



Reçu le :
21 mai 2008
Accepté le :
12 février 2009
Disponible en ligne
13 janvier 2010

Disponible en ligne sur
 **ScienceDirect**
www.sciencedirect.com

Granulome éosinophile ou parodontite agressive ?

Eosinophilic granuloma or aggressive periodontitis?

A. Zaghbani

Service de médecine dentaire, EPS Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Summary

Introduction. Eosinophilic granuloma in the jawbones can be confused with aggressive periodontitis or more rarely with inflammatory lesions of dental origin.

We had for objective to analyze the various elements of clinical, radiological, and pathological differential diagnosis for this rare lesion through a clinical observation.

Case report. A 26-year-old male patient consulted for loose teeth and gingivitis. The initial diagnosis was aggressive periodontitis. The ineffective periodontal treatment suggested another diagnosis, eosinophilic granuloma, requiring tooth extraction and curettage. A histological analysis confirmed the diagnosis. Bone scintigraphy revealed a second focus on the left maxilla. Complementary chemotherapy was efficient on the mandibular site but failed to prevent worsening on the maxilla, which was treated surgically. Thirty months after, the patient's condition was stable.

Discussion. The diagnosis of eosinophilic granuloma is difficult and relies on histology and immunolabelling with protein S100 and antigen CD1a. Treatment is surgery and conservative in case of isolated lesions.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Eosinophilic granuloma, Periodontitis

Introduction

Le granulome éosinophile (GE) des os est la forme la plus fréquente et la moins sévère des histiocytoses Langerhansiennes. Tous les os peuvent être atteints sauf les mains et les pieds. Les lésions sont solitaires ou multifocales.

e-mail : aicha.zaghbani@rns.tn.

0035-1768/\$ - see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
10.1016/j.stomax.2009.02.005 Rev Stomatol Chir Maxillofac 2010;111:49-52

Résumé

Introduction. Le granulome éosinophile (GE) dans sa localisation maxillo-mandibulaire peut être confondu avec une parodontite agressive ou beaucoup plus rarement avec des lésions inflammatoires d'origine dentaire.

Nous rapportons un cas illustrant ces difficultés. Les différents éléments de diagnostic différentiel clinique, radiologique et anatomopathologique sont analysés.

Observation. Un homme de 26 ans a consulté pour des mobilités dentaires et une inflammation gingivale. Le diagnostic initial était une parodontite agressive. L'inefficacité du traitement parodontal a fait évoquer le diagnostic de GE, justifiant des extractions et un curetage. L'histologie a confirmé le diagnostic. La scintigraphie osseuse a montré un second foyer maxillaire gauche. Une chimiothérapie complémentaire a guéri le foyer mandibulaire sans empêcher une évolution défavorable au maxillaire, traitée chirurgicalement. À 30 mois, la maladie était stabilisée.

Discussion. Le diagnostic du GE est difficile et repose sur l'histologie et l'immunomarquage à la protéine S100 et à l'antigène CD1a. Le traitement est chirurgical conservateur en cas de lésions isolées.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Granulome éosinophile, Parodontite

Nous rapportons un cas de GE maxillo-mandibulaire. Les différents éléments de diagnostic différentiel clinique, radiologique et anatomopathologique sont analysés.

Observation

Un homme de 26 ans, sans antécédent particulier, a consulté pour des douleurs gingivales avec mobilité dentaire. L'interrogatoire retrouvait des extractions de dents mobiles et la

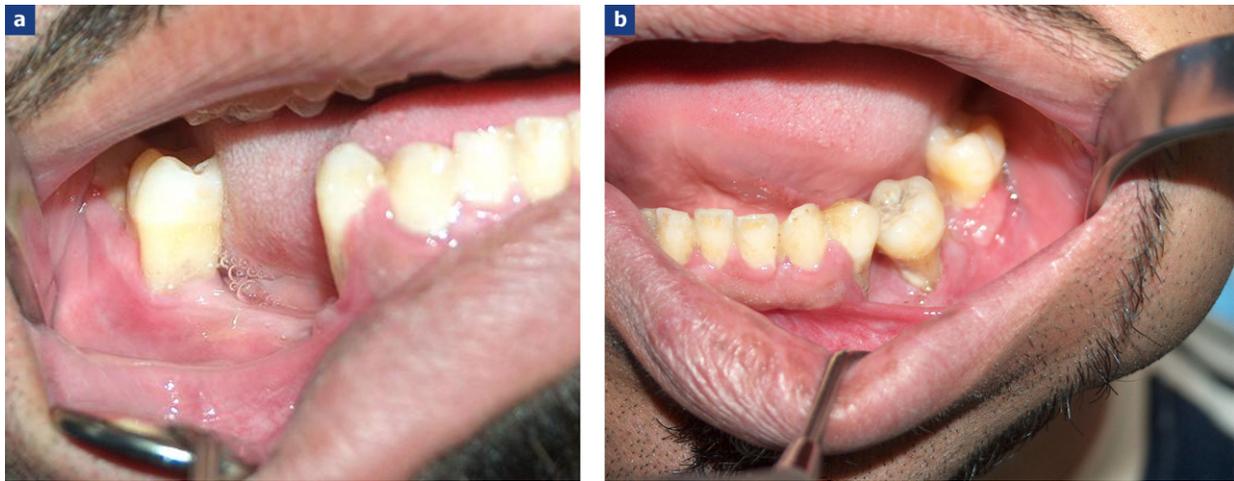


Figure 1. a et b : récessions parodontales.

perte spontanée d'une dent. L'examen a montré une édentation partielle et une mobilité de la première molaire inférieure droite. Des récessions parodontales majeures étaient présentes dans le secteur mandibulaire postérieur droit, ainsi qu'un aspect inflammatoire de la gencive (fig. 1a et b). La denture résiduelle était indemne de caries.

La radiographie panoramique montrait une lyse osseuse du secteur prémolo-molaire inférieur gauche. La dent 36 présentait une image de dent flottante (fig. 2).

Un diagnostic initial de parodontite agressive était retenu, mais le traitement parodontal a été inefficace. Un GE était suspecté.

Les dents mobiles ont été extraites et le tissu de granulation, friable et hémorragique, cureté.

L'examen histologique a montré une prolifération cellulaire polymorphe faite de volumineuses cellules d'allure histiocytaire, à noyau fortement nucléolé, et des cellules géantes multinucléées. Un important infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires éosinophiles

était également présent. L'immuno-histochimie était positive pour les protéines S100 et l'antigène CD11a, compatible avec le diagnostic de GE.

Le bilan radiologique du squelette était normal. La scintigraphie osseuse a confirmé le foyer mandibulaire gauche et a montré un second foyer maxillaire gauche. Le traitement a été complété par une chimiothérapie associant : vinblastine (une injection par semaine), prednisone à doses dégressives pendant sept semaines, puis vinblastine (une injection par trois semaines) associée au Purinethol® pendant six semaines.

Dix mois plus tard, les première et seconde molaires supérieures gauches étaient mobiles dans un contexte de récession parodontale majeure (fig. 3).

L'examen radiologique montrait une alvéolyse maxillaire gauche, alors que le foyer mandibulaire était cicatrisé. 26 et 27 ont été extraites avec curetage du site. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de GE maxillaire gauche. L'évolution a été favorable avec un recul de 30 mois (fig. 4).



Figure 2. Radiographie panoramique montrant la lyse osseuse terminale. Flèche : aspect de dent flottante de 36.



Figure 3. Récession parodontale au niveau de la 27, mobile.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174362>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)