

# Hypertrophies gingivales

**Jean-Christophe Fricain**

PU-PH, UFR d'Odontologie,  
Université Bordeaux Segalen,  
Pôle Odontologie et Santé Buccale  
CHU Bordeaux

**Jacky Samson**

Professeur honoraire  
Faculté de Médecine, Genève

**CAS 1**



Les gingivites hypertrophiques sont le plus souvent dues à la plaque dentaire. Des médicaments peuvent favoriser la survenue de ces hypertrophies. Le plus connu d'entre eux, le Dihydan®, doit être cité pour mémoire, car il n'est pratiquement plus prescrit.

La présence d'une hypertrophie gingivale peut aussi faire évoquer une pathologie tumorale : le plus souvent une hémopathie maligne, plus rarement un carcinome.

**CAS 2**



# CAS 1



## **Motif de la consultation.**

Homme de 56 ans adressé par le service de néphrologie pour le traitement d'une gingivite.

## **Histoire de la maladie.**

Depuis trois ans, le patient présentait une hypertrophie gingivale qui recouvrait en partie la face vestibulaire des dents.

**Interrogatoire.** Le patient, transplanté rénal, était traité par ciclosporine et inhibiteurs calciques. Le patient décrivait l'apparition d'une gingivite 12 mois après la transplantation rénale, associée à une augmentation progressive du volume de la gencive avec le temps. Le brossage des dents était devenu impossible. Il avait été traité par azithromycine sans succès.

**Examen clinique.** La gencive était hypertrophique. Elle formait des nodules fibreux, sessiles, ayant tendance à confluer, et plutôt pédiculés dans la région des papilles. La gencive marginale était associée à de la plaque dentaire.

**Examen paraclinique.** Aucun examen paraclinique n'était indiqué, car le diagnostic clinique paraissait évident.

**Synthèse.** Il s'agissait d'une hypertrophie gingivale d'origine médicamenteuse favorisée par la ciclosporine et les inhibiteurs calciques. La fréquence et la sévérité des hypertrophies gingivales d'origine médicamenteuse sont plus importantes chez les transplantés rénaux qui reçoivent un traitement à base de ciclosporine pour prévenir le rejet de greffe et d'inhibiteurs calciques pour leur hypertension artérielle associée. Il existe un effet de classe pour les inhibiteurs calciques qui favorisent le développement d'une hypertrophie gingivale. La prévention de cette hypertrophie repose sur une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, car la plaque est l'agent étiologique principal ; les médicaments jouent seulement un rôle de catalyseur. Le traitement repose sur la gingivectomie pour les formes diffuses et sur l'hygiène et la substitution des inhibiteurs calciques par une autre classe médicamenteuse pour les formes plus frustes. Le traitement immunosuppresseur ne peut pas être modifié.

# CAS 1

## CAS 2

**Motif de la consultation.**

Homme de 65 ans, transplanté cardiaque, qui a consulté pour une hypertrophie gingivale.

**Histoire de la maladie.**

Depuis trois ans, le patient présentait une hypertrophie gingivale étiquetée hypertrophie gingivale d'origine médicamenteuse due au traitement par la ciclosporine.

**Interrogatoire.** Le patient décrivait une hypertrophie ancienne qui avait été biopsiée deux ans auparavant par un stomatologue. L'examen histopathologique avait montré une papillomatose sans signe de néoplasie intra-épithéliale. Il consultait dans le service, car les dents en rapport avec la lésion étaient devenues mobiles et le gênaient lors de la mastication.

**Examen clinique.** La gencive était hypertrophique et elle avait un aspect bourgeonnant. À l'inspection rapprochée, on observait en surface une kératose ponctiforme sur une muqueuse érythémateuse. Le sondage était responsable d'un saignement au contact. La palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales n'a révélé aucune adénopathie.

**Examen paraclinique.** Une nouvelle biopsie a été réalisée. Elle a mis en évidence un foyer de carcinome épidermoïde invasif. Sur le reste du prélèvement, il existait une papillomatose avec des signes de néoplasie intra-épithéliale.

**Synthèse.** L'association d'un traitement par ciclosporine et d'une hypertrophie gingivale a, au début, fausement orienté le clinicien et l'anatomopathologiste vers un diagnostic de gingivite hypertrophique d'origine médicamenteuse. L'absence d'atypies cellulaires sur la biopsie initiale a sans doute aussi contribué à cette confusion. Il est probable que la lésion initiale correspondait à un carcinome verruqueux qui est un carcinome épidermoïde de bas grade, respectant la membrane basale, mais qui évolue toujours vers un carcinome épidermoïde invasif. Lors de la consultation dans le service, l'aspect kératinisé associé à un bourgeonnement gingival était évocateur d'un carcinome épidermoïde. Le saignement provoqué par le contact du dos de la sonde sur la lésion était aussi suspect.

Seule la biopsie permet de confirmer le diagnostic de carcinome épidermoïde invasif. Cependant, le résultat de la biopsie est fonction de la zone biopsiée et de la zone coupée et observée au laboratoire d'anatomopathologie. Lorsqu'il n'existe pas une corrélation anatomo-clinique satisfaisante, une nouvelle biopsie ou de nouvelles coupes histologiques doivent être réalisées.

## CAS 2