

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI**



**UNIVERSITE DES SCIENCES,  
DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE ACADEMIQUE 2014-2015**

**N°.....**

**TITRE**

**ETUDE DES EPULIS AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE  
BAMAKO : 50 CAS**

**THESE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28/02/2015  
DEVANT LE JURY DE LA FACULTE DE MEDECINE,  
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

***PAR: Mlle Aminata Fofana***

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN  
CHIRURGIE DENTAIRE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président : Pr Adama SANGARE**

**Membre : Dr Ousseyni DIAWARA**

**Co-Directeur : Dr Boubacar BA**

**Directeur : Pr Tiemoko DANIEL COULIBALY**

## Dédicaces

A mon cher père Fofana Ibrahim et ma chère maman Fofana Aissata.

## Remerciements

- ❖ A DIEU, Maître du monde, Le Clément, Le Miséricordieux, Le Tout-Puissant dont La Grâce conduit toutes les bonnes choses à leurs réalisations et qui m'a permis d'effectuer mes études d'Odontostomatologie.
- ❖ A mon père, Pr Fofana Ibrahim

Papa, tu as toujours éveillé en nous, dès l'enfance, le goût de la connaissance et de la recherche. Ce travail est le fruit de tes multiples sacrifices. Merci beaucoup, que DIEU t'accorde une longue vie pleine de bonheur et te bénisse.

- ❖ A ma mère, Fofana Aissata

Maman, malgré la distance et le temps, tes bénédictions et tes encouragements m'ont toujours accompagnée. Merci beaucoup et que DIEU te donne longue vie pleine de bonheur et te bénisse.

- ❖ A mes grands frères Khalil et Moussa

Vous avez été des guides pour moi et vous avez toujours répondu présent quand j'ai eu besoin de vous. Merci.

- ❖ A mon grand frère, Dr Fofana Daouda

Merci d'avoir guidé mes pas à «la FMOS». Ce travail est le tien.

- ❖ A ma grande sœur Fâti

Tu as été un modèle pour moi à l'école, merci.

- ❖ A mes petits frères et sœur

Vous êtes si loin...je vous aime tant, je suis fière de vous. Ne changez jamais votre manière d'être et continuez toujours sur cette voie.

❖ A mes oncles, mes tantes, mes grandes mères

Merci pour les bénédictions et le soutien moral.

❖ Au Dr Koita Oumar

J'ai beaucoup appris auprès de vous. Merci.

❖ Au décanat de la FMOS

❖ A tous les personnels du CHU-OS

❖ A Maya Kanté

Ma chère tante merci pour l'intégration et le soutien au cabinet ATHIA

❖ Aux Dr Danielle Mani, Dr kom Géraldine Fatim

Merci d'avoir été des guides pour moi au cabinet ATHIA.

❖ Aux personnels du cabinet ATHIA, merci pour la courtoisie.

❖ A toutes mes amies, en témoignage de ma profonde gratitude.

❖ A tous mes camarades de classe, en souvenir de nos années d'études.

A la famille !

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Adama SANGARE**

- ❖ **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU de Kati**
- ❖ **Ancien interne des hôpitaux de Dijon (France)**
- ❖ **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontologie (F.M.O.S) de Bamako**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et traumatologie (SO.MA.C.O.T)**
- ❖ **Membre de la Société Afrique Francophone de l'Ouest (S.A.F.O)**
- ❖ **Membre de la Société Mali-Médical**

**Cher Maître**

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos occupations.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique sont des qualités qui font de vous un grand maître admiré par tous.

Permettez-nous cher maître, de vous rendre ici le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et juge :**

**Docteur Ousseynou DIAWARA**

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)**
- ❖ **Spécialiste en santé publique de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (U.C.A.D)**
- ❖ **Spécialiste en parodontologie (U.C.A.D)**
- ❖ **Ancien Médecin chef adjoint à Bafoulabé, Kita**
- ❖ **Ancien Médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de San**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako**

**Cher Maître**

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger cette étude malgré vos multiples occupations.

Nous avons été touchés par votre ponctualité, votre accessibilité et votre modestie qui font de vous un exemple à suivre.

Cher maître recevez ici l'expression de notre profond respect.

**A notre Maître et Co-Directeur de thèse :**

**Docteur Boubacar BA**

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar(U.C.A.D)**
- ❖ **Maitre-assistant d'odontostomatologie à la F.M.O.S de Bamako**
- ❖ **Spécialiste en chirurgie buccale**
- ❖ **D.U en carcinologie buccale**
- ❖ **Membre du comité national de greffe du Mali**

**Cher Maître**

Nous ne saurions jamais trouver de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à cette thèse, mais aussi la disponibilité avec laquelle vous avez accepté de la diriger.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre profonde admiration.

**A notre Maître et Directeur de thèse :**

**Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY**

- ❖ **Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la F.M.O.S**
- ❖ **CES d'odontologie chirurgicale**
- ❖ **Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako**
- ❖ **Diplômé de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale**
- ❖ **Coordinateur de CES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako**
- ❖ **Coordinateur de la filière d'odontostomatologie à la F.M.O.S de Bamako**
- ❖ **Chef de service de la stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako**

**Cher Maître**

Nous sommes sensibles à la confiance que vous nous avez accordé en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique, vos conseils, votre simplicité et votre savoir font de vous un maître aimé par tous.

Permettez nous cher maître de vous exprimer nos vifs remerciement et notre profond respect.



### Liste des abréviations

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

AIS : anti inflammatoire stéroïdien

CHUOS : centre hospitalier universitaire d'Odonto-Stomatologie

FMOS : faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAS : Acide Période Schiff

% : pourcentage

I. INTRODUCTION.....	1
A. Préambule.....	1
B. Intérêt de l'étude.....	3
C. Généralités.....	4
1. Définition.....	4
2. Rappels histologiques.....	4
3. Rappels anatomiques.....	13
4. Mécanisme étiopathogénique.....	18
5. Diagnostics.....	19
5.1. Diagnostic positif.....	19
5.2. Diagnostic différentiel.....	30
6. Traitement.....	31
7. Surveillance.....	34
8. Evolution et complication.....	34
II. OBJECTIFS.....	35
A. Objectif général.....	35
B. Objectifs spécifiques.....	35
III. PATIENTS ET METHODES.....	36
IV. RESULTATS.....	39
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	51
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	58
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
RESUME	
ANNEXES	

## I. INTRODUCTION

### A. Préambule

L'épulis est une lésion pseudotumorale bénigne, hyperplasique, circonscrite des gencives [1].

Elle est très fréquente et est classée, malgré la nature histologique de sa lésion, parmi les tumeurs.

Elle s'observe à tout âge, avec le plus souvent une prédominance féminine [2].

Son étiologie précise n'est pas encore connue ; mais l'approche étiopathogénique, faite par de nombreux auteurs, permet de distinguer des facteurs locaux et des facteurs généraux.

Les facteurs locaux connus sont :

- l'irritation locale bactérienne ;
- l'épine irritative dentaire ou prothétique ;
- la mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Les facteurs généraux connus sont :

- l'implication du facteur de l'hôte dans la pathologie, surtout l'état gravidique, sous l'influence des hormones sexuelles par voie sanguine sur la gencive ;
- l'âge supérieur à 40 ans, chez les femmes, par les troubles hormonaux ;
- le diabète [2].

Le diagnostic d'une épulis est souvent évident à la seule inspection, mais doit être confirmé par un examen histopathologique [3].

Sans que l'épulis ne soit toujours une urgence chirurgicale, elle peut évoluer vers des complications en absence de traitement correct.

L'épulis a largement été décrite dans le monde surtout des études de cas comme celles de AE Rakotarivony, de PINTO João Gabriel Souza [4 ; 5].

Au Mali, l'étude de KONE C. en 2008 rapportait une fréquence hospitalière de 1,17 % sur une période de trois ans [6].

De même, dans la pratique courante, la démarche diagnostique est souvent mal conduite ; par défaut d'examen histopathologiques indispensables à la confirmation du diagnostic.

La fréquence des épulis dans la pathologie buccale doit pousser l'odontostomatologiste à mieux maîtriser son traitement. L'épulis se traite par voie chirurgicale. La chirurgie laser constitue un excellent traitement [7].

## **B. Intérêt**

L'intérêt de cette étude réside dans le fait que :

- très peu d'études sont effectuées sur cette pathologie au Mali ;
- Cette étude servira d'ébauche à d'autres études ultérieures ;
- Cette étude permettra d'identifier le profil épidémiologique de l'épulis au CHU-OS de Bamako ;
- Cette étude permettra d'identifier le profil étiologique de l'épulis au CHU-OS de Bamako.

## **C. Généralités**

### **1. Définition**

L'épulis est une tumeur bénigne de la gencive, qui n'a aucun potentiel dégénératif. [8]

Etymologiquement, l'épulis est un terme grec provenant de deux mots :

« Épi » = dessus et « oulon » = gencive.

Ceci se traduit par une lésion, qui a pour siège la surface des gencives. [9]

Elle est cliniquement définie comme une pseudo-tumeur bénigne, hyperplasique, circonscrite des gencives [10]. Ce qui n'est pas tout à fait exact car si la tumeur siège bien sur le rebord de la gencive, elle a presque toujours des racines en profondeur de l'os. Elle peut devenir fibreuse et même s'ossifier. Elle peut contenir parfois des grandes cellules à myélopaxes et à ce titre, peut être assimilée à une tumeur à myélopaxes, qui siège dans l'os, également bénigne [8].

### **2. Rappel histologique**

La cavité buccale est tapissée par une tunique muqueuse (la muqueuse buccale) et contient principalement les dents, la langue, et les glandes salivaires. [11]

#### **2.1. La muqueuse buccale**

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien, reposant sur un tissu conjonctif appelé le chorion, dans la cavité buccale. [12]

La membrane basale sépare l'épithélium du chorion sous-jacent. [13]

### 2.1.1. L'épithélium [13]

Il est pavimenteux, pluristratifié, composé de cellules étroitement liées les unes aux autres.

L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation.

Dans les zones kératinisées, on observe une superposition des couches suivantes :

➤ L'assise germinative (Stratum germinatum) :

Elle est adossée à la membrane basale. C'est le seul endroit où l'on retrouve des mitoses à l'état normal. Elle est formée de cellules cylindriques.

➤ Le corps muqueux de Malpighi (Stratum spinosum) :

Il est formé de 15 à 20 assises de cellules polyédriques tendant à s'aplatir au fur et à mesure de leur ascension vers la surface.

➤ La couche granuleuse (Stratum granulosum) :

C'est la zone de transition, correspondant à la maturation des kératinocytes.

Elle n'est présente que dans les zones de muqueuse kératinisée, associée alors à une ortho-kératose.

➤ La couche kératinisée (Stratum cornéum) :

Elle n'est véritablement présente qu'au sein d'un épithélium ortho-kératosique.

Dans les zones non kératinisées, la couche granuleuse est absente.

Les cellules conservent jusqu'en surface, un noyau rond et leur cytoplasme renferme un glycogène abondant : P.A.S (Acide Période Schiff) positif.

### **2.1.2. La membrane dorsale ou basale [13]**

C'est une mince bandelette très fortement colorée par le PAS, qui épouse les ondulations des crêtes épithéliales.

Elle joue un rôle important, filtrant les échanges permettant l'attache des kératocytes, influant sur leur différenciation et leur renouvellement.

### **2.1.3. Le chorion [13]**

Il est constitué par un tissu conjonctif lâche, composé de fibroblastes, de faisceaux denses de fibres collagènes, de fibres élastiques, de lymphocytes, de plasmocytes, de vaisseaux et de nerfs.

Dans sa couche profonde, les glandes salivaires accessoires mixtes séro-muqueuses ou muqueuses sont nombreuses.

La muqueuse présente un aspect variable suivant la région considérée :

- sous la langue et les bords, la muqueuse est lisse et l'épithélium relativement mince ;
- au niveau du frein, il s'infléchit et devient l'épithélium du plancher buccal ; cet épithélium repose sur un chorion dense ;
- sur la face supérieure, la muqueuse est épaisse et elle se caractérise surtout par la présence de différenciations: les papilles linguales.

On distingue des papilles :

- Linguales ;
- Filiformes ;
- Fungiformes ;
- Caliciformes.

Les papilles caliciformes et fungiformes contiennent les bourgeons du goût.



Les bourgeons du goût sont des formations intra-épithéliales de forme ovoïde aux caractéristiques de chémorécepteurs. Ils possèdent, à leur pôle apical un pore gustatif occupé par la substance mucoïde de Ranvier.

Cette substance est un ensemble de prolongements cytoplasmiques appartenant aux cellules pseudo-sensorielles.

Dans ces formations, on peut distinguer trois types de cellules :

➤ **Cellules périphériques**

Ce sont des cellules épithéliales banales qui limitent le bourgeon du goût.

Souvent en mitose, elles sécrètent la substance mucoïde de Ranvier.

➤ **Les cellules basales**

Difficilement visibles, elles présentent quelques mitoses.

➤ **Les cellules centrales**

Ce sont des cellules épithéliales “pseudo-sensorielles”. Allongées, elles présentent de fins prolongements au pôle apical. Elles ont un noyau volumineux et un cytoplasme clair.

Sur la membrane plasmique de ces cellules, des fibres nerveuses dendritiques forment des terminaisons en bouquets.

Il existe un renouvellement continu et rapide (environ 10 jours) des cellules sensorielles en un cycle, conduisant de la cellule basale à une cellule de soutien, puis à une cellule sensorielle centrale. [14]

## 2.2. Les dents [15]

Toutes les dents ont la même structure de base, avec une **couronne** faisant saillie hors de la gencive et une ou plusieurs **racines** selon les cas.

Les incisives et canines n'ont qu'une racine chacune, les prémolaires en ont habituellement deux et les molaires peuvent en avoir trois ou quatre.

A la jonction de la couronne et de la racine, se situe le collet de la dent.

De l'intérieur vers l'extérieur, chaque dent comporte 4 types de tissus : la pulpe dentaire, la dentine, l'émail et le ciment.

### 2.2.1. La pulpe dentaire [15]

C'est un tissu conjonctif lâche contenant des vaisseaux sanguins et des nerfs.

Elle est contenue dans la chambre pulpaire (située au centre de la couronne de la dent) prolongée par les canaux dentaires s'ouvrant à l'apex des racines.

Elle est limitée en périphérie, par une couche de cellules mésenchymateuses (dérivant de la crête neurale) sécrétant la dentine et les odontoblastes.

Les odontoblastes sont des cellules prismatiques moins étroitement adhérentes sur leurs faces latérales que dans la plupart des épithéliums. Leur noyau, ovalaire allongé, est situé au pôle basal.

Le cytoplasme basal est riche en réticulum endoplasmique granulaire et contient un volumineux appareil de Golgi.

Au delà du plateau terminal, au niveau duquel des complexes de jonction relient les cellules entre elles, la partie apicale de la cellule se résout en un fin prolongement cytoplasmique (ou « fibre de Tomes ») qui s'étend dans un canalicule de la dentine. Ce prolongement contient des mitochondries, des éléments du cytosquelette et des vésicules de sécrétion, déversant leur contenu

de tropo-collagène dans le milieu extra-cellulaire, pour constituer les fibrilles de collagène de la prédentine.

La transition entre prédentine (non encore minéralisée) et dentine (minéralisée) est abrupte (« front de minéralisation »).

### **2.2.2. La dentine [15]**

La dentine (ou ivoire) entoure la pulpe dentaire. C'est, après l'émail, le deuxième tissu le plus dur de l'organisme. C'est une matrice extra-cellulaire produite par les odontoblastes, puis calcifiée (cristaux d'hydroxyapatite) et parcourue par de très nombreux petits canalicules (ou tubules dentinaires). Ceux-ci, perpendiculaires à la surface, contiennent un fin prolongement cytoplasmique des odontoblastes.

La dentine constitue le tissu dentaire le plus important par sa masse.

Dans les conditions normales, elle est entièrement recouverte soit par l'émail, soit par le cément.

La grande sensibilité de la dentine est sous-tendue par des fibres nerveuses amyéliniques, dont les terminaisons nerveuses libres sont en contact étroit (en particulier par des gap-jonctions) avec les odontoblastes et leur prolongement cytoplasmique.

Tous les stimuli (tact, chaud, froid...) sont ressentis comme un message douloureux.

### **2.2.3. L'émail [15]**

La périphérie de la dent est faite d'émail au niveau de la couronne et de cément, au niveau des racines.

Pendant la vie intra-utérine, l'émail, substance la plus dure de l'organisme, est sécrété par les adamantoblastes (ou améloblastes) qui sont des cellules épithéliales d'origine ectodermique.

L'émail contient près de 99 % de sels minéraux, avec moins de 1 % de matrice organique. Il est organisé en prismes hexagonaux groupés en faisceaux, à trajet grossièrement radiaire et maintenus les uns contre les autres par une substance inter-prismatique.

Les prismes, très allongés, s'étendent depuis la jonction émail-dentine jusqu'à la surface de la couronne de la dent. Ils sont constitués en groupes de longs et fins cristaux d'hydroxyapatite, disposés parallèlement dans le sens de la longueur ; leur diamètre est de l'ordre de 4 à 8  $\mu\text{m}$ .

Les cristaux de l'émail inter-prismatique sont orientés différemment.

La matrice organique, reste de la matrice sécrétée par les améloblastes avant la minéralisation de l'émail, n'est faite ni de kératine, ni de collagène, mais de glycoprotéines keratin-like riches en tyrosine et de polysaccharides.

### **2.2.4. Le cément [15]**

Le cément recouvre la racine de la dent. Il ressemble au tissu osseux. Il est fait de cellules (les cémentocytes) et de matrice extra-cellulaire (collagène, glycoprotéines et protéoglycanes) minéralisée.

Les cémentocytes sont disposées dans des lacunes et leurs prolongements dans des canalicules (comme les ostéocytes dans le tissu osseux).

Toutefois, à l'inverse de l'os, le cément est avasculaire.

Une couche de cémentoblastes, analogues aux ostéoblastes, est située à sa face externe. Elle est adjacente au ligament périodontique et continue d'élaborer du cément pendant toute la vie de la dent.

Au moment de la chute des dents de lait, des odontoclastes (analogues aux ostéoclastes) résorbent le cément et la dentine de la racine.

### **2.2.5. Le périodonte**

C'est l'espace conjonctif qui amarre la racine de la dent à l'os de l'alvéole et nourrit les tissus avoisinants.

Il est fait de tissu conjonctif lâche vascularisé et innervé, parcouru par de nombreux trousseaux de tissu fibreux dense correspondant au ligament alvéolo-dentaire (ou ligament périodontique). [15]

### **2.3. Les glandes salivaires [15]**

Ce sont des glandes exocrines tubulo-acineuses à sécrétion muqueuse et/ou séreuse. Elles sont responsables de la production de la salive.

On distingue des glandes salivaires principales et des glandes salivaires accessoires.

Les glandes exocrines possèdent la plupart du temps un canal excréteur et une portion sécrétrice.

En fonction de la morphologie de la portion sécrétrice, on distingue les glandes :

- Tubuleuses ;
- Acineuses ;
- Tubulo-acineuses ou alvéolaires.

Les portions sécrétrices des glandes salivaires sont entourées de cellules myoépithéliales, qui permettent l'excrétion des produits de sécrétion. ces sécrétions peuvent être séreuse ou muqueuse.

Les sécrétions séreuses sont constituées exclusivement de protéines enzymatiques et sont liquides.

Les sécrétions muqueuses sont constituées par des agrégats de polysaccharides PAS+ et sont visqueuses.

Le parenchyme salivaire de toutes les glandes salivaires ; quelque soit leur type, ont une unité sécrétrice appelé adénomère.

Ce dernier est une formation tubulo-acineuse, dont les portions terminales sont les acini.

On distingue des acini :

- Séreux ;
- Muqueux ;
- Et mixtes.

### **La salive [15]**

Il s'agit d'une sécrétion de consistance variable (aqueuse ou visqueuse), contenant :

- Du mucus ;
- Des enzymes ;
- Et des ions minéraux.

Elle résulte de l'ensemble des sécrétions séreuses et/ou muqueuses émises par les glandes salivaires.

Elle a un rôle digestif, qui consiste essentiellement en l'humidification des aliments et l'hydrolyse partielle de l'amidon, par l'amylase (première enzyme digestive rencontrée par les aliments).

Elle a aussi un rôle anti-septique, grâce au lysozyme qui est une enzyme antibactérienne, jouant un rôle important contre le développement de la carie dentaire.

La sécrétion des glandes salivaires est sous contrôle nerveux neurovégétatif.

Les fibres para-sympathiques provoquent la sécrétion d'une salive riche en enzymes et en ions, alors que les fibres orthosympathiques induisent la sécrétion d'une salive épaisse et riche en mucus.

Le système nerveux végétatif étant lui-même sous contrôle du système nerveux central (via l'hypothalamus), on observe les effets du psychisme sur la sécrétion salivaire (le trac donne "la bouche sèche", alors que la vue d'un met appétissant "met l'eau à la bouche").

### **3. Rappel anatomique de la cavité buccale et de la gencive**

La cavité orale est le premier segment de l'appareil digestif.

Elle est limitée en avant, par les lèvres, formant une sorte de « sphincter labial ». Elle s'ouvre en arrière dans l'axe aéro-digestif du pharynx, via l'isthme du gosier [16].

La cavité orale peut être séparée en deux parties :

- le vestibule de la cavité orale, situé entre les arcades dentaires et les faces muqueuses des joues et des lèvres.
- et la cavité orale « proprement dite » située en arrière des arcades dentaires [16].

La cavité orale présente six « parois » :

- en avant : le « sphincter labial » ;
- en arrière : la paroi postérieure constituée du voile du palais et s'ouvrant dans le pharynx via l'isthme du gosier ;
- latéralement : les deux joues ;
- en haut : le « plafond » de la cavité orale constitué par le palais ;
- en bas : le plancher et la langue. [16]

En haut, le palais dur sépare la cavité orale des fosses nasales dont le plancher est parallèle au palais.

Plus en arrière, le palais mou (ou voile du palais), structure musculaire complexe, prolonge le palais dur.

Par ailleurs, la cavité orale présente un certain nombre de structures anatomiques lui étant annexées :

- la langue ;
- l'organe dentaire ;
- les glandes salivaires ;
- les nerfs, les artères, les veines ;
- et les muscles « masticateurs ». [16]

L'organe dentaire comprend la dent et le parodonte.

Le parodonte constitue l'ensemble des tissus de soutien de la dent.

On distingue deux types de parodonte :

- le parodonte superficiel qui est constitué de la gencive ;
- et le parodonte profond qui est constitué du cément, du desmodonte, et de l'os alvéolaire [17].

La région gingivo-dentaire comporte des supports osseux maxillaires et mandibulaires recouverts par la gencive. Ces supports, en fer à cheval, correspondent :

- à l'arcade alvéolaire maxillaire ou rempart alvéolaire, percée d'alvéole où sont implantées les dents. Véritable tissu de soutien, elle comprend une partie externe ou table externe et une partie interne ou palatine ;
- l'arcade alvéolaire mandibulaire formée de façon identique et qui comprend une partie externe ou table externe et une partie interne ou table interne ou linguale. [18]

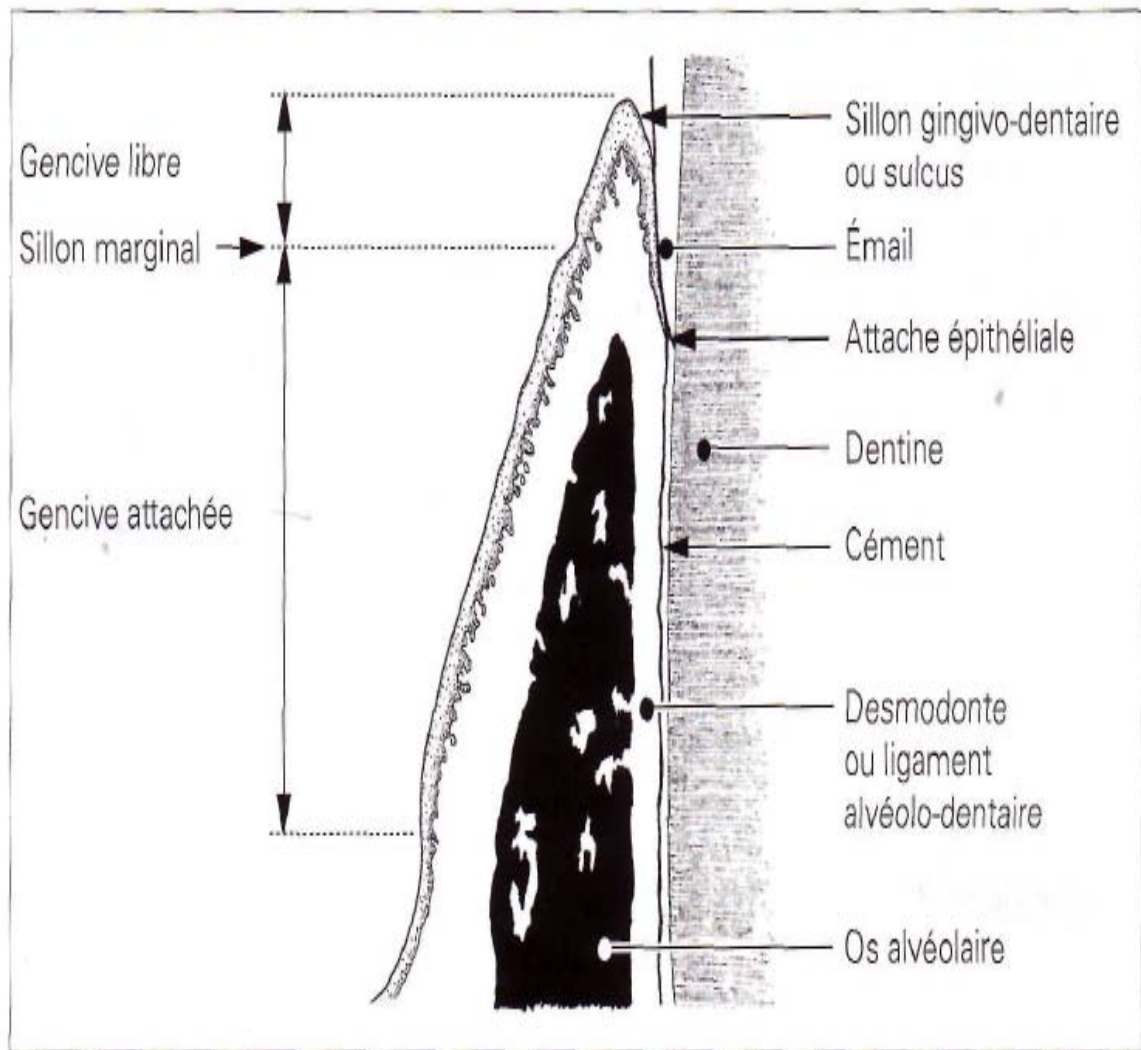
La gencive correspond à l'ensemble des tissus épithéliaux et conjonctifs recouvrant et protégeant l'os alvéolaire sous-jacent : c'est la muqueuse gingivale qui adhère fortement au périoste et continue par l'intermédiaire du sillon labio-jugo-gingivale à la muqueuse labiale et à la muqueuse jugale.

On comprend alors comment le système dentaire site de tartre, de plaque, de carie, d'infections locales ou plus généralisées de toutes sortes, peut influencer sur la bonne santé du tissu gingival.



La gencive proprement dit est partagée en plusieurs zones :

- la gencive marginale ou gencive libre qui entoure les dents ; elle a 2 ou 3mm de hauteur, et forme la paroi du sillon gingivo-dentaire ;
- le sillon gingivo-dentaire ou sulcus qui se trouve autour de la dent ; il se forme en entonnoir, en forme de V et a une profondeur de 1,5 à 2 mm ;
- la gencive attachée adhérente qui fait suite à la gencive marginale ; c'est un tissu élastique et ferme qui s'attache fortement à l'os alvéolaire. Du côté vestibulaire cette gencive se prolonge jusqu'au tissu muqueux lâche, la muqueuse alvéolaire. La gencive attachée et la muqueuse alvéolaire sont séparées par le sillon muco-gingival. Du côté palatin, la gencive va se confondre progressivement avec la muqueuse palatine. Du côté linguale, elle va se confondre avec la muqueuse du plancher buccal ; ces deux tissus se raccordant au niveau du sillon sublingual ;
- la gencive inter dentaire comble l'espace inter-dentaire ou inter-proximal ; elle est faite par l'accolement de la papille vestibulaire et de la papille palatine ou linguale. [18]



**Figure 1 : Schématisation des différentes zones gingivales (coupe dans un plan vertical) [18]**

## **Innervation**

La motricité endo-buccale et oro-pharyngée est assurée par :

- le nerf glosso-pharyngien (IX), dont l'atteinte se traduit par une dysphagie non douloureuse;
- le nerf grand hypoglosse (XII), responsables de la mobilité linguale.

La sensibilité faciale est assurée par le nerf trijumeau.

Ce nerf se divise en trois branches, définissant ainsi trois territoires :

- le nerf supra orbitaire, issu de la branche ophtalmique (V1), assure la sensibilité de la région fronto-naso-palpébrale supérieure et de la cornée ;
- le nerf maxillaire (V2), dont la branche terminale ; le nerf infra-orbitaire, émerge à 1cm au-dessous de la margelle du même nom, permet l'innervation sensitive de la partie supérieure des joues, des faces latérales de la pyramide nasale, de la pointe nasale, des paupières inférieures, de la muqueuse des fosses nasales, des cavités sinusiennes et des dents maxillaires.
- le nerf mandibulaire (V3), se divise rapidement en :
  - nerf lingual, destiné à l'hémi-langue ;
  - nerf buccal, pour la face interne des joues ;
  - et nerf alvéolaire inférieur.

Ce dernier permet la sensibilité des dents mandibulaires et par sa branche terminale mentonnière de la région labio-mentonnière, dont l'hypo-esthésie constitue le classique signe de Vincent.

Le nerf facial intervient, par l'intermédiaire du nerf de Wrisberg (VII bis), dans l'innervation de la zone de **Ramsay Hunt**.

Les régions cervicales sont innervées par les branches du plexus cervical superficiel [19].

## **4. Mécanisme étiopathogénique**

L'épulis est une pseudo-tumeur réalisant une hyperplasie gingivale.

L'augmentation bénigne de ces pseudo-tumeurs est la réponse à une stimulation pathologique d'origine hormonale ou inflammatoire. [20]

De nombreux facteurs exercent une irritation initiale contribuant à la prolifération tumorale.

Les causes déterminantes sont difficiles à mettre en évidence, car il existe souvent une conjonction de plusieurs facteurs locaux et généraux [1].

La qualité de l'hygiène bucco-dentaire est le facteur le plus incriminé parmi les facteurs locaux [21].

Les épulis gravidiques font la preuve de leur pathogénie hormonale, en régressant après l'accouchement.

Les épulis inflammatoires correspondent à un processus cicatriciel infecté.

Les épulis fibreuses et les épulis à cellules géantes présentent une étiopathogénie encore mal cernée [1].

## 5. Diagnostics

### 5.1. Diagnostic positif

#### 5.1.1. Observation clinique

L'examen clinique demeure l'étape initiale qui est essentielle dans l'approche diagnostique de toute pathologie médicale.

Cet examen méthodique comprend l'interrogatoire et l'examen physique.

L'interrogatoire décrit les symptômes ou signes fonctionnels et les signes généraux tels que :

- la douleur ;
- la fièvre ;
- la variation de pouls ;
- la fatigue ;
- ou la recherche des antécédents personnels et familiaux.

L'examen physique dépiste les signes physiques avec les différentes étapes :

- l'inspection ;
- la palpation ;
- la percussion ;
- l'auscultation [19].

Si les deux étapes précédentes ne suffisent pas à l'établissement du diagnostic, alors parfois des examens médicaux complémentaires sont nécessaires. [1]

L'épulis répond à deux critères qui font l'unanimité des auteurs :

- un critère topographique : la localisation de l'épulis au niveau du collet d'une ou de deux dents contigües; en effet la gencive marginale est très impliquée dans la tumeur soit isolément, soit en association avec le desmodonte et l'os alvéolaire ;

- un critère de bénignité : ce critère est bien précisé par CERNEA : "l'épulis est en effet une tumeur qui ne récidive pas après exérèse complète, qui ne donne pas de métastases, ni d'envahissement ganglionnaire"[1].

### 5.1.2. Examens para- cliniques

Ils sont constitués par les examens anatomo-pathologiques et radiologiques, auxquels peuvent s'ajouter des examens biologiques chez les malades à opérer.

#### **L'examen anatomo-pathologique :**

Il est essentiel au diagnostic [22].

#### **L'examen radiologique :**

La radiographie est nécessaire, mais pas obligatoire pour le diagnostic et la démarche thérapeutique.

Mais, si elle est réalisée (notamment la radiographie panoramique ou la radiographie retro-alvéolaire), elle permet de voir la base d'implantation au niveau de l'os et d'observer une zone d'alvéolyse [23].

### 5.1.3. Les formes cliniques

L'épulis est une pseudo-tumeur bénigne hyperplasique des gencives, se développant au niveau du bord libre ou de la papille inter-dentaire.

Elle a pour siège préférentiel le versant vestibulaire de la région incisivo-canine inférieure, mais peut se situer entre les incisives supérieures ou dans la région molaire. [24]

Selon le type cellulaire et le stade évolutif du granulome réparateur (processus réactionnel bénin et résorption de l'os alvéolaire), **Bodner et coll.** distinguent :

- l'épulis simple qui peut être inflammatoire, vasculaire ou fibreuse ;

- l'épulis à cellules géantes [25].

Selon l'étiologie, nous distinguons :

- la forme congénitale ;
- la forme gravidique ;
- la forme fissurée ;
- la forme survenant au cours d'une gingivite chronique de cause locale ;
- la forme traumatique (épulis post-extractionnel).

### **5.1.3.1. Formes selon le type cellulaire et le stade évolutif du granulome réparateur**

#### **a) L'épulis simple**

C'est une lésion bourgeonnante, de forme nodulaire plus ou moins volumineuse.

Sa coloration est :

- rouge vive ou sombre pour les formes vasculaires et inflammatoires ;
- rose pâle pour la forme fibreuse.

Le mode d'implantation est :

- pédiculé ;
- sessile ;
- ou ligamentaire.

Elle est parfois polylobée, formant ainsi une tumeur :

- en bissac, avec un lobule en lingual ;
- ou palatin avec un lobule en vestibulaire.

Sa surface est :

- lisse et revêtue d'une muqueuse normale ;
- parfois ulcérées [24].

L'affection est généralement indolore, sans adénopathie satellite [26].

La lésion est de consistance ferme, parfois molle et élastique.

Elle présente une tendance hémorragique :

- spontanée pour la forme inflammatoire et vasculaire ;
- ou provoquée après une légère irritation.

La maturation d'une épulis inflammatoire en une épulis fibreuse ou vasculaire est possible, avec des formes intermédiaires.

Suivant les formes, l'histologie diffère.

Elles sont constituées essentiellement d'un tissu conjonctif avec un infiltrat lymphocytaire plus ou moins dense.

La forme fibreuse peut contenir des calcifications. [24]

### **L'épulis inflammatoire**

L'épulis inflammatoire est une tumeur bénigne due à une hyperplasie localisée de la gencive, de nature inflammatoire, secondaire à la cicatrisation imparfaite d'une lésion gingivale [27].

C'est une réaction commune à une irritation modérée, faite d'un tissu de granulations [29]. Ce dernier est un tissu de granulations, au sein duquel la néoformation vasculaire est particulièrement désordonnée.

Elle apparaît à tout âge.

### **Cliniquement :**

L'épulis inflammatoire apparaît comme une masse non douloureuse, pédiculée ou sessile, de couleur rouge sombre.

La surface est lisse ou lobulée, souvent érodée et est recouverte d'une membrane blanc-jaunâtre.

La lésion est molle, elle présente une tendance hémorragique spontanée après une irritation légère.

Sa taille est généralement comprise entre 0,5 et 1 cm [28].

### **L'examen histologique :**

Il note :

- un épithélium pavimenteux, stratifié, normal, ne recouvrant pas la totalité de la surface, avec des zones ulcérées ou érosives.



- un tissu conjonctif œdématisé, avec de nombreux capillaires néoformés, dilatés, composés d'une seule couche de cellules endothéliales. Ces dernières sont disposées de façon perpendiculaire à la surface.
- un infiltrat inflammatoire, polymorphe, considérable, de :
  - ✓ Polynucléaire neutrophile ;
  - ✓ Lymphocytes ;
  - ✓ Et plasmocytes.

On peut observer un pigment jaune brun ; de l'hémossidérine (40%) et du fer, provenant de la dégradation des globules rouges extravasés, qui témoigne d'un foyer hémorragique ancien [29].

### **L'épulis fibreuse**

L'épulis fibreuse est une hypertrophie réactionnelle des tissus mous, causée par des cellules du ligament parodontal [30].

### **Cliniquement :**

L'épulis fibreuse se présente sous la forme d'un nodule ferme, recouvert par une muqueuse d'aspect normal ou un peu plus pâle, qui se prolonge parfois dans la papille inter-dentaire et sur la fibro-muqueuse linguale ou palatine.

Cette pseudotumeur est principalement formée d'un tissu fibreux et peut contenir des calcifications [31].

Chaque nodule est constitué d'un stroma dense, fibreux et riche en collagène, recouvert d'un épithélium malpighien épaissi [32].

La lésion au début est sessile et peut devenir progressivement pédiculée.

Son diamètre est supérieur à 1 cm.

On la retrouve essentiellement chez la femme ; dû à l'influence hormonale [29].

### **L'examen histologique :**

Il note :

- Un épithélium normal, parfois ulcéré, mince, avec des crêtes épithéliales aplaties.

- Un tissu conjonctif dense, avec de nombreux fibroblastes, qui élaborent une grande quantité de fibres de collagènes.
- Un infiltrat inflammatoire important mixte de :
  - ✓ Polynucléaires neutrophiles ;
  - ✓ Lymphocyte ;
  - ✓ Et plasmocytes.

Le nodule peut contenir des plages ossifiées, calcifiées, cartilagineuses [29].

#### **b) L'épulis à cellules géantes**

L'épulis à cellules géantes appelée également « tumeur à myéloplaxes ou granulome périphérique ou ostéoclastome » est une tumeur bien caractérisée cliniquement et histologiquement.

Ce n'est pas un néoplasie vrai, mais une réaction tissulaire à des irritations locales et réactionnelles à une denture mixte [29].

Pour certains auteurs, l'épulis à cellules géantes serait l'expression superficielle d'un granulome réparateur osseux périphérique [24].

Cette épulis siège :

- surtout au niveau des os maxillaires, au voisinage des dents, dans les fines parois alvéolaires ;
- mais aussi dans la gaine osseuse, à structure alvéolaire, qui entoure le canal dentaire inférieur ;
- ou dans la petite masse du tissu spongieux qui se trouve près des racines de la canine et de la deuxième incisive ;
- et peut envelopper quelques fois la racine des dents.

#### **Cliniquement :**

C'est une lésion de couleur rouge bleuâtre ou violacée, plus œdémateuse que la gencive environnante, reliée au ligament periodontal.

Elle est de consistance molle ou dure et est initialement sessile, mais peut devenir pédiculée.

Elle saigne facilement quand on la touche [29].

Elle n'altère pas l'état général mais peut, par son siège au niveau des os maxillaires, créer des troubles fonctionnelles de la mastication.

Cette épulis est constituée de cellules géantes et multi-nucléées qui ressemblent aux ostéoclastes.

L'origine de ces cellules géantes est la même : elles dérivent des histiocytes et sont d'origine macrophagique [24].

**L'examen histologique :**

Il note un épithélium malpighien, peu hypertrophique, parfois ulcéré, recouvrant un tissu conjonctif très vascularisé constitué de nombreux fibroblastes et riche en cellules multi-nucléées (myélopaxes) [29].

L'anapathologie est utile au diagnostic [28].

**L'examen radiologique** montre une ostéolyse de l'os sous-jacent [24].

**5.1.3.2. Formes étiologiques**

**a) L'épulis congénitale**

Elle est appelée tumeur gingivale congénitale à cellule granuleuse.

C'est une tumeur bénigne rare.

C'est une affection réactionnelle ou dégénérative, dont l'origine vraisemblable est mésenchymateuse [28].

Elle intéresse les nouveau-nés de sexe féminin préférentiellement (sex-ratio 8/1).

Elle survient, quasi-exclusivement, au niveau de la crête alvéolaire du maxillaire supérieur sur le versant labial [33].

Le plus souvent, l'épulis congénitale est unique [23].

**Cliniquement :**

Elle se présente comme un nodule, parfois pédiculé, avec un épithélium atrophié [23- 33].

Elle a une surface molle, uni ou multi-lobulaire, pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre.

L'épithélium de surface est atrophié [23].

C'est une lésion, qui par son volume, peut gêner la respiration ou la succion [32].

**L'examen histologique :**

Il note une épulis constituée de cellules granuleuses (grandes cellules claires), à cytoplasme éosinophile et granuleux, avec un noyau petit et refoulé en périphérie.

Les cellules les plus claires et les moins granuleuses sont dites spongiocytaires.

Les cellules sont disposées en nappe homogène.

L'hypothèse histo-génétique, la plus satisfaisante, en fait des cellules d'origine histiocytaire.

On constate occasionnellement des îlots odontogènes, d'où l'hypothèse de l'origine adamantine.

Le réseau capillaire est riche.

L'épithélium de recouvrement est normal [23].

L'aspect granuleux des cellules évoquent une tumeur d'**Abrikossf** (tumeur d'histogénèse et d'évolution lente et différente).

L'épulis congénitale se distingue par sa composante de cellules fusiformes [34].

**b) L'épulis gravidique**

C'est une lésion gingivale, qui apparaît aux environs du troisième mois de la grossesse ; mais peut apparaître plus tôt ou plus tard.

Elle augmente progressivement de taille et peut ou non régresser, après la délivrance [35].

Elle est localisée le plus souvent, sur le bord libre de la gencive ou de la papille inter-dentaire, dans la région antérieure du maxillaire supérieur, préférentiellement au niveau du versant vestibulaire [36].

**Cliniquement :**

L'épulis gravidique, ou angio-granulome de grossesse, se présente sous forme d'un bourgeon charnu de couleur rouge-vif et de consistance molle.

Sa base d'implantation peut être sessile ou pseudo-pédiculée.

Son étiopathogénie n'est pas encore totalement élucidée, mais le rôle des facteurs hormonaux semble essentiel [24].

**L'examen histopathologique** aide au diagnostic.

**c) L'épulis Fissuratum**

L'épulis fissurée est une réaction courante, suite à un processus lésionnel chronique, issue de l'instabilité des prothèses dentaires [37].

**Cliniquement :**

Ce sont des lésions se présentant comme des proliférations hyperplasiques, simples ou multiples, allongées dans le sillon gingivo-labial ou gingivo-jugal, avec deux lèvres parallèles au vestibule.

Les replis hyperplasiques sont flottants ou fermes et leur prolifération peut gêner la rétention prothétique.

Des ulcérations douloureuses sont fréquentes à la base de ces replis. [29]

**L'examen histologique :**

L'épulis fissuratum est constituée par :

- un tissu conjonctif lâche, œdématisé ou fibreux, caractéristique de la présence d'une inflammation chronique majeure ;
- et par un épithélium pouvant être hyperplasique, légèrement kératinisé en surface et pouvant prendre un aspect pseudo-épithéliomateux. [24]

**d) L'épulis post-extractionnelle ou épulis granulomateuse**

C'est un granulome qui apparaît de façon caractéristique, dans l'alvéole dentaire, après une extraction.

La cause est, en général, un corps étranger tel qu'un séquestre osseux ou des résidus d'amalgames auxquels s'ajoute une formation tissulaire inflammatoire.

**L'examen histologique :**

Cette épulis est semblable à un granulome pyogénique [10].



**Figure 2 : Epulis de la région incisive maxillaire [18]**

## 5.2. Diagnostic différentiel

Il se pose pour :

### **L'épulis à cellules géantes :**

Avec :

- Le granulome post-extractionnel ;
- Le fibrome périphérique ossifiant ;
- L'hémangio-péricytome ;
- Et le sarcome de kaposi [28].

### **L'épulis congénitale :**

Avec :

- Les tumeurs mélanotiques neuro-ectodermiques de l'enfance ;
- L'épulis inflammatoire ;
- Et les fibromes [22].

### **L'épulis gravidique :**

Avec :

- L'épulis banale ;
- Et le granulome périphérique à cellules géantes [28].

### **L'épulis Fissuratum :**

Avec :

- Les fibromes multiples ;
- La neuro-fibromatose ;
- Et le carcinome épidermoïde.



## **6. Traitement**

Le traitement doit être précédé systématiquement d'examens biologiques et en cas de nécessité d'examen radiologique.

### **6.1. But**

- Amender les symptômes ;
- Réduire les phénomènes inflammatoires et infectieux ;
- L'exérèse de la tumeur ;
- Eviter les récives inflammatoires et tumorales.

### **6.2. Moyens**

- Médical : Pénicilline, anti-inflammatoires et topiques.
- Chirurgical : exérèse; par laser

### **6.3. Indication**

#### **6.3.1. Traitement curatif**

Le traitement médical est constitué par la prescription des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des topiques.

Ce traitement favorise la limitation de la récive, par réduction des phénomènes inflammatoires et infectieux, qui sont les principaux facteurs favorisant du processus de régénération de la pseudo-tumeur. [36]

La pénicillothérapie locale essentielle est une alternative à la chirurgie et représente une autre méthode de traitement.

Elle consiste en l'injection, au sein de la tumeur, de 1.000.000 d'unités internationales (UI) de pénicilline G.

Ces injections sont espacées de trois jours, jusqu'à la disparition complète de la tumeur.

Cette thérapie nécessite, au préalable, la vérification de l'absence d'une allergie à la pénicilline [38].

La chirurgie est faite au cabinet dentaire sous anesthésie locale.

Elle consiste en une excision de la totalité de la lésion ; y compris les points d'ancrages osseux.

Un curetage appuyé de la zone d'implantation doit être effectué, soit à la curette tranchante, soit à la fraise boule, en recherchant une éventuelle implantation dans l'enveloppe, parfois déjà suspectée à la radiographie retro-alvéolaire. [1]

La chirurgie avec le bistouri électrique est préférable, car les avantages connus pour ce bistouri sont l'hémostase opératoire et la rapidité de cicatrisation.

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.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire doit être systématique.

Le traitement curatif doit être associé à un traitement des facteurs favorisants.

Le traitement étiologique consiste en l'institution d'une hygiène adéquate et la suppression de la cause d'irritation qui peut être :

- la carie dentaire non traitée ;
- l'obturation débordante ;
- les rebords prothétiques traumatisant ;
- et les tartres.

Dans le cas de la femme enceinte, il faut attendre un certain délai après l'accouchement pour observer la résolution spontanée de la tumeur. [4]

### 6.3.2. Traitement préventif

Il s'agit essentiellement du traitement des facteurs favorisants.

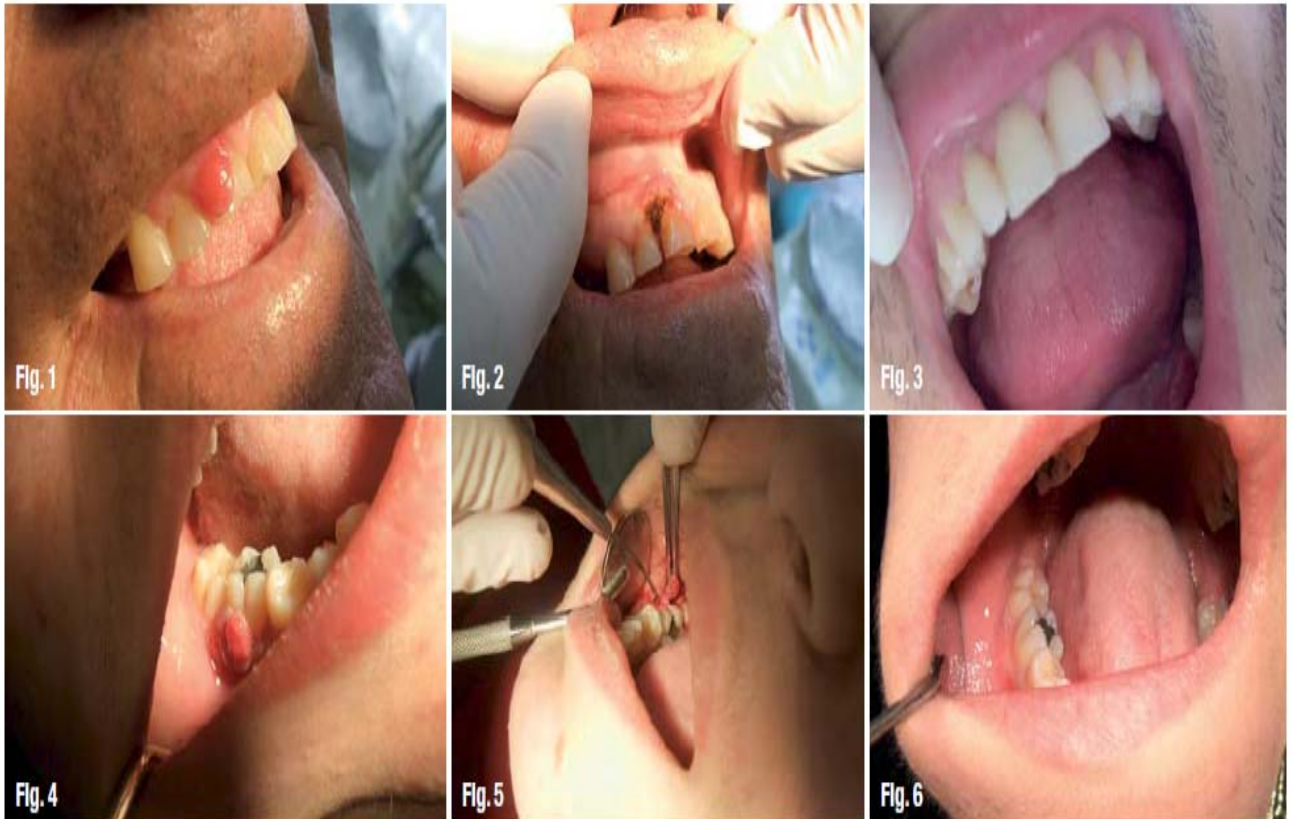


Figure 3 : [7]

### Image3 :

**Figs. 1-3 :** Situation initiale montrant un cas d'épulis

**Fig. 4 :** Au cours du traitement, la partie traitée au laser apparaît sans aucune goutte de sang.

**Figs. 5-6 :** Traitement laser des lésions.

### 7. Surveillance

Quelques contrôles post-opératoires immédiats sont souhaitables, pour s'assurer de la bonne cicatrisation de la plaie opératoire. Il s'en suit le contrôle à six mois et les contrôles annuels de routine.

Une épulis peut avoir des ramifications intra-osseuses non mises en évidence, ni à la radiographie, ni pendant la chirurgie, responsables de possibles récurrences.

## **8. Evolution et complication**

L'évolution se fait vers la guérison après exérèse chirurgicale totale.

En cas de traitement incomplet, la tumeur peut récidiver.

En l'absence de traitement, elle aboutit à un important volume entraînant une gêne fonctionnelle. Parfois, elle devient très fibreuse et s'ossifie même partiellement. [39]

Certaines complications peuvent survenir telles que : l'halitose, l'anémie, le trouble de l'hémostase dans les formes très vascularisées ou le saignement qui est parfois chronique. [6]

**1. Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques des épulis au CHU-OS de Bamako.

**2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les caractéristiques socio démographiques des épulis au CHU-OS ;
- Déterminer les aspects cliniques des épulis au CHU-OS ;
- Décrire les approches thérapeutiques des épulis au CHU-OS ;

### **Lieu et cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Le CHUOS est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Poincaré, porte N°870.

Centre national de référence, il a ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n° 92-026 / AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu établissement hospitalier public (EHP) par la loi n° 03-23 / AN-RM du 14-07-03.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- ✓ Assurer le diagnostic, le traitement des malades, en matière d'odontostomatologie ;
- ✓ Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- ✓ Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de santé bucco-dentaire ;
- ✓ Conduire des travaux de recherche dans le domaine de l'odontostomatologie.

### **1. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, qui s'est déroulée sur une période de 3 ans (Janvier 2011 à Décembre 2013).

### **2. L'échantillonnage**

L'étude a porté sur cent dossiers. Selon les critères d'inclusion et de non inclusion, dans cette population d'étude, cinquante dossiers ont été retenus.

#### **✓ Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude tous les patients dont le diagnostic d'épulis a été confirmé cliniquement ou histologiquement et ayant accepté la prise en charge.

#### **✓ Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude tous les patients ayant consulté pour tout autre pathologie que celle sus-citée ou des patients ayant un dossier incomplet.

### **3. Collecte des données**

Les données ont été collectées à partir des dossiers individuels médicaux et des registres du bloc opératoire et de l'hospitalisation des patients, ayant répondu à nos critères d'inclusion.

Ces données ont été enregistrées dans des fiches d'enquête.

### **4. L'analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info 7. Un risque alpha de 0,05% a été retenu.

## **5. Considération éthique**

Pour la réalisation de cette étude, toutes les mesures ont été prises, afin de préserver l'anonymat des patients.

## **6. Limite de l'étude**

Les sources de données étaient remplies par différents praticiens avec des approches diagnostiques et thérapeutiques différentes. Les résultats de l'anatomopathologie n'étaient pas souvent consignés dans les dossiers à cause des délais très longs et le nombre insuffisant de spécialistes.



**TABLEAU I : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'année de consultation.**

Année	Effectif	Fréquence (%)
2011	2	4.00
2012	13	26.00
<b>2013</b>	<b>35</b>	<b>70.00</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

L'année 2013 a connu le plus de consultations avec 70% des cas.

**Concernant le sexe :**

-Le sexe féminin a été prédominant (82 %) avec un sex-ratio de 0,22 en faveur des femmes.

-Le sexe masculin a été le moins prédisposé avec une fréquence de 18% de notre population d'étude.

**TABLEAU II : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge (en année).**

<b>Tranche d'âge (année)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
01 - 10	1	2.00
11 - 20	12	24.00
<b>21 - 30</b>	<b>13</b>	<b>26.00</b>
31 - 40	8	16.00
41 - 50	9	18.00
51 - 60	1	2.00
61 - 70	6	12.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

La tranche d'âge 21 à 30 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 26 % avec des âges extrêmes de 4 et 70ans, pour une moyenne d'âge de 33,78ans.

**TABLEAU III : Distribution de l'effectif des patients selon l'occupation.**

<b>Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Commerçant	5	10.00
Agriculteur	7	14.00
Élève /Etudiant	11	22.00
Enseignant	1	2.00
<b>Femme au foyer</b>	<b>23</b>	<b>46.00</b>
Sans profession	1	2.00
Secrétaire	1	2.00
Tailleur	1	2.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec une fréquence de 46%.

**Concernant le statut matrimonial :**

-Les patients mariés ont été les plus représentés avec 72% des cas.

-Les célibataires ont représenté 28% des cas.

**TABLEAU IV : Distribution de l'effectif des patients en fonction du lieu de résidence.**

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	36	72.00
Gao	1	2.00
Koulikoro	10	20.00
Kayes	1	2.00
Ségou	2	4.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Les patients venant de Bamako ont prédominé avec une fréquence de 72 %.

**TABLEAU V : Distribution de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation.**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Douleur + Gêne fonctionnelle + Esthétique	2	4.00
Douleur + Gêne fonctionnelle	2	4.00
Douleur+Saignement+Esthétique+ Gêne fonctionnelle	1	2.00
<b>Esthétique+Gêne fonctionnelle+Tuméfaction</b>	<b>22</b>	<b>44.00</b>
Gêne fonctionnelle+Tuméfaction	18	36.00
Gêne fonctionnelle + Esthétique + Saignement+Tuméfaction	5	10.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

L'esthétique + gêne fonctionnelle + tuméfaction ont été le motif de consultation le plus fréquent, avec une fréquence de 44 %.

**Dans cette étude, sur le plan clinique :**

-Tous les patients ont présenté une gêne fonctionnelle et une tuméfaction (soit 100% des cas).

-Le saignement a été observé dans 22 % des cas et la douleur dans 8 % des cas.

**Concernant les facteurs favorisants**

-Le tartre dentaire a été observé chez tous nos patients, soit 100 % des cas.

-Les épines irritatives ont représenté 96 % des cas, pour 16% de prothèses dentaires défectueuses.

-Trois de nos patientes, soit 6 % étaient en état de grossesse.

**Il ressort de cette étude que :**

-trois (3) patients avaient des antécédents de récurrence soit 6 %.

**TABLEAU VI : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la topographie de la lésion.**

<b>Mandibule</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Cadran 1	4	8.00
Cadran 2	9	18.00
Cadran 3	7	14.00
<b>Cadran 4</b>	<b>11</b>	<b>22.00</b>
Ligne médiane de la mandibule	9	18.00
Ligne médiane du maxillaire	10	20.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Le siège prédominant de la lésion a été situé dans le cadran 4, à une fréquence de 22 %.

**Par rapport aux examens para cliniques :**

-L'examen radiologique a été l'examen complémentaire le plus réalisé, avec une fréquence de 80 %.

-L'examen biologique a été réalisé chez 66 % des patients.

-L'examen anatomopathologique a été effectué de façon systématique chez 100% de nos patients selon le protocole de prise en charge du service, mais nous n'avons recensé que 8% de résultats disponibles durant la période d'étude.

**Le traitement médicamenteux reçu par les patients a été :**

-Les antiseptiques (bains de bouche) et les antibiotiques chez tous les patients soit dans 100 % des cas.

-Dans notre population d'étude, 72 % de nos patients avaient bénéficié d'un traitement antalgique.

-L'AINS a été prescrit chez 30 % des patients.

-Seul un patient (2%) avait reçu un traitement d'AIS.



**TABLEAU VII : Distribution des patients selon le type de topiques utilisés.**

Types de topiques	Effectif	Fréquence (%)
Hypochlorite de sodium	1	2.00
Bicarbonate de sodium	6	12.00
Lidocainechlorhydrate+acide salicylique	1	2.00
Chlorhexidine digluconate	14	28.00
<b>Hexitidine</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
Chlorhydrate de benzydamine	12	24.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

L'administration d'hexitidine a prédominé avec une fréquence de 32 %.

**TABLEAU VIII : Distribution des patients selon le type d'AINS utilisés.**

Types d'AINS	Effectif	Fréquence (%)
Alpha amylase	1	6.66
Diclofenac	4	26.67
<b>Ibuprofène</b>	<b>10</b>	<b>66.67</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.00</b>

L'Ibuprofène a été l'AINS le plus utilisé avec une fréquence de 66.67 %

**TABLEAU IX : Distribution de l'effectif des patients selon le type d'antibiotiques utilisés.**

Types d'antibiotiques	Effectif	Fréquence (%)
<b>Bêta- lactamine</b>	<b>35</b>	<b>70.00</b>
Bêta-lactamine + nitro-imidazolé	11	22.00
Macrolide	1	2.00
Macrolide + nitro-imidazolé	1	2.00
Tétracycline	2	4.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Les antibiotiques les plus utilisés ont été les bêta-lactamines avec 70 %.

**TABLEAU X : Distribution de l'effectif des patients selon le traitement chirurgical reçu.**

Traitements chirurgicaux	Effectif	Fréquence (%)
Electro- exérèse	9	18.00
<b>Exérèse à froid</b>	<b>40</b>	<b>80.00</b>
Aucun	1	2.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Les patients ayant subi une exérèse à froid ont prédominé, avec une fréquence de 80 %.

**TABLEAU XI : Distribution de l'effectif des patients selon le type d'anesthésie réalisé.**

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Générale	1	2.00
Locale	22	44.00
<b>Loco-régionale</b>	<b>27</b>	<b>54.00</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

L'anesthésie loco-régionale a été la plus réalisée, avec une fréquence de 54 %.

**Il ressort de cette étude que :**

-dix pour cent (10 %) de nos patients ont été hospitalisés en post opératoire contre 90 % des cas pris en charge en ambulatoire.

**TABLEAU XII : Distribution des patients selon le suivi post opératoire**

<b>Suivi</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Une semaine	2	4.00
Deux semaines	10	20.00
<b>Trois semaines</b>	<b>20</b>	<b>40.00</b>
Quatre semaines	8	16.00
Perdu de vue	10	20.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Vingt patients soit 40 % ont bénéficié d'un suivi post opératoire de trois semaines.

## **Caractéristiques socio démographiques :**

### **Taux de consultation :**

Nous avons observé que le taux de consultation pour épulis au cours de la période d'étude (Janvier 2011 à Décembre 2013) a augmenté d'année en année avec un taux maximal de 70 % en 2013.

Dans l'étude de KONE C., le taux de consultation était respectivement de 34,62 % en 2004 ; 35,89 % en 2005 ; 29,49 % en 2006 [6].

### **Age :**

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 26 % dans notre étude.

La moyenne d'âge pendant la période de notre étude était de 33,78 ans avec des extrêmes de 4 et 70 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle retrouvée dans l'étude de KONE C qui était de 45ans.

Conformément aux résultats retrouvés dans l'étude de N'DIAYE CH. F. et coll. [1], de KONE C [6], nous n'avons pas constaté de cas d'épulis congénital dans notre étude.

CHILDERS EL, FAMBURG - SMITH ont rapporté 10 cas d'épulis congénitale en 2011 [20], LARROQUE et coll. ont rapporté 2 cas d'épulis congénitale en 1988. [40]

Ceci pourrait être dû au fait que l'épulis congénitale est un cas rare ou bien les cas n'ont pas été notifiés.

### **Sexe :**

Le sexe féminin a été prédominant (82 %) avec un sex ratio de 0,22 dans notre étude. Ceci pourrait être lié à l'imprégnation hormonale. Ce résultat est supérieur à celui de N'DIAYE CH F qui rapportait 60,42 %.

Ceci pourrait s'expliquer par la prépondérance de femmes dans notre population d'étude.

### **Occupation professionnelle**

Par rapport à l'occupation professionnelle, 46 % de notre population d'étude ont été des femmes au foyer. Notre résultat est conforme à celui de KONE C qui avait trouvé 48,76 % des femmes au foyer.

Dans la population générale du Mali les femmes constituent la portion majoritaire. L'épulis touchant préférentiellement les femmes à cause de l'imprégnation hormonale qui est un facteur favorisant, cela pourrait expliquer la prépondérance des femmes au foyer dans notre étude.

### **En fonction de la résidence**

Etant donné que l'étude a été faite au CHU-OS de Bamako, la majorité de nos patients venait du district de Bamako avec une fréquence de 72 %, suivie de ceux de Koulikoro avec 20 %.

Nous n'avons pas trouvé d'élément de comparaison dans la littérature.

### **Localisation anatomique :**

La région prémolo-molaire mandibulaire droite a été le siège préférentiel de la lésion dans notre étude, avec une fréquence de 22 %. Notre résultat est conforme à celui de KONE C qui était de 19,24%. Cette région est suivie de la ligne médiane maxillaire (20 %) puis de la ligne médiane mandibulaire (18 %).

Dans la littérature la tumeur se localise classiquement sur le versant vestibulaire de la région incisivo-canine inférieure ; ce qui n'a pas été le cas dans notre étude.

De même dans l'étude réalisée par NDIAYE F la localisation préférentielle a été la ligne médiane du maxillaire avec une fréquence de 37,5%, celle-ci est supérieure à la fréquence de notre étude.

Ceci pourrait être dû à la localisation des épines irritatives et ou du tartre au niveau de la région prémolo-molaire droite de la mandibule.

### **Aspects cliniques :**

L'esthétique + la gêne fonctionnelle + tuméfaction ont été le motif de consultation le plus fréquent, avec une fréquence de 44 %.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le motif de consultation relève d'un trouble fonctionnel et esthétique du patient car c'est une tumeur dont la symptomatologie n'est pas alarmante, elle est généralement indolore.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de KONE C [6] qui avait retrouvé dans son étude une gêne fonctionnelle + tuméfaction + esthétique 71,79 % des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par la différence de taille des échantillons.

La pauvreté, l'ignorance, la difficulté d'accès aux centres hospitaliers modernes, le fait de l'évolution lente des symptômes n'incitant pas le malade à consulter tôt, ou des signes pouvant induire un médecin non averti à les rattacher à tort aux pathologies simples ou le recours au traitement traditionnel en première intention par les patients peuvent entraîner une augmentation du volume de la tumeur et par conséquent entraîner une gêne fonctionnelle.

### **Examens complémentaires :**

Dans notre étude les examens biologiques ont été réalisés dans 66 % des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude de KONE C qui étaient de 11,53%.

L'examen radiologique (radiographie panoramique) a été réalisé dans 80 % des cas dans notre étude. Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude de KONE C où 2,56 % des patients avaient effectué une radiographie panoramique.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, la réalisation de l'examen radiologique n'est pas indispensable à la démarche diagnostique et thérapeutique des épulis. Elle est réalisée pour observer si la base d'implantation n'est pas au niveau de l'os et pour apprécier une éventuelle zone d'alvéolyse.

Dans notre étude, le résultat de l'examen histopathologique a été disponible dans 8 % des cas.

Le diagnostic d'une épulis ne doit pas être posé à l'issue d'un simple examen clinique, le recours à l'examen histopathologique doit être systématique pour confirmer le diagnostic, pour apprécier la forme histologique de l'épulis et surtout pour faire le diagnostic différentiel avec une lésion maligne.

Un diagnostic qui se limite donc à l'aspect macroscopique est incomplet et incite à l'application d'un traitement insuffisant ou excessif.



### **Aspect étiologique :**

Notre étude ne nous a pas permis de dégager une étiologie précise de cette pseudotumeur, qui reste encore obscure.

Cependant divers facteurs locaux et généraux favorisent son apparition tels que la mauvaise hygiène bucco-dentaire, les épines irritatives, un traumatisme prothétique ou une variation endocrine, grossesse, diabète [2].

Dans notre série, le tartre et les épines irritatives ont été les facteurs favorisants les plus incriminés. Ceci est en conformité avec l'étude de N'DIAYE Ch. F. et coll. qui témoigne d'une étiologie dominée par l'absence d'hygiène bucco-dentaire [1]

Il est important de noter que la grossesse a été observée chez 6 % de notre population (7,32 % des femmes) ; probablement lié au trouble hormonal pendant la grossesse. Nos résultats sont inférieurs à ceux rapportés par N'DIAYE Ch. F qui avaient trouvé 20 % de femmes enceintes sur 58 femmes de sa population.

### **Aspect thérapeutique :**

Dans notre étude 54 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie sous anesthésie loco- régionale. CHARLES BENGOONDO MESSANGA et coll. [27] dans leur étude (un cas clinique) ont pratiqué la chirurgie sous anesthésie loco-régionale.

Contrairement à plusieurs auteurs, tels que TRAORE H. et coll. du Mali [26], A E RAKOTARIVONY et coll. de Madagascar [4], qui ont pratiqué la chirurgie plutôt sous anesthésie locale.

La corticale osseuse étant plus dense au niveau de la mandibule qu'au maxillaire, cela pourrait expliquer le choix de la technique anesthésique qui se fait en fonction du siège de la lésion.

L'anesthésie générale peut-être réalisée chez des patients agités tels que les enfants ou les toxicomanes.

Le traitement par exérèse chirurgicale suivi d'un curetage profond de la base d'implantation a été la méthode de choix avec une fréquence de 98 %.

Cette constatation est conforme à l'étude de KONE C qui rapportait 98,72 %

Cependant un traitement incomplet permet à la tumeur de récidiver.

Dans notre étude, les patients ayant subi une exérèse à froid ont prédominé, avec une fréquence de 80 %. Nos résultats sont inférieurs à ceux de KONE C qui rapportait 97,43 %.

L'hémostase a été faite par compression des bords de la plaie opératoire ; alors que plusieurs auteurs ont privilégié la chirurgie au bistouri électrique [24].

Cela semblerait être du aux avantages connus pour le bistouri électrique notamment l'hémostase et la rapidité de cicatrisation.

Conformément à l'étude de KONE C., le traitement chirurgical associé au traitement médical a été effectué chez tous les patients, excepté une femme (épulis gravidique) qui n'a reçu que le traitement médical et la mise sous surveillance dans notre série.

Le traitement médical repose sur la prescription d'antibiotique, d'AINS, d'AIS, d'antalgique et de bain de bouche antiseptique.

Soixante dix pour cent des patients ont reçu comme antibiotiques, une bêta-lactamine.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que selon les recommandations scientifiques, vu les germes bucco-dentaires et le spectre d'activité, les bêta lactamines sont les antibiotiques de première intention, les tétracyclines et les macrolides de seconde intention.

Vingt pour cent des patients ont reçu comme AINS, de l'Ibuprofène probablement à cause de son efficacité d'action.

En raison de son action anti bactérienne, l'hexitidine a été prescrite chez 32% de nos patients.

Le suivi post opératoire a pu être réalisé sur une durée de trois semaines chez 40 % de nos patients.

## CONCLUSION

Les épulis font partie des pseudotumeurs bénignes les plus fréquentes de la cavité buccale.

Ces pseudotumeurs se développent au niveau de la gencive et touchent préférentiellement les adultes de sexe féminin.

Dans notre étude effectuée sous forme d'une enquête rétrospective au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHU-OS) de Bamako sur l'aspect épidémiologique et thérapeutique des épulis, nous avons enregistré 50 cas.

Parmi les facteurs favorisants locaux et généraux évoqués, la mauvaise hygiène bucco dentaire a été le facteur le plus incriminé.

Le diagnostic des épulis ne doit pas être posé à l'issue d'un simple examen clinique, la confirmation doit être faite par l'examen histologique.

Un diagnostic mal conduit peut exposer le patient à des préjudices fonctionnels et esthétiques.

L'exérèse chirurgicale de la totalité de la lésion, avec son point d'ancrage associé à la suppression des facteurs favorisants, reste la thérapeutique utilisée.

La prévention passe par une hygiène buccodentaire rigoureuse et des visites régulières chez le dentiste.

Les récurrences ont été moins fréquentes dans notre étude.

## RECOMMANDATIONS

### **A l'endroit des médecins chercheurs :**

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 au Mali.

### **A l'endroit du personnel de santé:**

- Enseigner aux patients l'hygiène bucco-dentaire (la nécessité, la fréquence et la technique du brossage).
- Proposer automatiquement aux patients d'enlever le tartre et la plaque bactérienne sus et sous gingival (détartrage, curetage, surfaçage).
- Supprimer les épines irritatives (racines dentaires).
- Eliminer les zones naturellement retentives de plaques (les sillons, les dépressions ou les irrégularités sur la couronne et le chevauchement des dents).
- Eliminer les irritants iatrogéniques (obturation débordante, le bord d'une couronne ou d'une prothèse mal adaptée).
- Demander l'examen histopathologique de la tumeur pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

**A l'endroit du public :**

- S'intéresser au maintien de la bonne santé bucco-dentaire.
- Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire.
- Aller régulièrement en consultation pour les contrôles de l'hygiène bucco-dentaire.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1. N'DIAYE F, DIALLO B, DIATINE S et coll**

Les tumeurs bénignes des maxillaires : les épulis au Sénégal,  
Bulletin de la société de pathologie exotique N°5, 1995, Vol : 88, P 244-247

**2. RUSSMAN D**

[http://www.medespace.fr/Facultes\\_Medicales\\_Virtuelles/les-tumeursbenignes-de-la-muqueuse-buccale-tumeurs-epitheliales/](http://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/les-tumeursbenignes-de-la-muqueuse-buccale-tumeurs-epitheliales/)

consultée le 17 juillet 2014.

**3. DIATINE S, LARROQUE G, SPIERZGLAS H et coll**

Les épulis au Sénégal,  
Actualités odonto-stomatologiques, N°195, septembre 1996, revue de 96 cas

**4. . RAKOTOARIVONY AE, RASOLONJATOVO TY et coll**

Prise en charge d'une épulis récidivante et revue de la littérature,  
Revue d'odonto-stomatologie Malgache en ligne, V6, 2013, P9-15.

**5. PINTO JOÃO GABRIEL SOUZA, GASSEN HUMBERTO THOMAZI et coll**

Epulis of the newborn with multiple lesions: A rare case of congenital,  
Vol 23, N°4, 2008.

**6. KONE C**

Etude épidémiologique et clinique des épulis au centre hospitalier universitaire d'odonto-stomatologie (C.H.U.-O.S.) de Bamako,  
Thèse de médecine 2008.

**7. BARDHOSHIE M**

Traitement de l'épulis par laser à diode 980nm,  
Laser N° 3, 2012.

**8. HAUTEVILLE A**

Chirurgie buccale : qu'est ce qu'une épulis,  
Avril 2011.

**9. DECHAUME, GRELLET M, LAUBACA M et coll**

Précis de stomatologie,

Paris : Manson, 1980, PP : 45-66.

**10. ENNIBI O K, BENFDIL F, TALEB B et coll, AMRANI**

Les épulis : aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques,

Actualités odonto-stomatologiques, N° 207, Septembre 1999, P367-37.

**11. [http: France PDF//www.eopathologies.com /](http://www.eopathologies.com/)**

Histologie de l'appareil digestif

Page web consulté le 25 AOÛT 2014-11-24

**12. PELLESTOR F**

Métabolisme et Nutrition,

Histologie de l'appareil digestif, 2009, P5.

**13. MARIE M A, LE CHARPENTIER Y**

Chirurgie orale et maxillo-faciale : histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires.

Année : 1998.

**14. PELLESTOR F**

Histologie de l'appareil digestif

Université de Montpellier 2012 /2013

**15. ANDRE JM, CATALA M, POIRE J**

Histologie : organes, systèmes et appareils

Année : 2007/2008

**16. CARPENTIER P**

Anatomie oro-faciale : la cavité orale

Année : 2014



**17. ALAIN BORGHETTI, VIRGINIE MONNET-CORTI**

Chirurgie plastique parodontale : anatomie et histologie du complexe muco-  
gingivale,

Année : 2008 P = 3

**18. GEORGE Le Breton**

Traité de Sémiologie et clinique odonto stomatologie rappel anatomo-  
pathologique de la gencive,

P = 64-65

**19. MALADIERE E, BADO F et MENINGAUD JP.**

Examen Clinique en Stomatologie

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie/Odontologie

Tome 8 A-10, 1999, 6P.

**20. PIETTE REYCHLER**

Traité de Pathologies Buccale et Maxillo-faciale

De Boeck Université 1991

**21. <http://www.lookfordiagnosis.com/> les maladies de la gencive**

Page web consulté le 20 septembre 201

**22. GEORGE L et coll**

Atlas des maladies buccales

2<sup>o</sup> édition, revue et augmentée, Paris 1994, P50, 340.

**23. MASASHI M, KOHJI H, TAKABI S**

Dynamic distribution of basic fibroblast growth factor during epulis formation

Of oral pathology and Medicine,

Année : 1997, Vol 26, N<sup>o</sup> 5, P224-232.

**24. DEMOERSMAN J**

Tumeurs Bénéignes de la muqueuse Buccale: les pseudo-tumeurs

Dermatologie buccale.

**25. CHAMLALI S, KISSA J**

Tumeurs épulidiennes : comment éviter les récurrences,  
Communication au VIII congrès 2006 de l'association des dentistes internes  
et Résidents de Casablanca.

**26. BOUCHER E, SIMON F, PETITJEAN B et coll**

La presse médicale : Epulis acquis de l'adulte  
Vol 22, N20 Juin 2000 P1184.

**27. CHARLE B M, JULES O, XAVIER E**

Médecine Buccale : chirurgie buccale  
Epulis Géante Pédiculée à propos d'un cas  
V12, N3 2006 P 159-162.

**28. GEORGES Le Breton**

Traité de sémiologie Odonto-Stomatologie  
Edition CDP P 293-297  
Page web consulté le 10 juillet 2014.

**29. RAYBAUD H**

Tumeurs bénignes et pseudotumeurs des tissus mous oraux  
Année 2006.

**30. MICHAEL W, FINKELSTEIN et coll**

Tumeurs mésoenchymateuses bénignes : tumeurs bénignes de la muqueuse  
buccale  
Guide pour le diagnostic clinique différentiel des lésions des muqueuses  
buccales.

**31. LASKARIS G**

Atlas des maladies buccales,  
2ème édition médecine-sciences Flammarion Paris 1994.

**32. ALAN S, JAME L**

Anatomie pathologie générale et spéciale,  
Année 1997, P 196.

**33.CHILDER EL, FAMBURG-SMITH JC**

Annal of diagnostic pathology

Epulis congénitale du nouveau né : 10 cas nouveaux d'une tumeur rare orale

Année 2011.

**34.AITYAHIA S, SOUALILI Z, LAKHDARI N et coll**

Epulis congénitale : à propos de 2 cas

Année 2009, 102, 4, P 254-267.

**35.DOANDEUA, LE GALLE, RUPIN et coll**

Epulis congénital du nouveau né

Année 1994 vol 14 N°4

**36.KABORE J H**

Les tumeurs bénignes de la muqueuse buccale : prévalence et prise en charge thérapeutique au centre hospitalier national (CHN) Ouagadougou (à propos De 73 cas),

Thèse médecine 1998 N°14 P18-19.

**37.ENNIBI O K, BENFDIL F, TALEB B et coll**

Les épulis : aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques.

Odonto-Stomat. 1999 Septembre; P : 67-77.

**38.JOHN G L, LOVAS**

Images cliniques : Le cancer de la bouche

Année 2003 vol 69.

**39.EL WADY W, LAZRAKH, CANTATOUBE D**

Traitement des épulis, Médecine tropicale

1998, p: 149-154.

**40.LARROQUE G, CANTALOUBE D, NDIAYE R et coll**

Quelques cas d'épulis géantes observées en Afrique de l'ouest

REV. Stomatol.Chir.Maxillo.Fac. 1987, 6,461-466.

## **FICHE D'ENQUÊTE**

N° DOSSIER : .....  
.....

Date de consultation :

### **I- IDENTIFICATION**

Age ..... Sexe : Masculin  Féminin   
Résidence ..... Profession .....  
Nationalité ..... Ethnie.....  
Statut matrimonial .....

### **II- MOTIFS DE CONSULTATION**

Douleur  Esthétique  Tuméfaction   
Saignement  Gêne fonctionnelle   
Douleur+Gêne fonctionnelle  Esthétique+Saignement   
Gêne fonctionnelle+Tuméfaction  Douleur+Saignement   
Esthétique+Douleur  Tuméfaction+Douleur   
Tuméfaction+Saignement  Tuméfaction+Esthétique   
Esthétique+Gêne fonctionnelle+Tuméfaction   
Douleur+Esthétique+Saignement   
Douleur+Gêne fonctionnelle+Esthétique   
Gêne fonctionnelle+Esthétique+Saignement+Tuméfaction

Saignement+Esthétique+Gêne fonctionnelle

Douleur+Saignement+Esthétique+Gêne fonctionnelle+Tuméfaction

### III- DESCRIPTION CLINIQUE

**SIÈGE DE LA LÉSION :**

Maxillaire : Cadran 1

Ligne médiane

Cadran 2

Mandibule : Cadran 3

Ligne médiane

Cadran 4

#### ANTECEDENTS :

Récidive : Oui  Non

Grossesse : Oui  Non

Epines irritatives : Oui  Non

Prothèse défectueuse : Oui  Non

Autres .....

#### CLINIQUE :

Douleur

Gêne fonctionnelle

Tuméfaction

Saignement

#### Examens complémentaires :

Examen anatomopathologique : Oui

Non

Si oui, le résultat : .....

.....

Examens biologiques :                      Oui                       Non

Si oui, préciser : .....

Examens radiologiques :                      Oui                       Non

### V- CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

**1. D'ANESTHÉSIE :** **TYPE**

Locale : Oui                      Non                      Loco-régionale : Oui                      Non

Générale : O                       N

**2. LE :** **CHIRURGICA**

Exérèse à froid : Oui                      Non

Electro-exérèse : Oui                      Non

**3. N MÉDICALE :** **PRESCRIPTIO**

Bain de bouche : Oui                      Non

Antalgique .....

ATB .....

AINS .....

AIS .....

Topique .....

Psychotrope .....

Sédatif.....

.....

**HOSPITALISATION** : Oui  Non

## VI- SUIVI

Une semaine	<input type="checkbox"/>	Deux semaines	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Trois semaines	<input type="checkbox"/>	Quatre semaines	

Perdu de vue

## Table des matières

<b>Dédicaces</b> .....	<b>1</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
A. Préambule .....	1
B. Intérêt .....	13
C. Généralités .....	14
1. Définition .....	14
2. Rappel histologique .....	14
3. Rappel anatomique de la cavité buccale et de la gencive .....	23
4. Mécanisme étiopathogénique .....	27
5. Diagnostics .....	29
6. Traitement .....	41
7. Surveillance .....	43
8. Evolution et complication .....	44
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>III. PATIENTS ET METHODE</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>IV. RESULTATS</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>68</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>69</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>83</b>



## Liste des figures

Figure 1 : Schématisation des différentes zones gingivales (coupe dans un plan vertical).....	26
Figure 2 : Epulis de la région incisive maxillaire reference .....	39
Figure 3 : référence à mettre .....	43

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'année de consultation.....	49
Tableau 2 : Distribution de l'effectif des patients en fonction du sexe. <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 3 : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge (en année). ....	49
Tableau 4 : Distribution de l'effectif des patients selon l'occupation. ....	51
Tableau 5 : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie. <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 6 : Distribution de l'effectif des patients en fonction du statut matrimonial. .... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 7 : Distribution de l'effectif des patients en fonction du lieu de résidence.....	52
Tableau 8 : Distribution de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation.....	53
Tableau 9 : Distribution de l'effectif des patients en fonction des signes cliniques. <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 10 : Distribution de l'effectif des patients en fonction des antécédents <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 11 : Distribution de l'effectif des patients en fonction du siège de la lésion. .... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 12 : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la réalisation de l'examen para-clinique. .... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 13 : Distribution des patients selon le traitement médicamenteux reçu. <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Tableau 14 : Distribution des patients selon le type de topiques utilisés.....	57
Tableau 15 : Distribution des patients selon le type d'AINS utilisés. ....	57
Tableau 16 : Distribution de l'effectif des patients selon le type d'antibiotiques utilisés. ....	58
Tableau 17 : Distribution de l'effectif des patients selon le traitement chirurgical reçu. ....	58
Tableau 18 : Distribution de l'effectif des patients selon le type d'anesthésie réalisé. ....	59
Tableau 19 : Distribution de l'effectif des patients selon la nécessité d'une hospitalisation post opératoire.....	59
Tableau 20 : Distribution des patients selon le suivi. ....	60

**FICHE SIGNALITIQUE :**

Nom : FOFANA

Prénom : AMINATA

Sujet de la thèse : Etude épidémiologique et thérapeutique des épulis au CHU-OS, de 2011 à 2013

Année universitaire : 2013-2014

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bibliothèque du CHU-OS.

Secteur d'intérêt : Odontostomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale, Anatomie Pathologique.



## RESUME

Notre étude a été effectuée sous forme d'une enquête rétrospective portant sur 50 cas d'épulis colligés dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie de Bamako sur une période de trois ans (de Janvier 2011 au Décembre 2013). Le but de notre étude est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des épulis.

L'étude a porté sur un échantillon de 50 patients. La prédominance féminine a été notée dans 82 % des cas avec un sex ratio de 0,22 %.

Les tranches d'âges de 21-30 ans (26 %) ; de 11-20 ans (24 %) ont été les plus touchées. Les femmes au foyer ont représenté 72 % des cas.

Le tartre a été le facteur favorisant local le plus incriminé (100%). La lésion a été fréquemment localisée dans le quadrant 4 (22 %).

Les signes cliniques retrouvés sont une gêne fonctionnelle dans 100 % des cas, une tuméfaction dans 100 % des cas, un saignement dans 22 % des cas, une douleur dans 8 % des cas. La gêne fonctionnelle + l'esthétique+tuméfaction ont été le motif de consultation le plus fréquent (44 %).

La confirmation du diagnostic a été obtenue par l'examen histopathologique dans 8% des cas. La chirurgie complétée par le traitement médical a été la méthode thérapeutique utilisée.

Quarante pourcent (40 %) de nos patients ont bénéficié d'un suivi post opératoire de trois semaines, 10 % de nos patients ont été perdus de vue.

**Mots clés :** épulis, gencive, tumeur bénigne, chirurgie.

## *SERMENT*

### *D'HIPPOCRATE*

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure!**