Techniques d'étude des cellules	44
3-2-2-1-2. Techniques d'études des tissus.....	45
3-2-2-2. Techniques d'études particulières morphologiques.....	45
3-2-2-3. Techniques permettant l'identification de la pièce	48
3-3. Place de l'anatomopathologie dans la recherche moderne.....	52
3-4. Compte rendu d'un examen ACP.....	56
3-5. Déontologie et aspects législatifs.....	58
3-6. Epidémiologie.....	59
3-7. Diagnostic et résultats.....	60
4/ Conclusion et recommandations	61

Références Bibliographiques

Annexes

Liste des tableaux

	Page
Tableau n°01 tableau comparatif des tumeurs épulidiennes sur le plan clinique.....	23-24
Tableau de preparation des fixateurs (source internet)	
Consultée Avril 2015	
Tableau n°02 formol neutre à 10%.....	33
Tableau n°03 formol NACL.....	33
Tableau n°04 liquide de Bouin aqueux	34
Tableau n°05 liquide de Bouin alcoolique	34
Tableau n°06 liquide de Bouin hollandaise.....	35
Tableau n°07 alcool-formol-acetique	36
Tableau n°08 fixateur a base de chlorure de zinc.....	36
Tableau n°09 formol NACL zinc	37
Tableau n°10 formol alcool zinc.....	37
Tableau n°11 diagnostic différentiel.....	annexes 04

Liste des figures

	page
Figure n°01 coupe sagittale d'un organe dentaire (source internet consultée en Decembre 2014).....	05
Figure n°02 coupe sagittale du parodonte profond (source internet consultée en Decembre 2014)	06
Figure n°03 histologie de la gencive(source internet consultée en Juin 2015).....	07
Figure n°04 épaissement idiopathique de la gencive et de l'os (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	19
Figure n°05 (a- gingivite gravidique sévère ; b- épulis gravidique (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	19
Figure n°06 gingivite pubertaire(Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3 ^{eme} édition).....	20
Figure n°07 hyperplasie légère à modérée due à la Nifédipine (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition)	20
Figure n°08 hyperplasie légère à modérée due à la Cyclosporine (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	21
Figure n°09 hyperplasie sévère due à la Cyclosporine (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	21
Figure n°10 vue clinique d'une épulis congénitale (source internet consultée en Février 2015).....	24

Figure n°11 différentes formes d'épulis fissuratum (source internet consultée en Février 2015)	24
Figure n°12 vue clinique d'un granulome pyogénique. (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	26
Figure n°13 vue clinique d'une épulis fibreuse(Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	26
Figure n°14 vue clinique d'une épulis à cellules géantes (Herbert F. Wolf Edith M. & Klaus H Rateitschak parodontologie 3ème édition).....	27
Figure n°15 vue clinique d'une épulis postextractionnelle Dr SAHRAOUI.....	28
Figure n°16 table de macroscopie (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	48
Figure n°17 automate de déshydratation(de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	48
Figure n°18 automate d'inclusion(de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	48
Figure n°19 microtome(de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	49
Figure n°20 automate de coloration (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	49
Figure n°21 colleuse de lamelle/film (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	49
Figure n°22 microscope (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	49

Figure n°23 centrifugeuse (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	50
Figure n°24 automate de technique monocouche (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	50
Figure n°25 automate de coloration (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015)	50
Figure n°26 colleuse de lamelle/film (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015)	50
Figure n°27 microscope (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015)	51
Figure n°28 automate d'immuno-histo-chimie (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015)	51
Figure n°29 cryostat (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	51
Figure n°30 microscope pour immunofluorescence (de chez Laboratoire de Cytologie et d'Anatomie Pathologiques 30 Bis Rue Ulysse-Gayon 33000 Bordeaux ;source consultée en Mars 2015).....	51

Annexe 04

Figure n°31 vue de profil j0.

Figure n°32 vue de face j0.

Figure n°33 plateau d'examen.

Figure n°34 application d'anesthésie locale Xylocaine 2%.

Figure n°35 vue clinique d'une incision elliptique avec base triangulaire j0.

Figure n°36 curetage appuyé j0.

Figure n°37-38 vue clinique de la plastie post opératoire j0.

Figure n°39 pansement parodontal j0.

Figure n°40-44 coupes histologiques de l'épulis fibreuses j3.

Figure n°45-46 contrôle de cicatrisation j8.

Figure n°47-51 reprise de la thérapeutique chirurgicale j12.



Xavier bichat 1771-1802

1/ Introduction

L'examen anatomo-pathologique comme examen complémentaire sert à la pose de diagnostic histopathologique de la lésion parodontale ex : épulis :

L'anatomopathologie est l'étude des altérations organiques des tissus et des cellules provoquées par la maladie. Ces altérations peuvent être observées à l'œil nu (lésions macroscopiques), au microscope optique (lésions histopathologiques ou cytopathologiques) ou au microscope électronique (lésions ultrastructurales). Elles sont reconnues par comparaison avec les structures normales. L'étude microscopique permet également la mise en évidence dans les cellules ou les tissus de certains composés chimiques (histochimie), d'enzymes (histoenzymologie), de constituants antigéniques précis (immuno-histochimie) ou d'acides nucléiques (hybridation in situ, PCR in situ)

L'anatomopathologie présente un intérêt majeur pour l'identification des maladies. De nombreuses affections (cancers, par exemple) ne peuvent être reconnues avec précision que par l'examen au microscope d'un fragment de la lésion (histopathologie) ou d'un étalement de cellules isolées (cytopathologie). Cette étude apporte également des informations précieuses sur l'extension des lésions par l'examen des pièces opératoires (organes ou tissus prélevés lors d'une intervention), permettant ainsi d'apporter un pronostic et de choisir le traitement le plus approprié. Enfin, l'anatomopathologie, par la pratique de l'autopsie, aide à comprendre l'enchaînement des symptômes et la cause de la mort.

Bien que le mot histologie n'ait été créé qu'en 1821 (par Heusinger en Allemagne), on considère habituellement – et à juste titre - que le concept morphologique, fonctionnel et pathologique du tissu a été fondé par Bichat (1771-1802) sans le recours au microscope, grâce à l'étude anatomique précise et minutieuse des organes des animaux, dont il avait identifié les constituants essentiels.

En moins de deux siècles, de sa naissance à aujourd'hui, l'histologie a vécu trois révolutions: la révolution fondatrice issue de la microscopie optique et de la théorie cellulaire ; l'apparition de la microscopie électronique ; les progrès permis par le développement de la biologie moléculaire. Ces trois périodes cruciales dans l'histoire de cette discipline correspondent à une plongée des investigations vers des échelles d'observation de plus en plus fines correspondant en fait à des niveaux d'organisation du vivant de plus en plus élémentaires.

Dans le cadre du diagnostic histologique, une bonne communication entre clinicien et pathologiste est indispensable. En effet, les modifications histologiques doivent être interprétées par le pathologiste dans le contexte clinique précisé sur le formulaire établi par le clinicien. Réciproquement, le compte-rendu d'analyse doit être clair et précis pour faciliter sa compréhension par le clinicien.

L'étude anatomo-pathologique a pris sa place à travers le temps dans toutes les spécialités de la médecine en commençant par la médecine vétérinaire où on a commencé les 1eres études (autopsies et les expérimentations) puis elle est passée aux études des altérations morphologiques des organes, des tissus ou cellules, de l'homme, décelables par tout moyen d'observation (micro ou macroscopique) ces altérations peuvent même atteindre la cavité buccale (la muqueuse l'os et le **parodonte** (qui fait essentiellement le thème de notre mémoire)

La **parodontie** est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, tissu osseux, cément et ligament parodontal .

Les maladies parodontales sont dues à des infections bactériennes et parasitaires.

Le **parodontiste** pose le diagnostic et traite les gingivites et les parodontites, ainsi que leurs séquelles, de même il a besoin de l'examen complémentaire pour certains diagnostics d'autres affections histopathologiques du parodonte comme les pseudotumeurs, qui nécessitent une étude histologique pour poser un diagnostic fidèle et plus fiable .

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.

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

1. Rôle de l'anatomie pathologique :

- Discipline importante pour la prise en charge des patients
- Elaboration d'un diagnostic par la démarche anatomo-clinique : les lésions

sont analysées et décrites dans un compte-rendu puis l'anatomo-pathologiste doit intégrer l'ensemble des faits morphologiques et des renseignements cliniques pour, en conclusion du compte-rendu, affirmer un diagnostic ou proposer une hypothèse diagnostique soit, une pathologie tumorale: Bénin/Malin ou pathologie inflammatoire (Quantification de l'activité inflammatoire, du degré de fibrose)

- Rôle dans l'évaluation du pronostic

Surtout en pathologie tumorale maligne: critères histo-pronostiques (classification pTNM, exérèse complète ou non,...)

- Rôle dans la réponse à certaines thérapeutiques (Disparition, persistance ou aggravation des lésions)
- Implications dans les protocoles de recherche (Efficacité, effets secondaires des traitements)

2. Objectifs de l'anatomie pathologique en médecine en générale et en parodontie en particulier :

- Savoir préciser la place de l'anatomie pathologique dans la démarche médicale.
- Connaître et savoir donner des exemples des différents types de prélèvements cytologiques.
- Connaître et savoir donner des exemples des différents types de prélèvements tissulaires.
- Connaître les différentes étapes techniques qui vont permettre l'analyse microscopique d'un prélèvement cellulaire et tissulaire
- Connaître les principes de la fixation cellulaire/tissulaire.
- Connaître les principes (apports et limites) d'un examen cyto-pathologique.
- Connaître les principes (apports et limites) d'un examen extemporané.

2/ Généralités

2.1. Rappel de l'organe dentaire : (fig n° 01) « Odonte + Parodonte »

2.1.1. L'Odonte

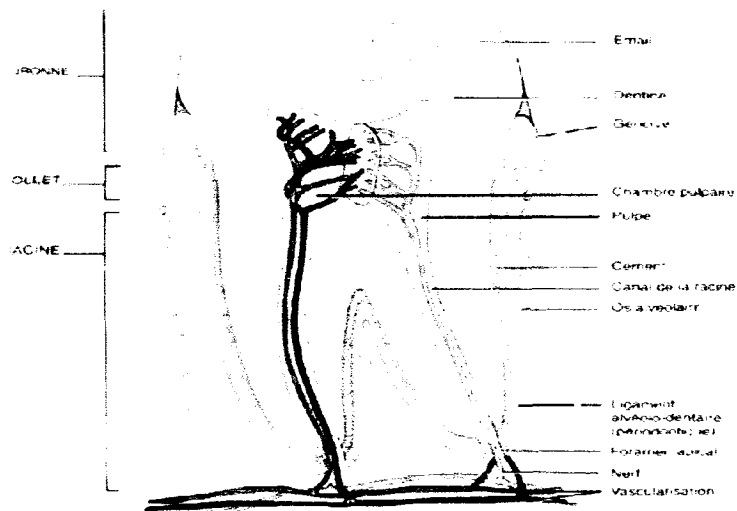


Figure n°01 Coupe Sagittale de l'organe dentaire

2.1.1.1. Email

- Tissu le plus dur de l'organisme
- Recouvre la couronne
- Tissu acellulaire
- Phase minérale: 96%- cristaux d'hydroxyapatite
- Phase organique
- Eau

2.1.1.2. Dentine

- Constitue la couronne et la racine
- Tissu cellulaire, moins minéralisé que l'émail
- Partie minérale: 70%- Cristaux d'hydroxyapatite
- Partie organique: 20%
- Eau: 10%

2.1.1.3. Pulpe

- Tissu conjonctif
- Fonctions nutritives, neurosensorielles, réparatrices
- Zone périphérique
- Chambre pulpaire: pulpe coronaire
- Canal pulpaire: pulpe radiculaire

2.1.2. Le parodonte

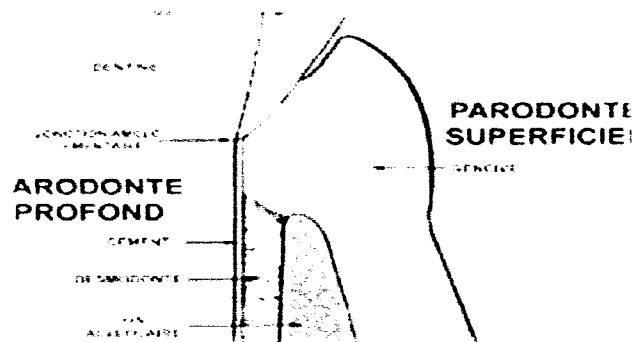


Figure n°:2 Coupe sagittale du parodonte profond

Le parodonte correspond à l'ensemble des tissus de soutien de la dent. De point de vue anatomo-fonctionnel Il comprend : -le parodonte superficiel=> La gencive,

Le parodonte profond => • Le cément. • Le desmodonte • L'os alvéolaire (Figure n°:2)

2.1.2.1. Parodonte superficiel

2.1.2.1.1. La gencive :

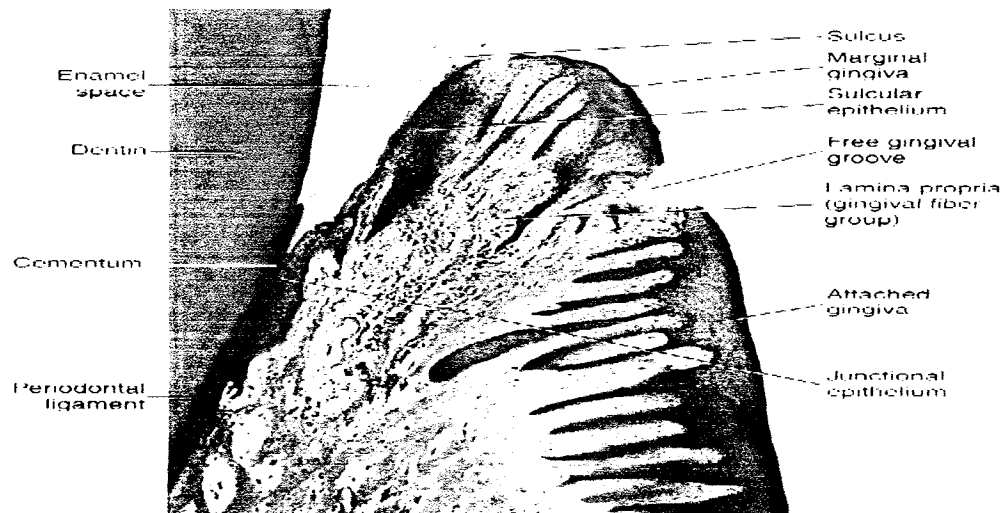
Définition : La gencive est cette partie de la muqueuse masticatoire qui recouvre les procès alvéolaires et entoure les dents dans leur partie cervicale. La gencive acquiert sa forme et sa texture finale lors de l'éruption des dents.

* **Anatomie** : La gencive est classiquement subdivisée en différentes zones topographiques : • Gencive libre, • Gencive attachée, • Gencive interdendaire. Sur sa face externe, la gencive s'étend du sommet de la gencive marginale et du sommet de la papille interdendaire jusqu'à la ligne muco-gingivale.

- **Gencive marginale** La gencive marginale est la partie la plus coronaire de la gencive. Elle n'adhère pas à la dent et forme la paroi tissulaire molle du sillon gingival ou sulcus. La gencive marginale saine a un profil en lame de couteau, une consistance ferme et une texture lisse. Elle s'étend vers l'apex jusqu'au sillon gingival, dépression peu profonde de la surface gingivale correspondant à la partie la plus coronaire de l'attachement gingival à la dent.
- **Gencive attachée** Elle se situe apicalement par rapport à la gencive marginale et au sillon gingival libre, elle est fermement solidarisée à la dent et à l'os alvéolaire sous-jacent. La gencive attachée est de forme effilée, de texture granitée et de consistance ferme. La hauteur de cette gencive est variable d'une région de la bouche à l'autre et peut aller de moins de 1 à 9mm.
- **Papille interdendaire** C'est la partie de la gencive située dans l'espace inter proximal créé par les dents adjacentes en contact. Elle est délimitée par 2 papilles : vestibulaire et linguale (ou palatine), ces deux papilles sont • accolées au niveau des dents antérieures • et séparées au niveau des dents postérieures par une dépression sous forme de cuvette appelée "col de la papille".

***Histologie**

Figure n°03 :
Histologie de la gencive



Histologiquement, la gencive est composée d'un épithélium, d'un conjonctif ou chorion et d'une membrane basale séparant l'épithélium du conjonctif

- **Épithélium** Il est du type pavimenteux, stratifié. Les cellules qui le composent sont : • Les kératinocytes c'est les plus importantes, elles jouent un rôle dans la synthèse de la kératine • Les cellules claires ou non épithéliales • Les mélanocytes • Et les cellules de Langerhans. Les cellules sont reliées entre-elles par des desmosomes et des tonofilaments. Cet épithélium peut être différencié en 3 types : • L'épithélium buccal tapissant la cavité buccale • L'épithélium sulculaire faisant face à la dent sans y adhérer • L'épithélium jonctionnel réalisant l'adhésion entre la gencive et la dent.
- **La lame basale** L'épithélium et le conjonctif sont séparés par la membrane basale décrite comme une condensation de substance fondamentale et de fibres réticulines, enrobées dans des composants homogènes. Elle est constituée par : • Une zone externe tournée vers le tissu conjonctif, c'est la "lamina densa", • Une zone claire, près de l'épithélium, c'est la "lamina lucida".
- **Tissu conjonctif ou chorion** : C'est un tissu conjonctif hautement spécialisé et organisé, il est fermement attaché à la région cervicale de la racine et aux structures osseuses des procès alvéolaires sans interposition de sous muqueuse. Il est constitué • d'une substance fondamentale • de cellules, de fibroblastes • de fibres • de vaisseaux et de nerfs.

* **Vascularisation** : La vascularisation de la gencive provient des branches des artères alvéolaires supérieures et inférieures suivantes :

- ✓ Les artérioles supra-périostées.
- ✓ Les artérioles interdentaires.
- ✓ Les artérioles du desmodonte.

* **Innervation La gencive** : innervée par les branches maxillaires et mandibulaires du nerf trijumeau. Les troncs nerveux suivent généralement le même trajet que les vaisseaux sanguins

* **Physiologie** : La gencive grâce à sa situation anatomique concourt au maintien de la santé parodontale.

En effet, elle représente le premier élément en face de l'agression provenant du milieu buccal. • Ce rôle est assuré par l'ensemble de ses constituants.

- **Rôle de l'épithélium** : La protection est assurée par l'organisation particulière de l'épithélium qui contient: • Des cellules en strates • Des jonctions intercellulaires • De la kératinisation • Et de la régénération. Cette organisation rend l'épithélium imperméable et résistant aux agressions du milieu buccal.
- **Rôle du chorion** : La fixation ; grâce aux différents groupes de fibres.

La défense ; est assurée par les leucocytes et les lymphocytes existant au sein du conjonctif.

La nutrition et le rôle d'émonctoire : le chorion assure la nutrition de tous les constituants de la gencive grâce à sa vascularisation terminale, cette dernière confère à la gencive le rôle émonctoire (élimination des déchets).

- **Rôle de la membrane basale** : assure l'adhésion de l'épithélium au chorion sous-jacent et la diffusion des éléments nutritifs vers l'épithélium non vascularisé.

2.1.2.2. Le parodonte profond

2.1.2.2.1. L'attache épithéliale :

- **définition** : L'organe dentaire est constitué de l'odonte et du parodonte. L'union entre ces deux éléments est réalisée par un système d'attache. Ce dernier est composé de deux attaches - l'une conjonctive - l'autre épithéliale. C'est l'union entre les cellules épithéliales d'une part, et la surface dentaire d'autre part.
- **Histologie** : Histologiquement, l'attache épithéliale est constituée par * Une membrane basale interne * Des hémidesmosomes * Un produit organique * membrane basale externe.
- **anatomie** : Position de l'attache épithéliale n'est pas statique, elle se situe à différents niveaux au cours de la vie.

Lorsque la dent est en place sur l'arcade, l'attache épithéliale est dans un premier temps située sur l'émail, Vers 20ans l'attache épithéliale commence à migrer en direction apicale et se place partiellement sur le cément cervical, le sulcus est toujours sur l'émail.

Ensuite l'attache épithéliale est au niveau du cément cervical, le fond du sulcus est situé au niveau de la jonction émail-cément.

Puis L'attache épithéliale et le fond du sulcus migrent sur le cément par suite de la dénudation radiculaire.

- **Rôles de l'attache épithéliale** : L'attache épithéliale constitue une barrière protectrice du parodonte profond contre les agressions. Ce rôle est assuré par :- le système d'adhésion, turn-over rapide des cellules épithéliales, dynamisme de l'attache épithéliale, potentiel de défense assuré par l'épithélium jonctionnel.

En Conclusion L'attache épithéliale est une barrière protectrice du parodonte profond, toute altération de celle-ci constitue un point de départ de la maladie parodontale.

2.1.2.2.2. Le desmodonte :

- **Définition** : Le desmodonte ou périodonte ou ligament alvéolo-dentaire (car il est principalement constitué de fibres) est le tissu conjonctif spécialisé, constituée par l'ensemble des éléments contenus dans l'espace desmodontal délimité entre • la corticale interne de l'os alvéolaire • et le cément

Conclusion : Le desmodonte est un appareil conjonctif dérivé du sac folliculaire au cours de l'organogenèse dentaire, relie le cément dentaire à l'os alvéolaire Il est rétabli que ce tissu :

*Déclenche et soutienne l'éruption des dents.

*Amortisse les forces exercées par les dents.

*Fournisse les cellules nécessaires à la régénération du parodonte superficiel et profond.

*Contienne un stock de cellules immunitaires.

*Abrite les récepteurs proprioceptifs nécessaires au guidage de la croissance et des trajectoires mandibulaires, ainsi qu'à la modulation des forces masticatoires.

2.1.2.2.3. Le ciment

- **Définition** : C'est un élément du parodonte, constitué d'un tissu minéralisé et calcifié, qui recouvre la surface radiculaire Il est ni vascularisé, ni innervé, il ne subit pas de résorption physiologique ni de remodelage mais il est caractérisé par une apposition progressive tout au long de la vie Il permet l'insertion des fibres du ligament alvéolo-dentaire à la surface radiculaire donc il participe au maintien de la dent dans son alvéole.
- **Physiologie du ciment** : Le ciment est un tissu ni vascularisé ni innervé mais il est probable qu'il participe aux échanges avec la pulpe et le desmodonte. En effet c'est un tissu vivant, il possède une sélectivité de perméabilité suivant les substrats et le sens de passage aux moyen des fibres de Sharpey, le ciment assure l'attachement et la fixation de la dent il joue également un rôle de protection de la dentine et aussi il rentre dans les processus de réparation des lésions radiculaires.

Dans certain cas, la résorption cémentaire liée à des microtraumatismes se répare par l'apposition d'un ciment de type cellulaire.

2.1.2.2.4. Le milieu buccal :

Le milieu buccal représente un compartiment ouvert sur deux côtés : les lèvres et le larynx. Il abrite : des éléments de transit qui sont l'air et les aliments ; des éléments propres mais provisoires - soit constant comme la salive, - soit inconstant tels que le fluide gingival et une flore buccale plus ou moins spécifique, mobile ou fixée telle que la plaque dentaire.

Tous les constituants fixes bordant ce compartiment tel les gencives, les muqueuses, la langue et les dents sont sensibles aux fluctuations du milieu.

2.1.2.2.5. L'os alvéolaire

- **Définition** L'os alvéolaire est un élément du parodonte profond. Il est formé par l'extension des os maxillaire et mandibulaire qui forment et supportent les alvéoles dentaires. Il naît et disparaît avec la dent. Il épouse parfaitement la forme des dents. Il soutient l'organe dentaire.
- **Structure anatomique** Elle est en étroite relation avec plusieurs facteurs:
Anatomie dentaire: uni ou pluriradiculées; Position de la dent sur l'arcade; Les stimulations fonctionnelles occlusales; anatomie vasculaire; conditions physico-chimiques locales.

* **Les tables osseuses** Constituées d'une corticale interne et une corticale externe. L'épaisseur des corticales est plus réduite au niveau du maxillaire qu'au niveau de la mandibule et aussi réduit au niveau antérieur que postérieur des arcades alvéolaires.

* **Les alvéoles dentaires** Se sont des logettes dans les quelles sont insérées les racines dentaires. Elles sont situées entre deux corticales internes. Leurs forme et leur profondeur sont conditionnées par: La forme et la longueur de la racine; La position de la dent sur l'arcade; La fonction occlusale.

Les alvéoles sont entourés d'une paroi osseuse appelée lame criblée ou lamina dura. Au niveau des dents antérieures des deux maxillaires, cette paroi fusionne avec les corticales sans interposition de tissu spongieux. Au niveau du secteur prémolo-molaire le tissu osseux spongieux peut être interposé entre la corticale et la paroi.

* **Septa Inter dentaire** (septa inter radiculaires) : Les septa inter dentaire sont situés entre chaque alvéole. Les septa inter-radiculaires cloisonnent les alvéoles des dents pluri-radiculées.

* **Crête alvéolaire** Située normalement à 1,5 à 2mm au-dessous de la jonction émail-cément.

- **Histologie**

*Les corticales osseuses Constituées de tissu osseux compact lamellaire et de tissu osseux spongieux haversien.

* Septa ; Tissu osseux spongieux.

* Paroi alvéolaire.

Constituée de minces couches de tissu osseux fasciculé.

- **Physiologie** Fixation de la dent par les fibres de Sharpey;

Soutien ou calage de la dent;

Vascularisation et innervation; Le frein hydraulique de Weski;

Remaniement osseux perpétuel (à cause des forces occlusales).

L'effet des forces sur l'os alvéolaire Physiologiquement il y a un équilibre entre la résorption et l'apposition; s'il y a une force qui s'exerce en dehors de l'axe de la dent. • Du côté opposé de la force exercée il y aura une apposition due à une tension au-dessous de l'hypomochlion et une résorption au-dessus de ce dernier. Du même côté de la force exercée il y aura une résorption due à une pression au-dessous de l'hypomochlion et une apposition au-dessus de ce dernier.

2.2. Anatomie-pathologie

2.2.1 Généralités (définition et historique):

2.2.1.1. Définition :

« Histologie » signifie étymologiquement « science des tissus ».

C'est l'étude des altérations morphologiques de l'organisme, macroscopiques et microscopiques au cours des maladies :

- Inflammatoires ;
- Métaboliques ;
- Néoplasiques ;

2.2.1.2. Historique :

L'anatomie pathologique ne possède pas d'histoire avant le XVI^e siècle, époque où les remarquables travaux de **Vésale**, **Varole**, etc., en posèrent les premières bases. On trouve bien déjà des altérations anatomiques décrites dans diverses régions par **Arétée**, **Celse**, **Galien**, etc., mais il ne s'agissait encore que de faits isolés signalés plutôt à titre de curiosité que comme éléments d'une science sérieuse. C'est à **Th. Bonnet** et surtout à **Morgagni** que revient le mérite d'avoir entrevu le premier le lien rattachant entre elles ces diverses altérations, d'avoir réuni et rapproché les différents faits signalés par les auteurs, d'avoir, en un mot, créé la science de l'anatomie pathologique que des découvertes incessantes ne devaient pas tarder à faire progresser de plus en plus organes. Paraît ensuite Bichat, et la connaissance des tissus pathologiques ouvre une large voie aux travaux d'autres chercheurs à savoir monsieur **Laennec**etc.

Lorsque Bichat notamment, s'appuyant sur les idées de Pinel, établit que deux tissus sujets aux mêmes altérations ont entre eux une parenté anatomique incontestable.

En 1799, Bichat publia le *Traité des membranes*. Ce traité qui constitua l'ouvrage fondamental de l'anatomopathologie initia une nouvelle façon de voir l'anatomie. En effet, à côté d'une vision montrant des organes voisins les uns des autres, il proposait une conception de l'homme constitué par des enveloppes successives qui enveloppaient peu à peu les différents organes. Ce modèle se révéla étonnamment utile et permit de prédire de façon satisfaisante l'évolution d'un certain nombre de maladies. En réalité, elle était étroitement dépendante des pathologies couramment observées à l'époque comme la tuberculose. On observait alors très fréquemment des lésions des séreuses pleurales, péritonéales et péricardiques.

En 1819, Laennec publia son *Traité sur l'auscultation médiate* (c'est à dire avec un cylindre qui sera le précurseur du stéthoscope). Ces nouvelles méthodes donnèrent des résultats objectifs et fiables pour l'examen des organes internes. Cet ouvrage en principe consacré à la présentation et à la promotion de ce nouvel outil diagnostique comportait une très importante partie consacrée à l'examen post-mortem et à la pathologie macroscopique des tissus. Le lien entre l'auscultation et la percussion d'une part et les autopsies étaient très étroit.

En effet, ces nouvelles méthodes d'examen ne trouvaient leur valeur que dans une corrélation étroite avec les autopsies. Tout ceci aboutit vers les années 1830 à la constitution d'un ensemble de connaissances qui se trouva alors brutalement confronté à un nouvel instrument : le microscope !

Vers 1840, le microscope optique est perfectionné et l'optique bénéficie de grandes améliorations. Des lentilles beaucoup plus performantes sont en effet fabriquées, ce qui permet d'obtenir des images beaucoup plus proches de la réalité. C'est à cette époque que les techniques histologiques se mettent en place.

Un tissu est constitué de cellules et des substances qu'elles synthétisent ; ces substances constituent la matrice extracellulaire ou MEC. Bien que plus complexe, l'examen histologique est aujourd'hui souvent assimilé à l'examen microscopique.

L'histologie s'est rapidement intéressée à la morphologie des cellules (l'histochimie), mais aussi à leur fonctionnement et à la conception des tissus (histophysiologie).

Au début des années 1960, la création du microscope électronique permet d'améliorer le grandissement et introduit une nouvelle façon de voir les cellules et les tissus. Aujourd'hui, l'histologie a pour but de mettre en évidence au sein de la cellule, in situ (contrairement à la biochimie), les protéines, l'ADN et l'ARNm.

On distingue quatre familles de tissus, qui sont étudiés dans le cadre de l'histologie générale :

- ✓ Les épithéliums.
- ✓ Les tissus conjonctifs.
- ✓ Les tissus musculaires.

Les tissus nerveux.

Ces tissus sont caractérisés par la composition moléculaire de leur MEC, la nature de leurs cellules et la proportion de celles-ci par rapport à la MEC.

L'histologie spéciale s'intéresse à l'étude de la structure des organes en étudiant l'anatomie microscopique d'une part et l'histophysiologie d'autre part.

Les organes sont regroupés en systèmes ou en appareils ; ceux-ci ont chacun une ou plusieurs fonctions bien définies et assurent le fonctionnement de l'organisme.

L'anatomie pathologique, quant à elle, étudie les tissus pathologiques. Le diagnostic de nombreuses pathologies repose sur l'examen microscopique de petits échantillons tissulaires appelés biopsies.

A partir du moment où les médecins ont renoncé à l'ancienne conception des entités morbides et qu'ils n'ont plus vu dans les maladies un ennemi mystérieux venant s'attaquer à l'organisme, mais une simple perturbation de son état normal, l'idée des altérations matérielles des tissus et des organes est devenue inséparable de celles des troubles fonctionnels en pathologie.

Il est évident en effet qu'à tout changement dans les actes organiques doit correspondre une modification dans la constitution des parties qui agissent. Parmi ces modifications les unes sont d'ordre biochimique, les autres portent sur la structure même des organes et relèvent par conséquent de l'anatomie; il n'est guère possible d'ailleurs de tracer une limite rigoureuse entre la biochimie et l'anatomie pathologique. L'anatomie pathologique a donc essentiellement pour objet l'étude des altérations survenues dans les tissus et les organes du corps humain; elle détermine quels sont les organes atteints, les changements éprouvés par ces organes dans leurs rapports, leur forme, leur volume, leur consistance, leur structure, leur composition, etc.

Pour se rendre un compte exact de l'importance de l'anatomie pathologique il est nécessaire d'étudier cette science dans les rapports qu'elle affecte avec les autres branches de la médecine. Tout d'abord l'anatomie normale trouve en elle d'utiles indications.

Elle donne également un concours précieux à la physiologie. Le physiologiste tire certainement la plupart de ses renseignements de l'expérimentation et des autopsies faites sur des animaux normaux; mais les résultats acquis ne sauraient toujours s'appliquer intégralement à l'humain, car les mutilations accessoires modifient dans bien des circonstances les conclusions obtenues; mais la maladie arrive et réalisant d'elle-même, chez l'humain, les conditions expérimentales que cherchait l'opérateur, Elle permet de constater plus tard par l'autopsie, actuellement par la clinique, les faits demandés par le physiologiste et que sa science était impuissante à lui fournir.

La diversité et la multiplicité de ces moyens d'exploration donnent une idée des altérations nombreuses et dissemblables qu'il est possible de constater. Mais si nombreuses et si dissemblables que soient ces lésions, elles ne sont pas sans offrir entre elles de nombreux points de rapprochement; on s'explique donc la nécessité d'une classification permettant de les ranger d'une façon méthodique de manière à en faciliter l'étude et la compréhension. Le point de vue auquel on peut se placer dans une classification de ce genre est essentiellement variable, d'où par suite les nombreuses tentatives essayées par les différents auteurs qui se sont occupés de la question. **Lobstein**, qui envisageait les diverses altérations au point de vue anatomique et anatomo-pathologique, avait proposé les six grandes classes suivantes :

1° les changements de forme et de volume;	4° les développements de tissus nouveaux analogues;
2° les changements de position et de connexion ;	5° les développements de tissus nouveaux différents;
3° les raréfactions de tissu (infiltrations gazeuses et séreuses, inflammation);	6° enfin le développement de produits morbides sans connexion avec les tissus (corps étrangers, concrétions, porosités).

Rokitansky, se fondant sur les propriétés physiques des tissus, a admis dix classes ainsi distribuées :

1° anomalie de nombre (monstruosités);	6° anomalie de couleur;
2° anomalie de grandeur;	7° anomalie de consistance;
3° anomalie de forme;	8° anomalie de continuité,
4° anomalie de position;	9° anomalie de texture (hyperémie, hémorragie, anémie, inflammation, gangrène, néoplasmes organisés, formés de tissus analogues ou de tissus

	différents, néoplasmes non organisés, maladies des tissus);
5° anomalie de rapport;	10° déviation de contenu, pneumatose, corps étrangers, parasites, maladies du sang.

Grâce aux progrès accomplis par l'embryologie et l'anatomie normale, on a renoncé à faire des classifications anatomo-pathologiques autonomes. La pathologie étant essentiellement une science de comparaison, comparaison du morbide au normal, on divise aujourd'hui l'anatomie pathologique, parallèlement à ce qui se fait en anatomie normale, en anatomie pathologique générale et anatomie pathologique spéciale. La première comprend l'étude des altérations des éléments anatomiques, des tissus et des humeurs, à savoir : les névroses, les atrophies, les dégénérescences, les hypertrophies, et les hyperplasies des éléments; les inflammations, les tumeurs, l'hématologie pathologique, etc., les parasites et les malformations en général. La deuxième s'occupe des altérations des organes et des appareils en particulier. Ces classifications n'ont pas seulement un but didactique. Rapprochant les lésions analogues les unes des autres, permettant dès lors par le raisonnement d'assimiler entre elles les origines et les causes productives des différentes affections, elles permettent d'en déduire des conséquences pratiques pour le traitement.

2.3. Description de la pathologie des accroissements gingivaux :

De cause locale et générale ; ils sont des entités similaires cliniquement. Cependant l'interrogatoire va nous orienter vers une étiologie générale associée à une irritation locale, seul l'examen anatomopathologique arrive à établir la différence entre hypertrophie et hyperplasie. Le traitement va donc associer dans la plupart des cas un traitement local à un traitement général.

Les causes générales peuvent être liées à une étiologie ; inconnue (hypertrophies gingivales idiopathiques), hormonales, médicamenteuses, ou liées à une carence en vitamine C ou aux hémopathies.

2.3.1 .Hypertrophies gingivales idiopathiques :

Les hypertrophies gingivales idiopathiques sont rares voire exceptionnelles. Deux formes sont décrites :

- l'hypertrophie gingivale du développement dentaire.
- l'hypertrophie gingivale congénitale.



Figure n°04 : épaississement idiopathique de la gencive et de l'os
figure n°05-a

2.3.2. Hypertrophies gingivales hormonales :

Figure n°05-a : gingivite gravidique sévère. A gauche : la préparation histologique de la gencive (pas l'épulis ; voir le trait sur l'image clinique) présente en même temps qu'un épithélium buccal normal ;

Et un infiltrat inflammatoire relativement faible des vaisseaux très élargis (HE, 40x).

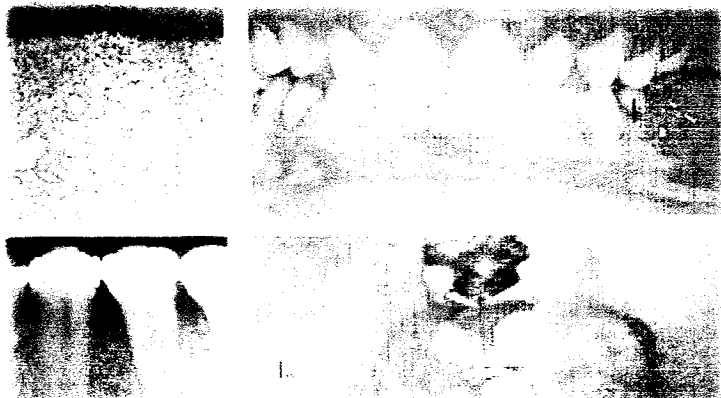


figure n°05-b

Figure n°05-b : épulis gravidique.

A gauche : du point de vue de la radiographie, les premières apparitions de pertes horizontales faibles (déminéralisation) apparaissent au niveau de l'os cortical crestal des septa interdentaires.

- l'hypertrophie gingivale de la grossesse.
- l'hypertrophie gingivale contemporaine à la puberté.
- l'hypertrophie gingivale liée à la prise d'oestrogénostatifs.

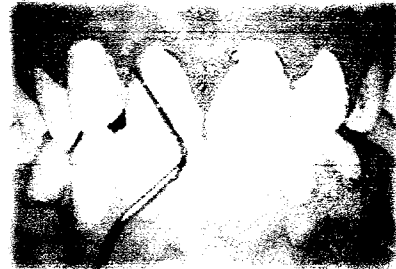


Figure n°06 : gingivite pubertaire

2.3.3 Hypertrophie gingivale liée à une carence en vitamine C

La gencive marginale est rouge, bleutée, molle et friable. Au niveau histologique, on observe une hypertrophie essentiellement **fibreuse**.

2.3.4 Hyperplasies gingivales iatrogènes :

Certains médicaments peuvent être à l'origine, associés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire de la survenue d'une hyperplasie gingivale. Trois types sont décrits :

- **l'hyperplasie gingivale liée à la prise de Nifédipine (Adalate ®) :**

La nifédipine ou Adalate® est un médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension, de l'angor et des phénomènes de RaynaudII fait partie des inhibiteurs calciques de la famille des dihydropyridines.

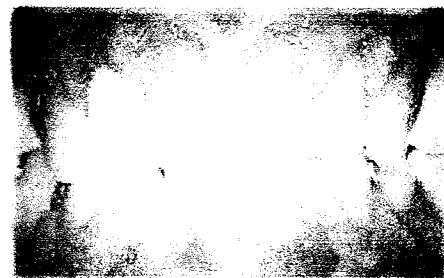


Figure n°07 : hyperplasie légère à modérée due à la Nifédipine.

- l'hyperplasie gingivale liée à la prise de cyclosporine A (Néoral®) :

La Cyclosporine A (Néoral®, Sandimmun®) est un immunosuppresseur.

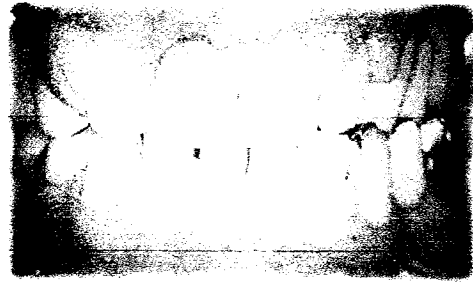


Figure n°8 : hyperplasie légère à modérée due à la cyclosporine.

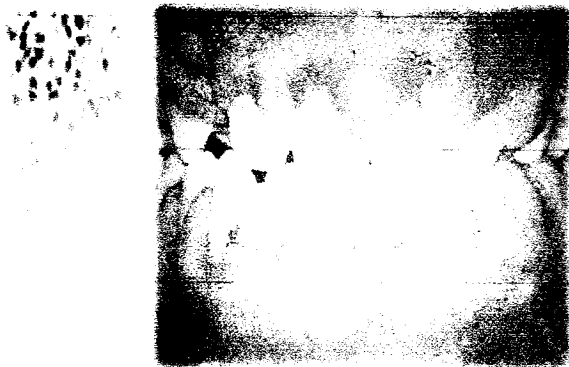


Figure n°09 : hyperplasie sévère due à la Cyclosporine-Surdosage.

A gauche : sur le plan histologique on observe dans le tissu conjonctif sub-épithélial infiltré des cellules plasmiques et des granulocytes neutrophiles (due à la plaque ; non typique des médicaments ;HE,400x)

- l'hyperplasie gingivale liée à la prise de diphénylhydantoïinate de soude (Dihydant®) : Le Diphénylhydantoïinate de Soude ou Dihydant® est un médicament utilisé dans le traitement des crises d'épilepsie. Il agit comme un régulateur de la conduction nerveuse et empêche les décharges répétitives et prolongées.

Dans les trois cas, il s'agit d'hypertrophie à forte composante **inflammatoire, hypervascularisée.**

Au niveau du traitement, en plus d'une motivation rigoureuse à l'hygiène bucco-dentaire, on demandera au médecin traitant de remplacer le médicament par un autre ayant une efficacité similaire. Si l'on observe une gêne esthétique ou fonctionnelle, la réalisation de multiples gingivectomies de réduction chirurgicale, peut être envisagée. La récurrence est inévitable si le traitement est continué.

2.3.5 Hyperplasies gingivales des hémopathies :

Les hémopathies sont des maladies touchant les différents éléments cellulaires du sang. Ce sont particulièrement les leucémies, proliférations malignes des tissus hématologiques, qui peuvent avoir des répercussions buccales.

2.3.6 Hyperplasies gingivales irritatives :

Font suite généralement à une prothèse adjointe mal adaptée toutes ses pathologies sont dues à une mauvaise hygiène bucco-dentaire voire nulle.

2.4. Classification des différentes formes d'épulis :

2.4.1. Définition :

Un épulis désigne étymologiquement une formation apparaissant sur la gencive, (épi = dessus, oulon, gencive)

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. D'étiologies très diverses, souvent intriquées, avec un processus inflammatoire, elle s'observe à tout âge.

Le critère de bénignité 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 ».

Cette pseudotumeur ou hyperplasie gingivale est localisée. Ainsi on distingue plusieurs types d'épulis (voir tableau récapitulatif des différents épulis).

2.4.2 Tableau comparatif des tumeurs épulidiennes sur le plan clinique :

Epulis	Clinique	Etiologie	Diagnostique différentielles
Congénital	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 (figure°10), 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.	Idiopathique	Comprend les tumeurs mélanotiques neuro-ectodermiques de l'enfance, l'épulis inflammatoire et les fibromes.
Fissuratum	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. (figure n°11)	Agent irritatif	comprend les fibromes multiples, la neurofibromatose et le carcinome épidermoïde.

Gravidique

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 (figure n°05-b).

Troubles
hormonaux

comprend l'épulis banale et le granulome périphérique à cellules géantes.

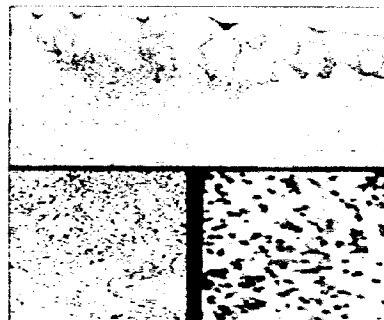


Figure n°10 : vue clinique d'un épulis congénital

Epulis Fissuratum



Source: TUSDM



Source: TUSDM 18

Figure n° 11 Différentes formes d'Epulis fissuratum

A droite : vue histologique correspondante

2.4.3 Etiopathogénie :

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.

2.4.4 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 :

- Les nuances histologies sont multiples ; mais on individualise surtout les granulomes périphériques hyperplasiques simples et les granulomes périphériques giganto-cellulaires, ou à myéloplaxes.

- **Epulis simples**
- **Epulis inflammatoires** : qui ne sont autre chose que des granulomes hyperplasiques (voisins du bourgeon charnu).

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. Cette forme est cliniquement proche de la forme vasculaire.

- **Epulis vasculaire** :

Elle est aussi appelée granulome pyogénique ou télangiectasique gingival à cause de l'abondance vasculaire de la tumeur.

Figure n°12: vue clinique d'un granulome pyogénique.

A gauche : sur le plan histologique ; on observe un tissu de granulation lâche fortement vascularisé (HE, 40x).



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.

- **Epulis fibreux :**

Appelé aussi fibrome irritatif gingival, elle est constituée par du tissu fibreux toujours diffus, jamais encapsulé, recouvert par un épithélium mince ou hyperplasique. Cette masse fibreuse est dense et infiltrée de lymphocytes ; elle est de limites floues et recouverte directement par l'épithélium.

Figure n°13: vue clinique d'une épulis fibreux

A gauche : sur le plan histologique, on constate un tissu fibreux.



On peut s'attendre à un infiltrat de monocytes uniquement en cas d'inflammation secondaire.
Collec.B.Maeglin.

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.

Nous signalons qu'il peut exister des formes de maturation d'un épulis inflammatoire en un épulis vasculaire ou fibreux, qui lui aussi peut présenter des métaplasies osseuses. Ce qui donne à l'examen anatomopathologique des formes intermédiaires à côté des formes classiques.

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

- **Epulis à cellules géantes ou épulis à myélopaxes :**

Encore appelés fibromes à cellules géantes ou granulomes périphériques, ils présentent souvent des aspects nodulaires avec plusieurs lobules vasculaires ou fibreux séparés par des cloisons fibreuses.

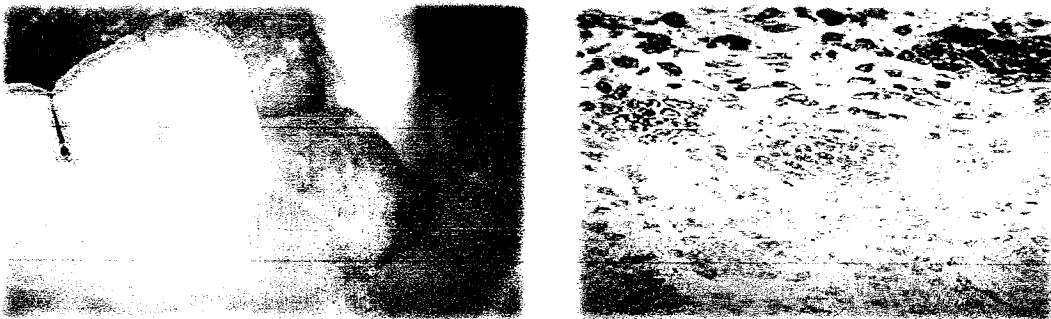


Figure n°14 : vue clinique d'une épulis à cellules géantes.

Cliniquement semblables à l'épulis granulomateux ; l'épulis à cellules géantes ne peut être différencié de ce dernier que sur le plan histologique la tumeur peut devenir très grande et comme pour cette patiente âgée de 50 ans repousser les dents adjacentes.

A droite : vue histologique ;

Ces épulis sont limités 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 myélopaxes. Comme les épulis simples, les épulis à cellules géantes présentent des formes inflammatoires, vasculaires ou fibreuses avec ou sans ossification.

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.

- **L'épulis granulomateux ou granulome postextractionnel :**

Cet 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.



Figure n°15 : vue clinique d'un épulis postextractionnel.

Histologiquement, cet épulis correspond au granulome pyogénique ou épulis vasculaire, qui doit être enlevé chirurgicalement.

2.4.5 Indications et contre-indications du traitement :

2.4.5.1 indications :

- ✓ La chirurgie est indiquée pour toute hypertrophie gingivale
- ✓ La chirurgie au laser est souhaitable chez les jeunes en raison de :
 - Réduction de saignement.
 - L'application du pansement n'est pas nécessaire.
 - Indolore.
 - Cicatrisation rapide et sans complication.

2.4.5.2 contre-indications :

- ✓ Déficience immunitaire ou patient sous immunodépresseur.
- ✓ Pathologie cardiaque.
- ✓ Maladie psychiatrique.
- ✓ Hémopathie.
- ✓ Allergie à l'anesthésie.
- ✓ Les hypertendus.

2.4.6. Traitement :

- motivation à l'hygiène bucco-dentaire.
- élimination des facteurs étiologiques.
- prises en charge des pathologies associées par un médecin traitant ou spécialisé.
- modification des traitements médicamenteux en cours par le médecin traitant.
- abstention, prescription de bains de bouche antiseptiques (grossesse, hypertrophies médicamenteuses, hémopathies)
- gingivectomie chirurgicale de réduction si inconfort pour le patient ou dans le cas d'une forme non régressive.
- récurrence importante si l'environnement reste inchangé.

- traitement au laser à diode :

Avant chaque traitement, une anesthésie par infiltration (lidocaïne 2 %, 1 cc) est utilisée. Le laser à diode est calibré. L'excision est la technique chirurgicale utilisée. Une traction est appliquée sur la lésion avec des forces et est excisée à sa base ;

Aucune suture n'est nécessaire.

Les avantages :

La chirurgie laser est un traitement adapté à l'épulis et offre de nombreux avantages et bénéfices. La propriété de coagulation élevée du laser à diode 980 nm, due à sa bonne absorption par l'hémoglobine, figure parmi ses avantages intra-opératoires et permet au chirurgien d'avoir une bonne visibilité du champ opératoire.

La cicatrisation sans complication et sans douleur, sans saignement ou gonflement, une semaine après l'intervention, est l'un de ses avantages post-opératoires.

La courte durée de l'intervention minimise la crainte et l'anxiété du patient pendant l'intervention. La chirurgie laser est bien tolérée par tous les patients.

En conclusion : le traitement de l'épulis au laser présente des avantages tant pour le patient que pour le chirurgien .

- traitement au laser à diode :

Avant chaque traitement, une anesthésie par infiltration (lidocaïne 2 %, 1 cc) est utilisée. Le laser à diode est calibré. L'excision est la technique chirurgicale utilisée. Une traction est appliquée sur la lésion avec des forces et est excisée à sa base ;

Aucune suture n'est nécessaire.

Les avantages :

La chirurgie laser est un traitement adapté à l'épulis et offre de nombreux avantages et bénéfiques. La propriété de coagulation élevée du laser à diode 980 nm, dû à sa bonne absorption par l'hémoglobine, figure parmi ses avantages intra-opératoires et permet au chirurgien d'avoir une bonne visibilité du champ opératoire.

La cicatrisation sans complication et sans douleur, sans saignement ou gonflement, une semaine après l'intervention, est l'un de ses avantages post-opératoires.

La courte durée de l'intervention minimise la crainte et l'anxiété du patient pendant l'intervention. La chirurgie laser est bien tolérée par tous les patients.

En conclusion : le traitement de l'épulis au laser présente des avantages tant pour le patient que pour le chirurgien .

3/ EXAMEN ACP PROPRESMENT DIT :

3.1-les différentes étapes de l'analyse d'un prélèvement :

3.1.1- Fixation d'un prélèvement :

« La fixation est une opération destinée à tuer les cellules en les conservant, autant que possible, en l'état où elles se trouvaient pendant la vie. Faute de fixation, il y a risque d'autolyse... Les meilleurs fixateurs sont ceux qui, tout en agissant rapidement, produisent le moins possible de modifications secondaires ou d'artifices susceptibles de donner une idée très fautive de la morphologie interne des cellules. »

(M. Langeron, 1949)

Il existe 2 variétés de fixateurs :

- ceux qui pénètrent rapidement et fixent lentement, comme le Formol,
- ceux qui pénètrent lentement et fixent rapidement comme le Bouin.

Aussi, le Formol convient mieux aux grosses pièces alors que le Bouin convient aux petites pièces. Actuellement c'est l'Alcool-Formol Acétique (AFA) qui est utilisé pour les petites pièces.

La « bonne » fixation doit éviter des écueils : pour les *grosses pièces*, la fixation sera insuffisante si elles sont plongées dans une quantité insuffisante de liquide, ou pendant trop peu de temps, ou sans avoir été disséquées ou recoupées en tranches de 1 ou 2 cm permettant une mise en contact plus rapide du fixateur avec les tissus Profonds ; ou lorsqu'elles ont été plongées dans un fixateur rapide et peu pénétrant, le centre n'étant alors pas fixé alors que la surface l'est trop.

Les biopsies de petite taille deviendront surfixées si l'acheminement au laboratoire a été trop long. Si le délai d'acheminement est supérieur à 24 heures, c'est le formol qui devra être utilisé quelle que soit la taille du prélèvement.

Pour les *tissus fragiles*, comme le foie, le ganglion... une bonne fixation ne peut se faire que sur des tranches fines (1 à 2 mm d'épaisseur) qui souvent ne peuvent être obtenues que sur des fragments durcis par quelques heures de fixation. Ces problèmes ne se posent que s'il s'agit de biopsies chirurgicales et non de biopsies à l'aiguille !

Règles générales :

En dehors des micro-biopsies, il est indispensable, avant toute fixation, de **mesurer** et, éventuellement, de **peser** et photographier la pièce. **La quantité de fixateur doit être suffisante**, au moins 2/3 de liquide fixateur pour 1/3 de volume de pièce.

Le fixateur doit être placé en **premier** dans le récipient afin que la pièce ne « colle » pas à ses parois. Le flacon doit être immédiatement étiqueté (n° et/ou nom du patient sur le flacon et non sur le couvercle).

Pour les micro-biopsies, il est souvent utile de **colorer légèrement** le liquide fixateur (1 goutte d'éosine ou de bleu de toluidine à 0,1 %, par exemple) afin de mieux visualiser le fragment. Celui-ci sera si possible placé sur le **fond mouillé** d'une cassette, un seul fragment étant posé dans chaque cassette (si 3 petits fragments cylindriques : 3 cassettes

Dans tous les cas où cela est possible, la pièce doit être convenablement orientée avant toute fixation avec des repères sous forme de fils colorés, ou mieux, placée sur une planche de polystyrène topographiée

3.1.1.1-Les différents fixateurs :

3.1.1.1.1-Fixateurs à base de formaldéhyde :

- Formol Neutre à 10% :

Le « formol pur » correspond en fait à la solution aqueuse de formaldéhyde à 40%, vendue dans le commerce sous la dénomination de « formol. » La solution à utiliser doit être encore diluée à 10% : on obtient un formol à 5%.

Indications :

- ✓ Toute l'histologie de routine
- ✓ Les grosses pièces en première intention (les entailler auparavant)
- ✓ Etude des lipides en histochimie

Préparation: tableau n°02

Formol « pur » du commerce	
Eau distillée	90 ml
Carbonate de Calcium *	1 g

* Le carbonate de calcium sert à neutraliser le formol, c'est-à-dire évite la formation d'acide formique en en diminuant le pH.

Conservation : plusieurs mois

Temps réel de fixation : il est variable en fonction de la quantité de matériel à fixer, habituellement un à deux jours.

Après fixation : on peut, si nécessaire, éliminer le pigment formolique sur coupe par immersion, pendant 5 min, dans un mélange d'alcool ammoniacal (alcool ammoniacal à 28 % = 5 ml, alcool à 70° = 100 ml

- **Formol NaCl** : De composition très simple

Préparation : Tableau n°03

Formol pur du commerce	13 ml
NaCl	0,9 gr
Eau distillée	87 ml

NB1 : la solution de formol utilisée comme fixateur est donc obtenue par dilution à 10% de la solution aqueuse de formaldéhyde à 40% considérée comme formol « pur. »

3.1.1.1.2- Liquide de Bouin aqueux

Indications

-Toute l'histologie de routine (il convient moins bien que le Formol pour certains examens histochimiques ultérieurs).

-Il est utilisé en première intention pour les petits prélèvements (moins de 1cm³) ou en deuxième intention après une première fixation formolée.

Préparation : Tableau n°04

Liquide de Bouin	fort	faible
Formol « pur » du commerce	25 ml	10 ml
Acide picrique à saturation dans l'eau *	75 ml	50 ml
Acide acétique glacial	5 ml	5 ml
Eau distillé	0 ml	35 ml

* Il est bon d'avoir toujours au laboratoire une réserve d'acide picrique à saturation dans l'eau.

Conservation : quelques mois

Temps réel de fixation :

Fragment de moins de 2 mm³ : de 2 à 3 heures.

Fragment supérieur à 1 cm³ : habituellement 1 jusqu'à 3 jours.

NB : Du fait de la présence d'un acide (acide picrique) le liquide de Bouin a un léger pouvoir décalcifiant.

Après fixation : on déshydrate directement dans les alcools.

- Liquide de Bouin Alcoolique (Dubosq Brasil)

Indications : il complète le Bouin par ses qualités très pénétrantes.

Préparation : Tableau n°05

Alcool à 80°	150 ml
Formol « pur » du commerce	60 ml
Acide acétique glacial	15 ml
Acide picrique	1 g

NB : Il peut être utile d'avoir une provision de solution d'acide picrique dans l'alcool à 80°. C'est un fixateur très pénétrant.

Temps réel de fixation : De 1 à 3 jours, puis plonger directement dans l'alcool à 90°.
Les très petites pièces (1mm d'épaisseur) peuvent être fixées en 30 min.

- Liquide de Bouin Hollande :

Indication :

- ✓ toute l'histologie de routine.
- ✓ En première intention pour les organes lymphoïdes et hématopoïétiques.
- ✓ Pour les petits prélèvements de moins de 1 cm³.
- ✓ C'est un fixateur rapide excellent.

Préparation : tableau n°06

Formol du commerce	10 ml
Acide picrique	4 g
Acide acétique glacial	1,5 g
Acétate neutre de cuivre	2,5 g
Eau distillée	100 ml

Protocole :

- ✓ Dissoudre à froid au mortier l'acétate de cuivre dans l'eau distillée.
- ✓ Ajouter l'acide picrique en remuant.
- ✓ Après dissolution ajouter le formol et l'acide acétique glacial.

Conservation : quelques mois.

Temps réel de fixation : comme le Bouin.

Après fixation : déshydrater directement dans les alcools sans passer par la phase aqueuse.

3.1.1.1.3-Autres Fixateurs :

- Alcool-Formol-Acétique (A.F.A.) :

Indications: tous tissus, petits fragments

Préparation : tableau n°07

Formol « pur » du commerce	20 ml
Acide acétique glacial	50 ml
Alcool éthylique absolu	750 ml
Eau distillée	180 ml

Conservation : excellente

Temps réel de fixation : 24 heures

Après fixation : passage direct dans les alcools.

Alternative : la concentration de Formol pur peut être augmentée de 20 à 100 ml/litre

Remarque : *Les fixateurs contenant de l'acide acétique assurent une meilleure coloration nucléaire.*

-Fixateurs à base de Chlorure de Zinc :

Permettent à la fois une bonne morphologie et la conservation d'une majorité d'épitopes nécessaires à l'immuno-marquage sur tissu inclus en paraffine

Solution faible

Préparation : tableau n°08

Formol « pur » du commerce	130 ml
Acide acétique glacial	5 ml
Chlorure de zinc	10 g
Eau distillée	860 ml

Conservation : excellente

Temps réel de fixation : 24 heures au moins

Après fixation : passage direct dans les alcools.

Alternative :

- Formol NaCl Zinc

Préparation : tableau n°09

Formol pur du commerce	130 ml
NaCl	9 gr
Chlorure de Zinc	10 gr
Eau distillée	870 ml

- *Formol alcool Zinc*

Préparation : tableau n°10

Formol pur du commerce	130 ml
Acide acétique	50 ml
Alcool absolu	750 ml
Chlorure de Zinc	10 gr
Eau distillée	150 ml

La concentration de Chlorure de Zinc peut varier de 10 gr/litre à 50 gr/litre. Les petits fragments peuvent être fixés rapidement (2 h), les plus larges 24 h et au-delà

3.1.2-Transmission et acheminement d'un prélèvement :

Les prélèvements doivent être adressés aussi rapidement que possible à la structure d'ACP. Les cliniciens sont responsables de la qualité du prélèvement adressé et doivent donc avoir connaissance des procédures d'acheminement du prélèvement jusqu'au laboratoire.

3.1.3- Réception des prélèvements

Recommandations de bonnes pratiques en anatomie-cytopathologique (ACP)

En pathologie humaine, l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP) publie depuis 1995 un ensemble de recommandations concernant les bonnes pratiques dans les structures d'ACP mises à jour chaque année, outil indispensable pour une meilleure qualité de prise en charge des actes.

La réception doit respecter une procédure écrite afin, notamment, de déceler toute anomalie d'acheminement ou de transmission.

La date de réception doit figurer à côté de la date du prélèvement sur le formulaire de demande d'examen.

Les examens sont consignés par numéro d'enregistrement dans un cahier journalier qui doit être conservé indéfiniment et dont les informations seront détaillées dans ce qui s'en suit-voir annexe-

3.1.4- Identification des prélèvements :

L'identification correcte d'un prélèvement et sa préservation jusqu'à l'enregistrement par la structure d'ACP sont essentielles. L'identification doit figurer sur le flaconet sur le formulaire de demande.

Les examens urgents doivent être identifiés de façon spécifique.

3.1.5- Imprégnation et inclusion :

Les prélèvements ayant achevé leur fixation sont déposés dans des cassettes en plastique, directement s'il s'agit de biopsies.

Puis les tissus contenus dans les cassettes sont déshydratés par passage dans des alcools, l'alcool est éliminé par des solvants (xylène) puis la paraffine liquide à 56° imprègne les tissus et est refroidie. Ces étapes sont automatisées dans des appareils à inclusion.

L'étape finale de l'inclusion est manuelle et consiste à réorienter convenablement le fragment tissulaire dans le sens de la coupe dans un moule de paraffine.

3.1.6-Coupes et colorations :

Le bloc solide de paraffine contenant le tissu est coupé grâce à un microtome, les coupes de 3 à 5 microns d'épaisseur sont étalées sur des lames. Après dissolution de la paraffine, puis réhydratation, le tissu est coloré automate à coloration

La coloration usuelle associe un colorant basique nucléaire (hématoxyline, hématoxyline) et un colorant acide cytoplasmique (éosine, érythrosine, ou phloxine); on y ajoute souvent du safran qui se fixe sur le collagène.

La coupe colorée est protégée par une lamelle de verre collée ou par un film plastique transparent. Elle est analysée au microscope par un médecin anatomo-pathologiste qui établit un compte-rendu. Les blocs et les lames sont ensuite archivés.

3.1.7-Plateau de lecture :

Les lames colorées accompagnées des renseignements cliniques sont préparées pour le médecin pathologiste qui les observe au microscope : détection et interprétation des lésions pour établir un diagnostic

3.1.8-Archivage des lames et des blocs.

3.2- Matériels et méthodes :

3.2.1-Matériel :

3.2.1.1. Les différents types de prélèvements :

3.2.1.1.1.Les prélèvements cytologiques :

Le matériel cellulaire peut être obtenu de diverses façons :

3.2.1.1.1.1 -Recueil des liquides spontanément émis (fistule, drain.)

3.2.1.1.1.2 - Raclage, brossage, écouvillonnage, aspiration de cellules desquamant spontanément (bulle cutanéomuqueuse, bronches, voies biliaires, ...)

3.2.1.1.1.3 - Ponction à l'aiguille d'un liquide (kyste, collection, ...) avec ou sans contrôle écho-ou scannographique.

3.2.1.1.1.4 - Ponction à l'aiguille d'un organe ou d'une tumeur (ganglion, nodule thyroïdien ou mammaire, ...) avec ou sans contrôle échographique ou scannographique.

3.2.1.1.1.5 - Apposition d'un tissu (pièce opératoire, biopsie) sur une lame.

3.2.1.1.2 LES PRELEVEMENTS TISSULAIRES :

Le praticien peut également être conduit à faire des prélèvements au niveau d'autres tissus :

3.2.1.1.2.1. Biopsie (notre intérêt d'étude) :

La biopsie est un examen complémentaire d'une valeur diagnostique primordiale, permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic posé lors de l'examen clinique.

Le polymorphisme des affections de la muqueuse buccale pose le problème de diagnostic.

En effet, à côté du diagnostic clinique orienté par des signes aussi bien physiques que fonctionnels, le diagnostic de certitude ne peut être posé que grâce à un examen anatomo-pathologique.

Ainsi, dans sa pratique courante, le clinicien peut être amené à réaliser plusieurs types de prélèvements au niveau de la muqueuse buccale ;

- Biopsie par incision,
- Biopsie par excision,
- Biopsie extemporanée,
- Frottis,
- ponction-biopsie à l'aiguille ;

- Définition de la biopsie:

La biopsie consiste à prélever un fragment de tissu vivant par des moyens chirurgicaux dans le but de pratiquer un examen histologique, biochimique, microbiologique ou immunologique.

- Indication de la biopsie:

L'indication la plus commune d'une biopsie est l'établissement ou la confirmation du diagnostic d'une lésion suspecte. Cette dernière est caractérisée par les éléments suivants :

- ✓ Absence de guérison dans un laps de temps raisonnable (2 semaines),
- ✓ Symptomatologie et aspect clinique ne permettant pas de poser le diagnostic ou de déterminer s'il s'agit d'une lésion bénigne ou maligne.

Rappelons que les signes de malignité sont représentés par l'aspect bourgeonnant ou ulcéreux, l'induration, l'adhérence aux plans profonds, l'absence de douleur, la présence d'adénopathies et l'existence d'une mobilité dentaire isolée sans cause apparente. Lorsque le diagnostic d'une lésion suspecte est déjà porté cliniquement, la biopsie permet de confirmer et de préciser sa nature et ses caractères propres.

Il en est de même pour les lésions malignes débutantes, qui, le plus souvent, peuvent être suspectées de malignité sans pour autant être fermement diagnostiquées comme telles sur le seul examen clinique,

Ce qui explique la nécessité d'une confirmation histologique qui seule autorise la mise en route d'un traitement. En effet, les signes d'appel sont souvent tardifs ; et n'apparaissent qu'à un stade assez avancé de la pathologie (Douleurs, dysphagie, otalgie...).

Ainsi, devant une lésion maligne, l'intérêt de la biopsie est alors triple. Outre la classification histologique de la tumeur, elle peut permettre d'en connaître l'évolutivité et de moduler en conséquence la thérapeutique. Selon la nature histologique, il est possible d'apprécier la radio ou la chimiosensibilité tumorale. Le traitement sera définitivement codifié, voire rectifié dès le résultat du prélèvement.

Dans d'autres situations par contre, la clinique seule ne permet pas de poser un diagnostic précis, c'est alors à l'examen anatomo-pathologique qu'il incombe de poser ce diagnostic.

C'est ainsi qu'une ulcération chronique non spécifique ou un érythème polymorphe peuvent évoquer plusieurs diagnostics probables, qu'il est à peu près impossible de différencier d'après le seul examen clinique.

- Contre-indications :

Contre-indications absolues:

- Il existe un certain nombre de risques qui contre-indiquent la réalisation d'un prélèvement:
- Risque de dégénérescence maligne: Ce risque est provoqué à la suite du traumatisme représenté par l'acte lui-même. Ex : Neurofibromatose de Von Recklinghausen, lichen-plan, Risque d'essaimage et d'extension en tissu sain . Ex : Tumeurs mixtes salivaires,
- Risque d'aggravation d'un processus malin évolutif. Certaines tumeurs, telles que les tumeurs naeviques, sont susceptibles après traumatisme biopsique de voir leur potentiel évolutif exacerbé, car lors de la biopsie, on va provoquer une effraction vasculaire et donc un risque de dissémination,
- Risque hémorragique grave : Ex : tumeurs vasculaires ou angiomes.

Contre-indications relatives:

-Comme tout acte chirurgical, la biopsie peut être contre-indiquée en cas de risque infectieux ou hémorragique. Ces contre-indications, en rapport avec l'état général du patient, ne sont que relatives, car tout acte peut être réalisé dès que le protocole de prise en charge du patient est établi en collaboration avec le médecin traitant et en prenant les précautions qui s'imposent devant tout patient à risque,

-La biopsie peut également être contre-indiquée lorsque la notion de continuité est compromise. Il faut en effet considérer la biopsie comme un des éléments de l'ensemble des mesures thérapeutiques pour lequel une certaine continuité doit être respectée.

Or la réalisation d'une biopsie peut entraîner des modifications de forme ou de volume ou une désorganisation tissulaire de nature inflammatoire susceptible de désorienter ou de gêner l'appréciation de la thérapeutique par le praticien.

-Lorsque la biopsie soit contre-indiquée pour des raisons de faisabilité ou de compétence.

- les différentes formes de biopsie :

- ✓ La biopsie incisionnelle:

Elle consiste à prélever un petit fragment de la lésion, en vue de confirmer ou d'infirmer le diagnostic clinique ou d'apporter des précisions complémentaires. Cette biopsie est en général indiquée lorsque les dimensions de la lésion excèdent 1cm (lésions étendues ou diffuses).

Il est nécessaire de choisir une zone représentative de l'ensemble de la lésion, à cheval sur la lésion et les muqueuses saines périphériques. Ceci est possible lorsque la lésion est homogène. Lorsqu'elle ne l'est pas, on peut réaliser plusieurs petits prélèvements qu'il faut numéroter et identifier.

Il faut éviter les ulcérations et les zones de nécrose, qui sont le plus souvent ininterprétables.

Il existe 2 types d'incision:

- Triangulaire,
- Elliptique en quartier d'orange.

Quelque soit l'incision choisie, elle doit permettre la libération d'un fragment de taille et d'épaisseur suffisantes.

- ✓ La biopsie excisionnelle:

Lorsque la lésion au niveau de la muqueuse buccale est de petite taille, elle ne peut pas faire l'objet d'une biopsie mais plutôt d'une exérèse emportant la totalité de la lésion avec une marge suffisante lorsqu'il existe une suspicion de malignité. Il s'agira alors d'une biopsie excisionnelle.

3.2.1.1.2.2 Les pièces opératoires : exérèse partielle ou complète d'un organe.

3.2.1.1.2.3 L'autopsie :

- ✓ médico-légales : pratiquée sur ordre de la justice.
- ✓ à but scientifique.

3.2.2- Méthodes :

3.2.2.1. Techniques d'étude morphologique des prélèvements cellulaires et tissulaires :

3.2.2.1.1 Techniques d'étude des cellules :

3.2.2.1.1.1. Etalement des cellules sur des lames de verre :

Ce geste simple doit être bien maîtrisé pour éviter un écrasement des cellules ou des amas en plusieurs couches peu interprétables.

3.2.2.1.1.2. Etalement des cellules par cytocentrifugation sur lame de verre :

Le liquide (naturel ou d'épanchement ou de lavage) est acheminé au laboratoire où il est centrifugé directement sur une lame de verre, sous forme d'une pastille.

3.2.2.1.1.3. Etalement des cellules en monocouche :

Cette technique moins répandue consiste à recueillir les cellules par ponction ou frottis et à les transmettre au laboratoire dans un liquide conservateur. Les cellules présentes dans le flacon de fixateur sont ensuite remises en suspension et éventuellement soumises à une dispersion par gradient de densité, puis s'effectue un processus de concentration (par filtration et/ou centrifugation). Enfin, les cellules sont transférées en couche mince sur une lame, sur une pastille de taille déterminée.

3.2.2.1.1.4. La technique de prise en charge d'un prélèvement cytologique étant rapide (Environ une heure de technique), un résultat urgent peut être donné au médecin prescripteur de l'examen le jour même du prélèvement.

Des colorations spéciales et des réactions immuno-cytochimiques peuvent être également effectuées, à condition de disposer du nombre de lames nécessaires (d'où l'importance des renseignements cliniques fournis à la réception du prélèvement). L'analyse d'un liquide peut également se faire après fixation et inclusion en paraffine d'un culot de centrifugation, qui est alors techniqué de la même façon qu'un prélèvement tissulaire.

L'examen cytopathologique est donc un examen de dépistage ou d'orientation diagnostique. Un contrôle par biopsie est presque toujours nécessaire avant toute thérapeutique.

3.2.2.1.2 Techniques d'étude des tissus :

La technique de base comporte plusieurs étapes : la fixation, l'inclusion en paraffine, la confection de coupes et leur coloration. Avant la fixation, il est possible d'effectuer sur le tissu frais des appositions sur lames pour une étude cytopathologique, et des prélèvements pour des techniques particulières : congélation, fixation adaptée à la microscopie électronique, mise en culture pour étude cytogénétique ou en suspension cellulaire pour étude par cytométrie en flux...

3.2.2.2 Techniques d'études particulières morphologiques :

3.2.2.2.1 Examen histologique extemporané :

Il s'agit d'un examen anatomopathologique pratiqué dès que le prélèvement est effectué, non fixé, pendant une intervention chirurgicale, afin de fournir rapidement au chirurgien un diagnostic susceptible de modifier le déroulement de l'acte chirurgical.

Les tissus calcifiés ne peuvent être coupés dans un cryostat et ne peuvent donc faire l'objet d'un examen histologique extemporané.

3.2.2.2 Colorations histochimiques spéciales :

Des colorations spéciales ont pour but de mettre en évidence des constituants particuliers des cellules (glycogène, mucus, pigments...) ou de la matrice extracellulaire (collagènes, fibres élastiques, amylose...) ainsi que des agents infectieux (bactéries, parasites, champignons). Ces colorations sont très variées et leur mise en œuvre, le plus souvent manuellement, rallonge le processus technique.

3.2.2.3 Histoenzymologie :

Certains enzymes peuvent être mis en évidence sur des coupes congelées ou parfois après inclusion dans la paraffine. La coupe est incubée dans un substrat spécifique de l'activité enzymatique recherchée.

La réaction libère un produit coloré ou colorable qui peut être visualisé au microscope optique. L'application la plus courante est l'étude des biopsies musculaires pour myopathies.

3.2.2.4 Immunohistochimie :

Elle consiste à mettre en évidence divers antigènes (Ag) cellulaires ou extra-cellulaires grâce à des anticorps (Ac) spécifiquement dirigés contre eux, sur des préparations cytologiques (immunocytochimie) ou sur des coupes de tissus congelés ou fixés et inclus en paraffine

L'immunofluorescence directe est surtout utilisée pour mettre en évidence les dépôts tissulaires d'immunoglobulines et de complément dans les biopsies cutanées et dans les biopsies rénales congelées, observées grâce à un microscope à fluorescence.

Dans les méthodes immunoenzymatiques indirectes, l'Ac spécifique primaire est déposé sur le tissu, puis il est révélé par un 2ème Ac couplé à une enzyme à laquelle on fournit son substrat. Le produit coloré de la réaction enzymatique apparaît au niveau du site des complexes Ag-Ac.

L'immunohistochimie est très largement utilisée dans une majorité de laboratoires d'anatomie pathologique avec de multiples indications parmi lesquelles :

Intérêt diagnostique :

-Classification précise de nombreuses tumeurs par la mise en évidence d'antigènes de différenciation cellulaire; mise en évidence de certains agents infectieux

-Mise en évidence immunohistochimique de cytokératine témoignant d'une différenciation épithéliale dans un carcinome à cellules fusiformes : marquage cytoplasmique à l'aide de l'anticorps anti-pankératine KL1 (méthode d'immunopéroxydase indirecte sur tissu déparaffiné)

Intérêt pronostique : mise en évidence de protéines impliquées dans la prolifération cellulaire, ou de produits d'oncogènes

Intérêt thérapeutique : afin de déterminer le statut potentiellement hormono-sensible.

3.2.2.2.5 Techniques de biologie moléculaire in situ :

Mise en évidence sur des coupes tissulaires (en congélation ou après inclusion dans la paraffine) ou sur des étalements cellulaires, de séquences d'ARN ou d'ADN grâce à des sondes d'acides nucléiques complémentaires et couplées à un traceur radioactif (sondes chaudes) ou à une enzyme (sondes froides) ou un fluorochrome (sondes fluorescentes).

Le terme in situ indique que la détection s'effectue au sein du chromosome en configuration native, à la différence des techniques d'étude d'acides nucléiques extraits sur gels.

3.2.2.2.6 Autres techniques morphologiques :

Certaines techniques plus spécialisées (microscopie électronique, histomorphométrie, microscopie confocale, cytométrie en flux), rarement utilisées en routine.

3.2.2.3 Techniques permettant l'identification de la pièce :

Histologie

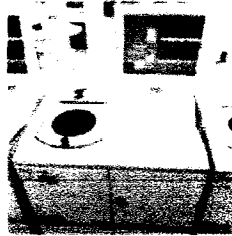
Table de macroscopie



Permet de prendre en charge les prélèvements en respectant les conditions de sécurité du personnel

Figure n°16

Automate de déshydratation



Permet la déshydratation des prélèvements afin de pouvoir inclure les prélèvements dans la paraffine

Figure n°17

Automate d'inclusion



Permet d'enrober les prélèvements dans la paraffine afin de permettre leur coupe

Figure n°18

Microtome



Permet la coupe des prélèvements

Figure n°19

Automate de coloration



Assure la coloration des prélèvements en les immergeant dans les bacs de colorants spécifiques pendant des durées prédéterminées

Figure n°20

Colleuse de lamelle / film



Dépose un film sur la lame réalisée afin d'en assurer la protection

Figure n°21

Microscope



Permet l'analyse des lames par le pathologiste

Figure n°22

Cytologie

Centrifugeuse

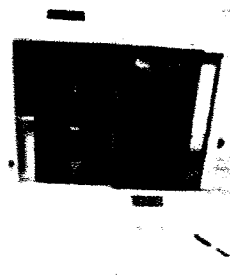


Permet la projection des cellules contenues dans un liquide sur une lame

Permet la réalisation d'un culot (regrouper les cellules au fond d'un tube à partir d'un liquide)

Figure n°23

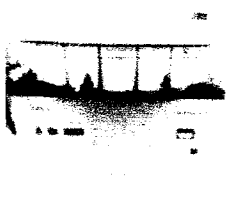
Automate de technique monocouche



Permet la réalisation d'une lame de cytologie à partir d'un liquide, par aspiration, puis filtration des cellules et dépôt de celles-ci sur une lame.

Figure n°24

Automate de coloration



Assure la coloration des prélèvements en les immergeant dans les bacs de colorants spécifiques pendant des durées prédéterminées

Figure n°25

Colleuse de lamelle / film



Dépose un film sur la lame réalisée afin d'en assurer la protection

Figure n°26

Microscope

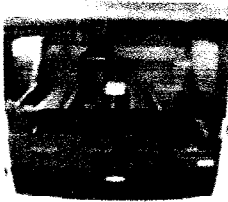


Permet l'analyse des lames par le pathologiste

Figure n°27

Immunohistochimie et immunofluorescence

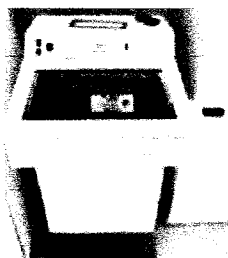
Automate d'immuno-histo-chimie



Permet la réalisation des techniques d'immunohistochimie

Figure n°28

Cryostat



Permet la coupe des fragments congelés. Il s'utilise notamment pour les coupes des examens extemporanés et des coupes de lames pour l'examen d'immunofluorescence

Figure n°29

Microscope pour immunofluorescence



Il s'agit d'un microscope avec lampe ultra-violet qui permet l'analyse des lames d'immunofluorescence

Figure n°30

3.3. Place de l'anatomo-cytopathologie dans la recherche moderne :

Le pathologiste doit continuer d'évoluer, comme il l'a toujours fait, en enrichissant la sémiologie morphologique des nouvelles méthodes diagnostiques, mais il doit garder un raisonnement précis basé sur la morphologie, pour établir ou réviser les arbres décisionnels.

3.3.1. La prise en charge pluridisciplinaire du patient :

Depuis toujours, les confrontations anatomo-cliniques régulières organisées entre cliniciens et pathologistes permettent de confronter le diagnostic morphologique aux données cliniques, d'imagerie ou de biologie moléculaire. Elles ont été récemment formalisées au sein de réseaux cliniques ville-hôpital pour la prise en charge de pathologies ciblées (hépatite C...), ou en cancérologie où l'anatomopathologiste participe aux confrontations pluridisciplinaires (radiologues, chirurgiens et chirurgiens dentistes, oncologues...). Seule une mise en commun des données permet d'assurer au patient un diagnostic fiable, une prise en charge de qualité (recherche de facteurs influençant le pronostic) et de proposer une stratégie thérapeutique.

3.3.2. La Cryo préservation des tissus :

A coté de l'archivage des blocs de tissus fixés, inclus en paraffine, le pathologiste a, depuis longtemps, pris l'habitude de congeler et de conserver des prélèvements tissulaires, souvent mais pas toujours, tumoraux. La congélation d'échantillon est habituellement faite dans un but diagnostic (immédiat ou principe de précaution pour donner au patient une chance supplémentaire, fonction de l'évolution des connaissances), mais aussi pour la recherche et/ou la constitution d'une collection (tissuthèques, tumorothèques, centres de ressources biologiques)...

Le développement spectaculaire des techniques de biologie moléculaire, de génétique moléculaire a suscité un intérêt nouveau pour les prélèvements tissulaires patiemment collectés et conservés par les pathologistes.

3.3.3. Les techniques d'analyse :

Si certaines techniques sont utilisées en routine dans certains laboratoires (microscopie électronique, cytométrie en flux morphométrie, microscopie confocale, lame «virtuelle»), d'autres restent actuellement du domaine de la recherche (microdissection, analyse chromosomique in situ de type FISH ou CISH, tissue array, techniques d'analyse du transcriptome ou du protéome...

Pour toutes ces techniques développées et utilisées en recherche l'application en routine n'est pas toujours évidente.

3.3.3.1. Microscope électronique :

Cette technique, par l'utilisation de coupes tissulaires très fines et de grossissements très importants, permet une étude à l'échelon cellulaire (analyse des constituants d'une cellule, des jonctions inter-cellulaires, d'éventuels dépôts, inclusions...). Son utilisation à visée diagnostique est actuellement très réduite et elle a été supplantée par l'immunohistochimie, qui permet d'obtenir des résultats plus précis, beaucoup plus rapidement et à moindre coût.

3.3.3.2. Histomorphométrie :

Cette technique permet une évaluation quantitative de certains paramètres : étude la masse osseuse, quantification de la quantité de tissu conjonctif fibreux, étude de caractères morphologiques cellulaires (taille des noyaux...), quantification de résultats immuno-histochimiques. Elle utilise des appareils semi-automatiques couplés à des ordinateurs.

3.3.3.3. Microscopie :

Confocale à balayage laser ; permet une analyse morpho-fonctionnelle des cellules et des tissus, par l'analyse de marquages fluorescents et la détection de leur localisation précise au sein des constituants cellulaires.

3.3.3.4. Les lames virtuelles :

Ce sont des reproductions numériques d'une lame, obtenues par la juxtaposition de très nombreuses images acquises automatiquement et successivement à fort grossissement.

Ces images numériques peuvent ensuite être facilement consultées par plusieurs pathologistes. C'est une technologie très utile pour l'enseignement, la relecture de cas lors de protocoles thérapeutiques ou en assurance qualité pour l'analyse de la reproductibilité diagnostique.

3.3.3.5. Cytométrie en flux :

C'est l'étude des cellules en suspension entraînées dans un flux et interceptées par un faisceau lumineux émis par un laser. Le faisceau modifié est détecté, amplifié et converti en signaux électriques traités par un ordinateur. Les suspensions cellulaires peuvent provenir de liquides naturels ou d'épanchements pathologiques, du broyage de tissu frais ou congelé ou de la dissociation enzymatique de coupes épaisses (70-100 µm) de blocs de paraffine.

L'analyse directe des constituants de la cellule permet de déterminer des paramètres à valeur pronostique en cancérologie : phase S, ploïdie. Des populations cellulaires peuvent être étudiées après incubation avec des Ac spécifiques couplés à un fluorochrome : une application possible est la détermination des antigènes membranaires caractéristiques des sous populations cellulaires normales ou tumorales dans le sang, la moelle osseuse ou dans une suspension cellulaire issue d'un ganglion lymphatique.

3.3.3.6. La PCR in situ :

Elle combine, sur des coupes histologiques, une amplification de type PCR et une hybridation in situ. Cette technique, très sensible, est d'un maniement difficile, qui empêche encore actuellement son utilisation en routine.

3.3.3.7. La microdissection :

Elle permet de réaliser des analyses moléculaires ciblées. Elle est notamment utilisée lorsque le prélèvement est très hétérogène, pour ne prélever sur une lame que les territoires ou les cellules que l'on souhaite analyser. Cette microdissection peut être soit manuelle, soit par faisceau laser.

3.3.3.8. L'hybridation in situ fluorescente (FISH) :

Elle peut se faire sur des suspensions cellulaires, des empreintes ou des coupes congelées ou déparaffinées, et permet d'identifier dans chaque cellule la présence et le nombre de copies d'un segment chromosomique donné et en utilisant des fluorochromes différents d'apprécier une éventuelle co-localisation. Elle est de plus en plus utilisée pour rechercher des anomalies variées chromosomiques (polysomies, monosomies) ou géniques (délétions ou amplifications de certains gènes ; translocations), anomalies qui peuvent avoir dans certaines tumeurs une valeur diagnostique ou pronostique. Cette technique est un outil diagnostique de maniement encore difficile et onéreux. Elle est actuellement plus sensible que celle utilisant des techniques chromogéniques (CISH).

3.3.3.9. Le bloc de « tissue microarrays » :

C'est un bloc de paraffine comportant des carottes de 0,6 à 4mm de diamètre, alignés dans un ordre repéré dans un bloc receveur. Ces blocs, comportant de nombreuses tumeurs, permettent de valider facilement de nouveaux marqueurs.

L'analyse de la signature moléculaire d'une lésion, basée sur l'étude du transcriptome (étude à grande échelle des ARN extraits des tissus par biopuces ou PCR quantitative) sera facilitée par les puces à ADN, puis le développement de puces dédiées avec un nombre restreint de gènes.

L'analyse simplifiée du protéome (immunohistochimie ou spectrométrie de masse) avec des appareils de spectrométrie de masse de type SELDI-TOF (surface enhanced laser desorption/ionization time of flight) va se développer. Les protéines, séparées par leurs propriétés chimiques et leur masse moléculaire, peuvent ensuite être analysées.

3.3.10. Les techniques non morphologiques :

L'analyse morphologique des prélèvements cellulaires et tissulaires peut être complétée par des analyses utilisant des techniques non morphologiques de biologie moléculaire (recherche de clonalité, de perte d'hétérozygotie, de mutations, de réarrangements, etc...).

Ces techniques sont réalisées soit au sein des laboratoires de pathologie, soit dans des départements de biologie moléculaire en relation étroite avec des pathologistes. Toutes ces analyses (sur cellules isolées, tissu frais, congelé ou fixé) doivent impérativement être effectuées après un contrôle morphologique du prélèvement analysé. Si le prélèvement est très hétérogène, ou si les cellules pathologiques sont rares, il est parfois nécessaire de le microdisséquer.

3.4. Compte-rendu d'un examen ACP :

Tout examen d'ACP inscrit au cahier journalier doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit rédigé par un pathologiste qualifié. Le diagnostic est établi au terme de l'examen des préparations microscopiques, en intégrant l'ensemble des informations disponibles, cliniques, et celles éventuellement fournies par les techniques complémentaires.

Le compte-rendu doit être rigoureux, précis et bref. Il est possible de le diviser arbitrairement en cinq parties distinctes : identification du prélèvement, examen macroscopique, examen microscopique, diagnostic et conclusions, commentaires.

3.4.1 Contenu des comptes-rendus :

La présentation du compte-rendu est du ressort du pathologiste. Cependant, les informations suivantes doivent y figurer :

- identité du sujet,
- clinicien prescripteur,
- numéro d'enregistrement dans la structure d'ACP,
- date du prélèvement, de l'enregistrement et du compte rendu,
- nature du prélèvement reçu,
- informations cliniques fournies : diagnostic préopératoire et/ou post-opératoire.

Un résumé de l'histoire clinique doit être accessible au pathologiste du moment où il effectue son diagnostic. Les comptes-rendus, lames, blocs des prélèvements précédemment effectués doivent être accessibles.

Tout examen de prélèvements antérieurs doit être mentionné dans le compte rendu, avec une discussion sur leur place dans le diagnostic final s'il y a lieu.

Il est recommandé de préciser dans le compte-rendu le type de fixateur utilisé et de mentionner d'éventuels prélèvements particuliers (tissus congelés, mis en culture, fixés pour la microscopie électronique...) disponibles pour une étude complémentaire ultérieure.

La pratique de photographies ou de radiographies d'une pièce opératoire peut également être mentionnée.

La description microscopique est facultative, exceptée la description des éléments participant à l'élaboration du pronostic (par exemple : différenciation, nécrose, aspects des contours de la tumeur, etc

La situation de la ou des lésions par rapport aux plans de coupe histologiques doit être précisée, à l'échelon macroscopique et/ou microscopique (distance entre la lésion et le bord de la coupe histologique, mesurée dans le système métrique).

En ce qui concerne la conclusion, celle-ci doit être synthétique. Elle comporte le diagnostic lésionnel et s'il y a lieu les principaux éléments pronostiques. Une terminologie uniforme doit être utilisée par tous les pathologistes d'une même structure d'ACP. L'usage des terminologies et classifications nationales ou internationales est recommandé. La classification utilisée doit être mentionnée.

La partie « commentaires » est facultative et n'est pas forcément distincte de la conclusion. Tout en restant clair et concis, les différents diagnostics différentiels peuvent être présentés dans ce chapitre, et les raisons du choix d'un diagnostic plutôt qu'un autre sont alors exposées.

3.4.2 Gestion des comptes-rendus :

Chaque compte-rendu anatomopathologique devient un élément du dossier client. Un exemplaire doit être adressé au clinicien qui a effectué le prélèvement ainsi qu'à tout autre clinicien concerné par le suivi du cas.

Le délai de transmission du compte-rendu doit être compatible avec un traitement adéquat.

3.4.3 Information du patient :

Le pathologiste délègue au médecin traitant ayant en charge le patient, le soin de lui apporter les informations explicatives sur les conclusions de l'examen d'ACP.

Cependant le médecin ACP ne peut refuser de recevoir un patient si celui-ci exige une information directe émanant du pathologiste.

3.4.4 Archivage au sein de la structure ACP :

Toute structure d'ACP a une obligation légale d'archivage des comptes-rendus, des blocs d'inclusion et des préparations microscopiques histologiques et cytologiques.

Ainsi, le procédé permettant l'analyse histologique d'un prélèvement chirurgical en pathologie humaine fait l'objet de recommandations bien précises. En ce qui concerne la rédaction des comptes-rendus, les objectifs de ces recommandations sont de guider les pathologistes dans leur rédaction et les inciter à uniformiser leurs réponses. Elles visent également à faire connaître aux cliniciens ce qu'ils peuvent et doivent attendre en matière de qualité, de quantité et de reproductibilité de l'information fournie par les pathologistes.

3.5. Déontologie et aspects législatifs :

Le compte-rendu anatomocytopathologique est daté et signé par le médecin habilité qui a effectué l'examen et est adressé au médecin prescripteur de l'examen, éventuellement aux autres médecins en charge du patient. Le compte-rendu devient un élément du dossier médical du patient et est couvert par le secret médical.

Pour des raisons médico-légales, un archivage prolongé des formulaires de demande d'examens, analogue à celui des comptes rendus est recommandé.

Il entre dans les attributions du clinicien d'adresser au laboratoire les informations pertinentes relatives au cas ; ce n'est pas au pathologiste de rechercher ces informations (par exemple dans le dossier médical) auquel il est recommandé de retranscrire dans le compte-rendu les informations qu'il a reçues.

L'avis d'autres médecins anatomo-pathologistes peut être sollicité dans diverses circonstances :

Cas de diagnostic difficile, désaccord sur le diagnostic entre le pathologiste et le clinicien, avis d'un autre pathologiste sollicité à la demande du clinicien ou du patient. Cela nécessite l'envoi de lames, de blocs ou des images numériques (télépathologie voir plus loin). Le pathologiste consulté rédige un compte-rendu écrit qui est adressé au pathologiste initial et est transmis au médecin en charge du patient. Les résidus de pièces opératoires ou de prélèvements nécropsiques sont détruits après l'analyse anatomopathologique mais les blocs d'inclusion, les lames colorées et les comptes-rendus sont conservés par le laboratoire dans des archives : il s'agit d'une obligation légale.

L'Assurance Qualité La nécessité d'actualiser ses connaissances (formation continue) et la démarche d'assurance qualité s'impose à tout médecin, au travers des articles 32 et 72 du code de déontologie. La recherche de la qualité et de la sécurité des résultats est une préoccupation constante de tout pathologiste.

La bonne exécution des actes est une des conditions déterminantes de cette qualité. Le recours aux bases de données informatisées (Pubmed, immunoquery) facilite l'accès à l'information la plus pertinente. Une démarche institutionnelle d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques est structurée au sein de l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP).

3.6. Epidémiologie :

Les registres Par l'utilisation du codage systématique des lésions, les bases de données anatomopathologiques (système informatisé de gestion de laboratoire) constituent une base fiable, facilement exploitable pour l'épidémiologie (fréquence, prévalence des maladies).

Ces données ne peuvent être exploitées que de manière anonyme et en accord avec la CNIL. Les pathologistes sont souvent sollicités pour participer à des enquêtes à l'échelon national (institut de veille sanitaire) sur une pathologie donnée.

3.7. Diagnostic et résultats :

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

Ainsi, l'examen histologique prend toute sa valeur après l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs épulidiennes; et reste ; pour nous, le seul traitement efficace associé bien évidemment à l'élimination des facteurs irritatifs et en l'assainissement de la cavité buccale.

4-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

L'épulis est une pathologie qui touche surtout les adultes jeunes avec une prédominance féminine.

L'étiopathogénie de cette entité n'est pas complètement claire mais l'élimination des facteurs d'irritation locale est primordiale avant tout traitement chirurgical ; 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.

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 :

- 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.
- 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 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 :

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 appropriés.

Références bibliographiques :

1- Herbert F. Wolf

Edith M. & Klaus H Rateitschak

parodontologie 3ème édition p92;93,p121-123,p125;126

2- M. Langeron, 1949

3- MM Auriol, Yle Chapentier, G le Naour

Histologie du parodonte ; p : 15-21

4- DUPUIS R.

Biopsie: principes généraux, indications et techniques.JDQ, 1985,22:119-125.

5-MICHAUD M. Médecine buccale: méthodologie du diagnostic. Gaëtan Morin éditeur 1994.

6- LAGARIGUE J., REYNES P, GUICHARD M. Biopsie et examen cytologique: indications, contre-indications. CDF, 1981,95:44-48.

7- BERTOIN P, BAUDET-POMMEL M., ZATTARA H., GOURMET R. Les lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale. Masson, Paris,1995.

8- AURIOL M., LE CHARPENTIERY. Biopsie. EMC, 22-011-R- 10, 1996.

9- BERTRAND F., GUILBERT F Les biopsies. AOS, 1982, 137, 36, 83-88.

10- LOMBARDI T., SAMSON J., KUFFER R.

Biopsie de la muqueuse buccale. Réalités cliniques, 1999, volume 10, N°21,339-348.

11- Thèse 2009 par Flavie RATIER.

Le prélèvement chirurgical pour analyse histologique : bonnes pratiques de la réalisation du prélèvement et du rendu du résultat ; p 15-25

12- Thèse 2007/2008 par Chaka KONE.

Etude épidémiologique et clinique des épulis au centre hospitalier universitaire d'odonto-stomatologie (C.H.U.-OS) de Bamako ; p17, p86-87

13- Thèse 1997-1998

Tumeurs bénignes de la muqueuse buccale au centre hospitalier national de Dakar
p :05-08 et p 13-19

14- Anatomie pathologique 2012 professeur Chatelain p 01-15

15- Roussel.MC Héni.D et Josset.P Mai 2005

Historique-généralités-introduction(chapitre1) ; p 3-21


[http:// dentale books.com](http://dentale.books.com)(consulté le 28 Janvier 2015)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN ACP

294883
 Chirurgien Dentiste
 Spécialiste Parodontologie

Nom du Malade : Mr. Hachem
 Adresse : 11 al 201

Je soussigné, docteur en médecine dentaire, âgé de 35 ans,
 exerçant ma profession de chirurgien dentiste à titre
 principal.
 A l'examen buccal nous avons constaté l'existence
 d'un abcès parodontal (AP) au niveau de la dent
 n° 11, dans un secteur de
 parodontite chronique.




HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BLIDA
 Unité Frantz-Fanon

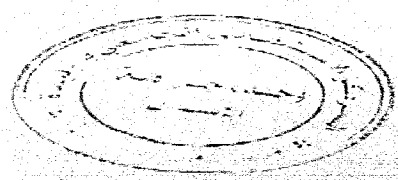
ORDONNANCE N° 294883

Médecin Consultant : الطبيب السائل :
 Nom du Malade : اسم المريض :
 Blida, le التاريخ :

Notre démarche de protection opératoire
 est faite au niveau de l'apex
 interdente de la dent n° 11 et 12
 selon le schéma suivant :



pièce opératoire



Bilan opératoire

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TALEB HOURIA

(Enregistré sous le N° 75)
Pharmacienne Spécialiste en biologie clinique
N° 22 Rue Ahmed Mellah - Boufarik w Blida
Tel: 025 47 79 07 - 0780707782

Médecin traitant : Dr

N°: 0415.1084
Enregistré le : 28/04/2015
Nom : MENASRI
Prénom : HADJIRA
Age : 33 ans

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN (T.C.K)	35" 4	sec	25" à 43"	34" 4
TEMOIN TCK	33"	sec	25" à 43"	33
TEMPS DE HOWELL (T.H)				25/10/2014
TEMPS DE HOWELL (T.H)	1' 30"	mn	1'30" à 2'30"	2'00"
TEMOIN TH	2' 00"	mn	1'30" à 2' 30"	2'00"

BIOCHIMIE

BIOLYS PREMIUM 24 1

	Résultats	Unités	Valeurs de référence	Antécédents
GLYCEMIE	0 90	g/l	0 70 - 1 10	

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
TALEB HOURIA
N° 22 Rue Ahmed Mellah - Boufarik w Blida

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
TALEB HOURIA**

(Diplômé sous le N° 75)
 Pathologie Spécifique en Biologie Clinique
 19 21 Rue Ahmed Ben Bella - Boumerdes - Algérie
 Tél: 031 71 71 01 - 078070780

Médecin traitant: Dr

N°: 0413.1084
 Enregistré le: 28/04/2013
 Nom: MENASSRI
 Prénom: HADJIRA
 Age: 33 ans

HEMATOLOGIE

SYNEX IA 21

Paramètre	Unité	Valeur de référence	Abnormalité
NUMÉRATION CELLULAIRE			
Leucocytes (Syntex IA 21)			
GLUCULES BLANCS	mm ³	5 000 - 10 000	7000
GLUCULES ROUGES	10 ¹² /mm ³	4.0 - 5.0	4.46
HÉMOGLOBINE	g/dl	11.0 - 16	13.7
HÉMATOCRITE	%	37 - 47	41.0
V.C.M.	Microcube	82 - 105	91.3
T.C.M.H	Pg	27 - 32	30.8
C.C.M.H	g/100ml	27 - 32	33.3
EQUILIBRE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles	%	50 - 75	64
Cell	mm ³	2000 - 7500	4480
Polynucléaires éosinophiles	%	1 - 5	04
Cell	mm ³	40 - 500	290
Polynucléaires basophiles	%	0 - 1	00
Cell	mm ³	0 - 100	0
Lymphocytes	%	20 - 40	29
Cell	mm ³	1 500 - 4 000	1820
Monocytes	%	2 - 10	06
Cell	mm ³	400 - 1 000	430
Plaquettes	mm ³	150 000 - 450 000	250000
	R.A.S		R.A.S

HEMOSTASE

coagulomètre BIOSOLEA 2

Paramètre	Unité	Valeur de référence	Abnormalité
TEMPS DE PROTHROMBINE			
TEMPS DE QUICK	sec	12 - 14 "	10.2
INR		1.0 - 1.4	1.1
TEMPS DE FIBRINOLYSE	%	70 - 100 %	70.8
TEMPS DE FIBRINOLYSE (CAIN) (C.K)			280000

LABORATOIRE
 D'ANALYSES MEDICALES
 TALEB HOURIA
 19 21 RUE AHMED BEN BELLA - BOUMERDES - ALGERIE

COMPTE RENDU ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

COMPTE RENDU HISTO-PATHOLOGIQUE

Le 14 mai 2015

Examen classé: H 227GES

N° 339

Prénom: Hadjira

Age: 33 ans

Prélevement: Biopsie

Siège: Gingival

Le Docteur SAOUDI

Le: 11 mai 2015

Le 11 mai 2015

Examens antérieurs:

Dato Clinique: Apportante gingivale (épulis ?)

Plusieurs fragments tissulaires sont adressés, ils sont inclus totalement en paraffine.
L'examen histologique met en évidence une simple fibrose du chorton sans autre lésion associée. La fibrose est associée à une discrète réaction inflammatoire. Les fibres de collagène sont hyalinisées et la muqueuse malpighienne, en regard, comporte une hyperpapillomatose.

Conclusion:

Les prélèvements ont intéressé une épulis fibreuse

Dr KHEMSI Djamel
Médecin Spécialiste
en Anatomie - Pathologie

Afin de cerner le problème, nous avons -suite aux consultations fréquentes concernant certains accroissements gingivaux-choisi d'élucider la nature de la multiplication cellulaire associée à ce genre de lésions.

Un cas clinique a attiré notre attention, et nous avons tenté de poser un diagnostic précis grâce à l'étroite collaboration de l'anatomo-pathologiste le Docteur Djamel KHEMSSI ainsi que toute son équipe.

Observation : fig.31.32

Il s'agit d'une patiente répondant aux initiales MH. âgée de 33 ans qui s'est présentée à notre consultation à la clinique dentaire Zabana, après avoir constaté l'évolution d'un accroissement gingival qui s'accroît en masse entre 23 et 24, depuis quelques mois.

La tuméfaction réapparaît au même endroit après avoir fait l'objet d'une excision antérieure.

un mois plus tard. Une deuxième intervention chirurgicale sous anesthésie locale est alors décidée le 11 mai 2015.

L'examen exo-buccal montre une symétrie faciale respectée, des téguments bruns, sans participation ganglionnaire à la palpation.

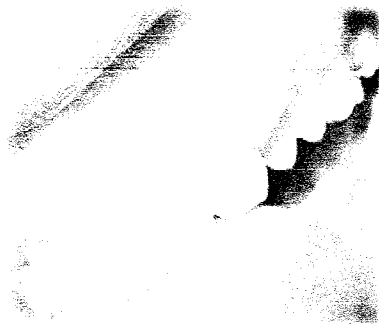


figure n°31 : vue de profil j0



figure n°32 : vue de face j0

L'examen endo-buccal a mis en évidence la présence d'une masse tissulaire exophytique vestibulaire unilatérale, sessile siégeant entre 23et24, indolore et ferme à la palpation, ne saignant pas au contact avec une muqueuse de recouvrement d'aspect lisse.

L'examen radiologique rétroalvéolaire, ne révèle aucune image de lyse osseuse associée.

Au terme de cet examen clinique et radiologique, le diagnostic évoqué a été celui d'une épulis fibreuse.

Le plan de traitement comportait au préalable à la chirurgie ; une motivation à l'hygiène et enseignement des techniques de brossage ; et un détartrage en vue de réduire l'inflammation, et la réalisation d'un pansement parodontal pour assurer l'hémostase post- opératoire et en vue de guider la cicatrisation.

- **Instrumentation :**

- Un miroir,
- Le matériel d'anesthésie
- une lame de Bistouri,
- Une précelle à mors plats,
- curette de fin diamètre
- grattoir
- pates à pansement parodontal.

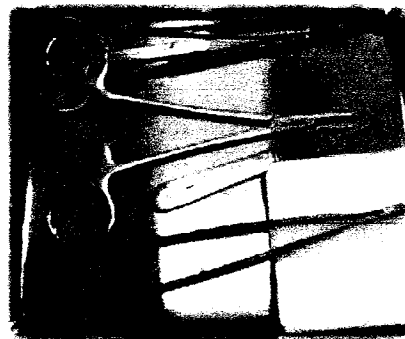


Figure n°33 plateau d'examen

- **Désinfection:**

On applique une solution désinfectante (bétadine) sur notre site opératoire.

Au risque de modifier les structures tissulaires, le produit désinfectant n'est donc pas appliqué par frottement ni compression mais par badigeonnage doux.

Annexes 04

Anesthésie : fig.34

on a eu recours à une anesthésie locale par infiltration. Dans le présent cas, l'injection est faite à distance du site opératoire en tissu sain et non au niveau du spécimen pour ne pas modifier l'arrangement cellulaire.



Figure n°34 : application d'anesthésie locale Xylocaïne 2% j0

exérèse proprement dite : figure.35.36.37

On commence par inciser profondément les contours du prélèvement au bistouri à lame.

Ainsi l'exérèse chirurgicale est considérée comme pure intervention dans le

but de l'anapath.



Figure n°35 : vue clinique d'une incision élliptique avec base triangulaire j0

- On élimine la première partie en contact avec les dents et ça nous fait une papille artificielle.
- Lorsque les fragments sont suffisamment libérés, on leur saisit par leur partie profonde avec une pince fine et on sectionne au bistouri sous la



figure n°36 : curetage appuyé j0

pince. la multitude des fragments permet de donner la possibilité à l'anapath

de travailler sur plusieurs pièces pour pallier aux erreurs pouvant être

commises et chercher là où le problème réside.

Annexes 04



figures n°37-38 : vue clinique de la plastie post opératoire

Il faut se méfier des précelles à griffes ainsi que d'une aspiration agressive qui pourraient détériorer le fragment.

On arrive en plein dans l'os et on tombe sur une exostose confirmée.

On procède ensuite à la plastie.

On assure ensuite l'hémostase

L'incision recommandée, ici, est elliptique, car elle permet une fermeture linéaire et une guérison par première intention. L'incision circulaire est à proscrire car elle occasionne une contraction irrégulière lors de la fermeture, il en résulte une guérison par seconde intention avec formation de cicatrice inesthétique.

La biopsie par excision permet l'économie d'un acte chirurgical.

Soins post-opératoires: figure.39

La biopsie est un acte dont les suites opératoires sont simples. En effet, les soins post-opératoires se résument en la réalisation d'un pansement parodontal et en la prescription d'un antibiotique et d'un antalgique avec enseignement de consignes post-opératoires.



Figure n°39 :pansement

Parodontal j0.

Annexes 04

Formulaire d'identification à l'attention du labo d'examen ACP et fiche de renseignement :

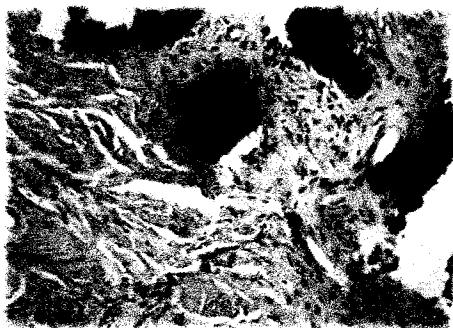
Il a comporté:

- les éléments essentiels du contexte clinique
- l'indication de l'acte (car il ne faut pas oublier de signaler au laboratoire qu'il s'agit d'une exérèse et non d'une biopsie, ce qui, en cas de lésion maligne, entraîne pour le pathologiste l'obligation de contrôler les tranches de section et d'en faire état dans le rapport. En effet, l'étude histologique est fondamentale pour juger de la qualité de l'exérèse: ablation complète de la tumeur ou exérèse insuffisante, la tranche de section passant en deçà de l'extension néoplasique).
- La réalisation d'un schéma indiquant le siège de la tumeur.

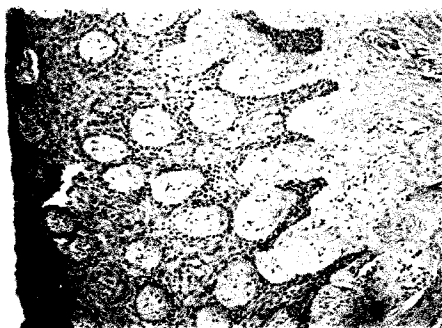
Compte rendu ACP : fig40-44

L'examen histologique met en évidence une simple fibrose du chorion sans autre lésion associée. La fibrose est associée à une discrète réaction inflammatoire. Les fibres de collagène sont hyalinisées et la muqueuse malpighienne, en regard, comporte une hyperpapillomatose.

Les prélèvements ont intéressé une épulis fibreuse.

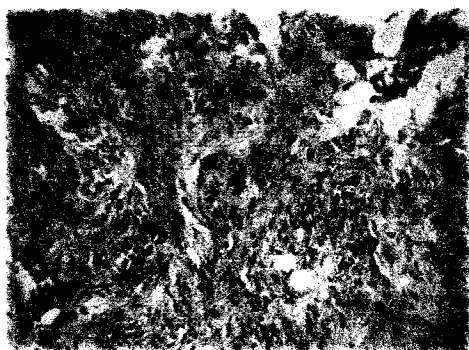


-figure 40-



-figure 41-

Annexes 04



-figure 42-



-figure 43-



-figure 44-

Figures40-44: coupes histologiques de l'épulis fibreuses

Contrôle de cicatrisation : fig45-46

Huit jours après l'acte opératoire ; une réaction inflammatoire iatrogène fut observée due en fait à un polissage abusif.

La cicatrisation s'est faite alors par seconde intention et un début d'épithélialisation était mis en place avec un bourgeon charnu exubérant et un caillot fibrinogène de couleur jaunâtre.



Figure n°45 :vue clinique du
Bourgeon charnu



figure n°46 :vue clinique
après dépose du pansement
parodontal

Annexes 44

Une troisième intervention chirurgicale est alors décidée le 27 Mai 2015 qui consistait en premier lieu à l'expansion -tout en veillant à inclure une bonne marge de sécurité en profondeur ainsi qu'on largeur- et en second lieu en le remodelage avec un curetage appuyé associés à une éventuelle gingivoplastie.

Reprise de la thérapeutique chirurgicale j12



figure n°47

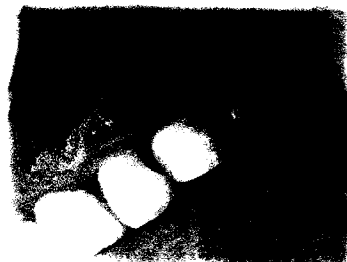


figure n°50



figure n°49



Figure n°48



figure n°51

Diagnostics différentiels :

Tableau n°11

	Éléments cliniques et histologiques selon la littérature	Éléments cliniques et histologiques retrouvés chez la patiente
Epulis fibreuse	<p>Nodule ferme Recouvert par une muqueuse d'aspect normal ou un peu plus pâle Se prolongeant parfois dans la papille interdentaire et sur la fibro-muqueuse linguale ou palatine</p>	<p>Muqueuse de recouvrement d'aspect lisse. présence d'une masse tumorale vestibulaire unilatérale, sessile siégeant entre 23et24, indolore et ferme à la palpation, ne saignant pas au contact</p>

Annexes 04

Fibromatose gingivale

Histologie :

Tissu conjonctif est diffus, jamais encapsulé, recouvert d'un épithélium mince ou hyperplasique avec parfois une ossification métaplasique
Chomette et Auriol

histologie :

simple fibrose du chorion sans autre lésion associée. La fibrose est associée à une discrète réaction inflammatoire. Les fibres de collagène sont hyalinisées et la muqueuse malpighienne, en regard, comporte une hyperpapillomatose.

Pathologie gingivale d'origine génétique caractérisée par une prolifération lente et progressive de la gencive kératinisée, elle affecte les deux sexes.

Hyperplasie gingivale évoluant depuis un certain temps,

sessile avec large base d'implantation Indolore et ferme à la palpation, ne saignant pas au contact

Cliniquement : la gencive garde une couleur normale et une consistance ferme et n'est ni hémorragique ni douloureuse.

Muqueuse de recouvrement d'aspect lisse.

L'augmentation du volume gingival peut être généralisée ou localisée à une seule région du maxillaire ou de la mandibule

Histologiquement: La présence de tissu conjonctif dense et fibreux et un épithélium hyperplasique muni de longues digitations, avec la

présence de zones
calcifiées et
ulcérées.

**Chomette et
Auriol**

Botryomycome Clinique : Touche
les deux sexes ; à
tout âge avec
prédominance
féminine,

lésion pédiculée de
consistance molle
de couleur rouge vif
et de surface
brillante avec une
nette tendance
hémorragique, très
fréquemment la
lésion présente des
ulcérations de
fibrine.

Siège : le plus
souvent au niveau
des gencives,
Les autres
localisations sont la
face interne des
joues, la lèvre, la
langue, le palais et
le vestibule.

Etiopathogénie :
Réponse exagérée
par excès de
formation de tissu
granulomateux
après une lésion
minime

Annexes 13

sans relation avec un agent infectieux. C'est un mode exubérant de cicatrisation.

Histologie :

Bourgeon conjonctif dont la surface est en partie épithéliale et en partie couverte d'un exsudat fibrino-leucocytaire.

La vascularisation est riche et faite de capillaires néoformés.

fibrome

Clinique :

Nodule ferme recouvert d'un épithélium lisse ; d'aspect sain de moins de 1cm de diamètre.

L'aspect habituel est celui d'une lésion unique, totalement asymptomatique.

Papillomatose

Clinique : Touffes de fines villosités blanchâtre ou rosée bien limitée, toujours souples.

Nodule ferme de couleur rose foncée et bien limité.

Peu de signes fonctionnels et est de découverte retardée
Biopsies multiples souvent nécessaire
Fréquemment répétées(récidives +++)

Biopsies multiples et récidives répétées.

Siège de prédilection :
La gencive papillaire.

Elle est à prédominance féminine.

Annexes 04

Siège : face interne
de la joue, langue
et gencive.

Sans relation avec
l'intoxication
tabagique.

Histologie :

Grade I :

*L'épithélium est
hyperplasique,
parfaitement
différencié

*avec une épaisse
couche cornée
kératosique qui
s'invagine en
profondeur.

Grade II : apparition
de signes de
dysplasie.

Histologie :
hyperpapillomatose

DISCUSSION

A l'examen clinique l'épulis est une lésion extrêmement caractéristique à point de départ généralement sulculaire, qui fait saillie sur la gencive. Elle se présente comme masse unique ou polylobée, pédiculée ou sessile sur la gencive et est de taille variable, mesurant 0,5 à 1,5 cm de diamètre et peut présenter une ulcération superficielle. Notre patiente présentait une tumeur sessile avec une large base d'implantation mesurant environ 1cm de diamètre.

A l'examen endobuccal, nous avons posé le diagnostic d'accroissement gingival d'origine tartrique.

Nous pouvons donc dire que la pseudotumeur est apparue pour la première

Amiers 04

fois à cause de la mauvaise hygiène bucco-dentaire, et a récidivé du fait de l'exérèse incomplète de la tumeur et de l'hygiène toujours insuffisante de la patiente.

L'examen histologique de la lésion permet de confirmer le diagnostic d'épulis et de le différencier aussi bien des autres formes épulidiennes ainsi que des tumeurs gingivales bénignes, voire malignes.

Les tumeurs bénignes forment une des parties de la pathologie la plus confuse. En effet, elles regroupent un ensemble de lésions disparates.

De plus, toute excroissance de la muqueuse buccale n'est pas forcément tumorale. En fait; on ne peut parler de tumeurs bénignes sans les différencier de tumeurs malignes :

- Leur accroissement est exclusivement local par mitose typique (division bipolaire directe).

- L'expansion s'effectue sans envahissement, par simple refoulement des structures environnantes.

- Une capsule fibreuse délimite le plus souvent la tumeur.

- Elles ne donnent pas de métastases.

- Elles ne sont pas accompagnées de signes généraux (asthénie, anorexie, fièvre) ni d'adénopathies.

- Elles ne donnent pas de récurrences lorsque l'exérèse de la tumeur est totale et l'étiologie est éradiquée.

Ces tumeurs bénignes ont un aspect clinique qui permet en général d'évoquer le diagnostic, sauf pour les lésions rares qui ont un aspect caractéristique.

La recherche de signes de malignité doit constituer le temps de la démarche diagnostique. En conséquence le recours à l'examen histopathologique doit être systématique pour confirmer ou établir le diagnostic.

Annexes 04

La prévention des épulis a pour but de lutter contre les facteurs déclenchants. Elle consiste en premier lieu, à éliminer tout irritant local pouvant induire à la formation de la tumeur, puis à corriger les éventuels troubles hormonaux et sanguins. Pour cela, il faut que le patient vienne consulter régulièrement pour les contrôles de l'hygiène bucco-dentaire. A ce jour, avec les innovations médicales et technologiques, plusieurs moyens sont proposés mais le traitement de choix de l'épulis gingival reste toujours la chirurgie par la lame froide, associée à l'élimination des facteurs locaux. Dans notre étude, l'exérèse chirurgicale a été faite à la lame froide et le résultat est satisfaisant. Néanmoins, la chirurgie d'exérèse doit être bien menée pour éviter les récurrences.

En effet, un curetage appuyé doit être effectué pour éliminer tous les tissus pathologiques.

Le succès de notre traitement dépendra d'une bonne préparation initiale Détartrage; surfaçage soins dentaires(pansements), et d'une phase de maintenance renforcée.

Certains auteurs proposent de recouvrir le site d'exérèse par des lambeaux déplacés afin d'obtenir une cicatrisation de première intention moins douloureuse et plus rapide.

Les traitements antibiotique et anti inflammatoire favorisent la limitation de la récurrence par réduction des phénomènes inflammatoires et infectieux, principaux facteurs favorisant le processus de régénération de la pseudotumeur. Notre patiente a pris notamment de l'antibiotique et de l'antalgique.

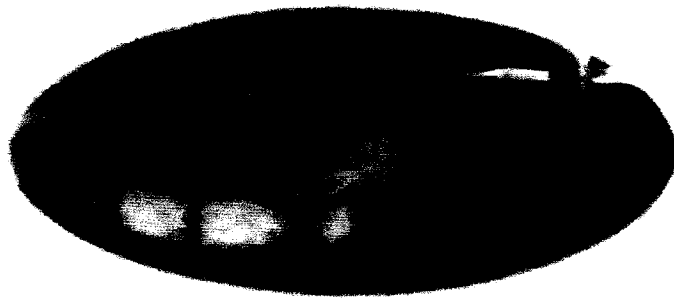
Les formes très vascularisées doivent être traitées dans un centre spécialisé car il est nécessaire de coaguler le pédicule vasculaire pour prévenir la récurrence. L'épulis gravidique d'évolution plus spectaculaire disparaît progressivement après l'accouchement.

L'exérèse chirurgicale est faite si le volume de la tumeur est très important, entre le 4ème et le 6ème mois de grossesse.

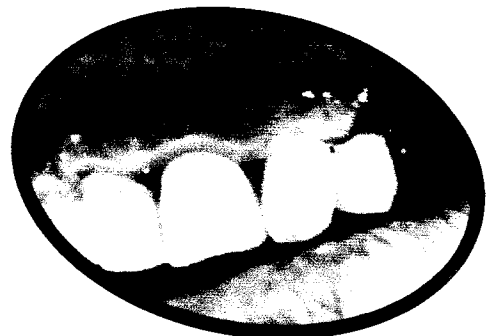
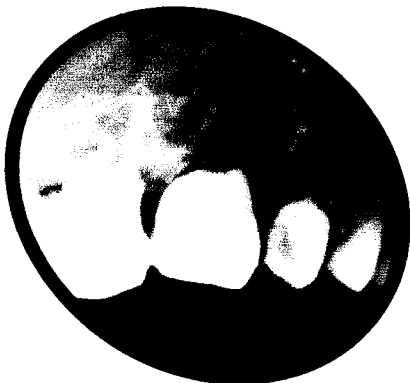
Annexes 04

Conséquences en l'absence de traitement :

En l'absence de traitement, la lésion aboutit parfois à une importante augmentation du volume qui provoque une gêne fonctionnelle et peut mobiliser les dents adjacentes. Dans d'autres cas, elle devient très fibreuse et une calcification interne partielle est même possible.



Reprise de la thérapeutique chirurgicale



Le suivi de la cicatrisation

J0-J21

