

Caractères différentiels entre la tumeur de Neumann et la tumeur d'Abrikossov : à propos de deux observations cliniques.

Benaouf S*, Tabeti-Bentahar CF.

Service de Pathologie et Chirurgie Buccales CHUOran – Algérie.

Correspondance : s.benaouf@yahoo.fr

Introduction : La tumeur de Neumann ou tumeur gingivale à cellules granuleuses (TGCG) a été décrite pour la première fois par Neumann en 1871 [1] et depuis près de 200 cas ont été publiés dans la littérature. Il s'agit d'une tumeur rare de la période néonatale. Une prédominance féminine est constatée avec un *sex ratio* de 8 : 1 [2]. Elle siège préférentiellement au niveau de la crête alvéolaire du maxillaire supérieur. Elle peut être unique ou multiple avec une majorité pour la localisation unique. La tumeur à cellules granuleuses (TCG) ou Tumeur d'Abrikossov est une tumeur bénigne d'aspect nodulaire décrite pour la première fois au niveau de la langue par Abrikossov en 1926.

Observations : Les cas rapportés sont ceux de deux nouveaux nés de sexe féminin. La première malade présentait une masse obstructive bilobée occupant la moitié de la crête alvéolaire supérieure. La patiente a été opérée sous anesthésie générale. L'exérèse n'a intéressé que le lobe antérieur de la formation, le second lobe était difficile d'accès. Les suites opératoires ont été satisfaisantes. La malade a été revue après une année, une régression spontanée et totale de la formation résiduelle a été constatée. La seconde malade a été adressée par son pédiatre pour une formation muqueuse pédiculée de 1,5 cm de diamètre siégeant sur la crête alvéolaire inférieure antérieure de couleur rose. La tumeur a été excisée sous anesthésie locale. Les suites opératoires étaient satisfaisantes : aucune récurrence n'a été constatée, 6 mois après le traitement chirurgical. Le résultat anatomo-pathologique pour les deux malades est revenu en faveur de TGCG avec de larges cellules rondes ou polygonales centrées par des noyaux ronds ou ovales, avec un cytoplasme granulaire.



Nouveau né de 02 jours



formation obstructive antérieure maxillaire.



Monitoring + intervention sous AG



15 mois plus tard.



Nouveau né : 7 jours + formation crête mandibulaire



Chirurgie sous anesthésie locale.



Site opératoire.



J+ 30 Cicatrisation complète.

Discussion : La TGCG et la TCG ont des caractéristiques communes dont l'aspect clinique (lésion ferme, non douloureuse et non hémorragique) et histologique (présence de cellules renfermant en intracellulaire des granules éosinophiles) [3]. La TCG se distingue de la TGCG par sa localisation ubiquitaire : poumons, peau, colon, yeux, voies biliaires, organes sexuels... Cependant, la localisation cervico-faciale est préférentielle. Le siège lingual représente 23 à 28% des TCG et 65 à 85 % des TCG de la cavité buccale [4]. Quant à la TGCG, son siège est exclusivement gingival. L'âge des patients est aussi un signe distinctif : la TGCG est congénitale alors que la TCG touche tous les âges. Malgré leur grande similitude sur le plan histologique, la présence d'un réseau capillaire plexiforme et d'une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse est observée dans la TCG et ne l'est pas dans la TGCG. En immunohistochimie la TGCG est PAS positive et négative à la protéine S100 contrairement à la TCG qui est positive à la protéine S100 et à la *neuron-specific enolase*. Ce qui conforte la différence de ces deux entités souvent confondues car pour la TCG, l'origine nerveuse (gaine de Schwann) est actuellement admise alors qu'elle demeure controversée pour la TGCG [5]. La théorie la plus retenue est que la tumeur de Neumann serait un processus dégénératif ou réactionnel du stroma gingival [6]. Sur le plan thérapeutique, la régression spontanée de la TGCG suggère l'abstention et la surveillance dans certains cas, en absence de signes d'obstruction des voies aériennes ou de troubles de l'alimentation (diamètre < 2 cm) pour les autres l'excision sous anesthésie locale ou générale comme a été le cas pour nos malades donne de bons résultats [7]. Pour ce qui est de la TCG, l'existence de variétés malignes et le caractère métastasiant impose l'exérèse large en première intention. Des cas de diagnostic anténatal ont permis l'application du protocole EXIT (*EX utero Intrapartum Treatment*) au moment de l'extraction du bébé ou dans l'heure suivant la naissance. Cette procédure ne peut être envisagée dans la tumeur d'Abrikossov puisque celle-ci est d'apparition tardive.

Conclusion : La TGCG et la TCG partagent des caractéristiques cliniques et histologiques nombreuses, elles ne doivent pas être confondues car la thérapeutique et le pronostic sont différents imposant le recours à l'immunohistochimie.

Références bibliographiques :

- 1) Gupta O, Arora R, Gupta K, Sharma U. Congenital granular cell lesion in newborn mandible. *Nigerian Journal of Clinical Practice* ;Jul-Sep 2013 ; Vol 16 Issue 3 :401-403.
- 2) Dhingra M, Pantola C, Agarwal A. Congenital granular cell tumor of the alveolar ridge. *Indian Journal of Pathology and microbiology*, april –June 2010;53(2).
- 3) Charrier J.B, Droulé P, Vignaud JM, Chassagne JF, Stricker M. Obstructive congenital gingival granular cell tumor. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003; 112.
- 4) Ordonez NG, Mackay B. Granular cell tumor: A review of the pathology and histogenesis. *Ultrastructural Pathology*, 23 :207- 222, 1999.
- 5) Nouri S, Mahdhaoui N, Bouafsoun C, Zakhama R, Omezzine M, Tahar Yaacoubi M, Salem N, Seboui H. Epulis congénitale obstructive à double localisation. A propos d'une observation chez un garçon. *Archives de Pédiatrie* 2008;15:1083-1086.
- 6) Zarbo R.J, Lloyd R.V, Beals T.F, Mc Clatchey K.D. Congenital gingival granular cell tumor with smooth muscle differentiation. *Oral Surg* November 1983; 512-520.
- 7) Kadlub N, Galliania E, Okera N, Vazquez M-P, Picard A. L'exérèse des épulis congénitales : savoir s'abstenir. A propos d'un cas de régression spontanée. *Archives de Pédiatrie* 2011;18:657-659