

Le granulome réparateur à cellules géantes de la mâchoire : propos de 11 cas

O. Hamidi^{*a} (Dr), A. Habimana^{*b} (Dr), M. Boulaadas^{*b} (Pr)

^a Hôpital des spécialités CHU IBN SINA Rabat, Temara, MAROC ; ^b Hôpital des spécialités CHU IBN SINA Rabat, Rabat, MAROC

olaya.hamidi@usmba.ac.ma

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec ce travail.

Introduction :

Le granulome réparateur à cellules géantes ou granulome central à cellules géantes est une lésion ostéolytique bénigne rare, à point de départ osseux présentant parfois un comportement agressif. Il fut initialement décrit, comme une réaction de réparation locale. (1) Il représente 7% des tumeurs des mâchoires.

Son étiologie est inconnue et son évolution est très variable. La particularité de cette lésion réside dans la difficulté de son diagnostic clinique et radiographique. Seule une biopsie permettra de poser le diagnostic positif, le diagnostic anatomopathologique peut être également difficile, en particulier en comparaison aux tumeurs à cellules géantes et aux kystes anévrismaux.

La chirurgie par curetage associée ou non à une exérèse plus large est le traitement conventionnel engendrant le moins de récurrence. D'autres thérapies moins invasives ont obtenu des résultats favorables avec l'administration intra-lésionnelle de corticostéroïdes. (2)

Nous rapportons 11 cas de GRCC, à travers ces cas cliniques on va mettre le point sur les difficultés diagnostiques aussi bien pour les cliniciens que pour les anatomopathologistes ainsi que la prise en charge thérapeutique la plus efficace.

Résultats :

Notre travail est une étude rétrospective portant sur 11 cas de granulome réparateur à cellules géantes mandibulaire, colligés au sein de notre service entre janvier 2014 et janvier 2020 à l'hôpital de spécialités de Rabat.

Sur les 11 cas analysés dans cette étude, le sexe ratio était de 6 femmes pour 5 hommes ; soit 1,2, donc la prédominance féminine est estimée à 54,5%. L'âge moyen de nos patients était de 20 ans. Tous nos patients ont présenté à l'examen endobuccal une tuméfaction gingivale (Fig. 1) d'évolution progressive sur une durée moyenne de 8mois. La masse était indolore, ferme, violacée, faisant corps à la mandibule. La mobilité dentaire était notée chez 8 patients, soit 72,7% et 3 de nos patients ont présenté une perte dentaire en regard de la masse. Aucun cas n'a présenté une hypoesthésie labio mentonnière ou une limitation de l'ouverture buccale. Tous nos patients ont bénéficié d'une orthopantomogramme qui a révélé des images radio transparentes multiloculaires (Fig2), la tomodynamométrie a été réalisée également chez tous nos patients, car il permet une meilleure étude de l'extension de la lyse osseuse. (Fig3)

Le traitement était chirurgical chez tous nos patients, il était conservateur dans 8 cas qui ont bénéficié d'une énucléation avec curetage de la cavité résiduelle, il était radical pour 3 cas qui ont bénéficié d'une mandibulectomie interruptrice avec reconstruction par un greffon costal. Le diagnostic a été confirmé par l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire. Aucun patient n'a présenté des complications durant la durée de surveillance post opératoire.



Fig1 : photo de face montrant la masse gingivale



Fig 3 : TDM : processus lytique mandibulaire

Fig2 : OPT : Image radio-claire



Discussion :

Le GRCG est une tumeur bénigne, qui fait partie des tumeurs et pseudo tumeurs à cellules géantes encore mal cernées (1), décrit par Jaffe en 1953. Cette lésion se rencontre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes avec une localisation deux fois plus fréquente à la mandibule qu'au maxillaire (2). Elle touche généralement des patients plus jeunes de moins de 30. Cliniquement peut se comporter de manière variable, présentant des caractéristiques allant d'une croissance asymptomatique, et lente à un évidement agressif et rapide de l'os (3). Son évolution non algique, peut simuler une cellulite chronique odontogène. Histologiquement, elle est bénigne mais localement agressive et destructrice d'origine ostéoclastique (4). Elle se présente à la radiographie comme une image radio transparente multiloculaire avec des bords festonnés et un aspect en nid d'abeille ou en bulle de savon. Le traitement de choix est l'énucléation chirurgicale avec un curetage (1)(4). Le taux de récurrence est relativement élevé de 15 à 20 %, pour limiter ce risque, d'autres équipes choisissent la résection en monobloc en passant à distance de la lésion. En cas de lésions multiples ou étendues, une résection extensive avec reconstruction par greffon osseux ou par lambeau libre est nécessaire. Des études cliniques randomisées concernant l'association de calcitonine, d'interféron α ou de corticostéroïdes à un curetage chirurgical peu invasif doivent être réalisées. (5)

Conclusion :

Le GRCG est une tumeur peu fréquente. Sa rareté entraîne des difficultés diagnostiques. La majorité des études présentent l'intervention chirurgicale comme le "gold standard" dans le traitement de ce type de tumeur. Enfin, il faut insister sur le dépistage précoce car les conséquences très destructrices sont handicapantes.

Bibliographies :

1. Victorin AHOSSI, Séverine VINCENT, Christian DUVILLARD, Patrick LARRAS, Tony PETRELLA, Daniel PERRIN. Granulome réparateur à cellules géantes du maxillaire : à propos d'un cas. *Rev Odont Stomat* 2010 ;39 :135-144
2. J. HAMAMA, L. KHALFI, H. SABANI, M.K. EL KHATIB. Agressive. *Le courrier de dentiste* 2015
3. Kruse-Lösler B, Diallo R, Gaertner C, Mischke KL, Joos U, Kleinheinz J, et al. Central giant cell granuloma of the jaws : A clinical, radiologic, and histopathologic study of 26 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 ;101 :346–54.
4. Priya Jeyaraj. Management of Central Giant Cell Granulomas of the Jaws : An Unusual Case Report with Critical Appraisal of Existing Literature. *Ann Maxillofac Surg.* 2019 Jan-Jun; 9(1): 37–47
5. DE LANGE J., VAN DEN AKKER HP, VAN DEN BERG H. Central giant cell granuloma of the jaw : a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad Endod* 2007 ;104 :603-615.