

# MANIFESTATIONS PARODONTALES DES HEMOPATHIES MALIGNES

---

## **Auteurs :**

- 1) Simone RAKOTO ALSON \*
- 2) Hasina RAHERIMANDIMBY\*\*
- 3) Richard Aurélien RAKOTOARISON \*\*\*
- 4) Liantsoa Fanja RALAIARIMANANA \*
- 5) Aimée Olivat RAKOTO ALSON \*\*
- 6) Georgette RALISON\*
- 7) Florine RAFARAMINO \*\*\*\*

\* Département de Parodontologie Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar Mahajanga - MADAGASCAR

\*\* Service Hématologie Hopital Joseph Ravoahangy Andrianavalona Antananarivo-MADAGASCAR

\*\*\* Service ORL du CENHSOA Antananarivo- MADAGASCAR

\*\*\*\*Service Oncologie Hopital Joseph Ravoahangy Andrianavalona Antananarivo-MADAGASCAR

**Correspondant :** Simone RAKOTO ALSON, Enseignant Chercheur à l'IOSTM  
BP 98 Mahajanga (401)- MADAGASCAR  
simonerakotoalson@yahoo.fr

### **Résumé:**

Les hémopathies malignes peuvent être à l'origine de manifestations buccales et parodontales. Nous avons ainsi observé les lésions parodontales chez onze patients atteints de leucémies aiguës lymphoblastiques, leucémies aiguës myéloblastiques, leucémie myéloïde chronique et de myélome. Tous ont présenté une hypertrophie gingivale sauf deux en rémission cytologique. Des gingivorragies spontanées ou des pétéchies gingivales ont été également notées. Quatre patients atteints de myélome et de leucémie aiguë lymphoblastique ont manifesté une atteinte du parodonte profond avec des poches parodontales et des mobilités dentaires. Tous ces signes ont été aggravés par une hygiène orale déficiente. Ces observations justifient une collaboration entre parodontistes, hématologues et oncologues pour une meilleure prise en charge des patients atteints d'hémopathies malignes.

**Mots clés:** gingivorragie, hypertrophie gingivale, parodontite, hémopathie, leucémie, myélome

### **Summary:**

*Oral and periodontal manifestations may be due to haematologic malignant disease. Periodontal lesions in eleven patients with acute lymphoblastic leukemia, acute myeloid leukemia, chronic myeloid leukemia and myeloma were observed. Gingival swelling has been found in all patients except in two cytology remission patients. Spontaneous gingival bleeding or petechiae were also noted. Periodontal pocket and tooth mobility were noted in four patients with myeloma and acute lymphoblastic leukaemia. All these signs were wound up by a poor oral hygiene. These observations highlight a close collaboration between periodontists, haematologists and oncologists for better management of patients with haematologic malignant disease.*

**Keywords:** gingiva bleeding, gingiva swelling, periodontitis, hemopathy, leukemia, myeloma.

## Introduction

Les hémopathies malignes regroupent les pathologies caractérisées par un processus malin intéressant les cellules sanguines. Selon la lignée intéressée et selon le niveau de maturation de la cellule atteinte, on distingue les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) ou myéloblastiques (LAM), les syndromes myéloprolifératifs chroniques (leucémie myéloïde chronique (LMC), splénomégalie myéloïde, polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez et thrombocytémie essentielle), les syndromes lymphoprolifératifs chroniques (leucémie lymphoïde chronique, lymphomes et dysglobulinémies regroupant le myélome ou maladie de Kahler et la

macroglobulinémie ou maladie de Waldenström) et les syndromes myélodysplasiques [1-2].

Les manifestations buccales des hémopathies ont été diversement appréhendées tant par les stomatologistes que par les hématologistes, selon l'évolution de la pathologie dans le temps, l'évolution des moyens de diagnostic et de traitement. Ces manifestations surtout parodontales doivent toutefois être prises en compte pour une meilleure prise en charge du patient. Non identifiées ou mal traitées, elles peuvent entraver le confort du malade ou même devenir une source de complications pourtant évitables.

## Observations

Les manifestations parodontales des hémopathies malignes ont été étudiées chez des patients souffrant de LAL, de LAM de LMC ou de myélome hospitalisés au service d'Oncologie du CHU de l'HJRA de janvier à mars 2007. Ces patients présentaient tous une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

La première observation de cas de LAL concernait une fillette de 5 ans. Les données hématologiques initiales montraient une anémie normocytaire hypochrome sévère, une importante blastose sanguine, une thrombopénie sévère et une VSH très élevée. Le médullogramme mettait en évidence une infiltration médullaire massive par des

lymphoblastes et la dépression des autres lignées médullaires. Au moment de l'examen, les résultats montraient une anémie sévère avec neutropénie importante avec persistance d'une blastose sanguine (10%), thrombopénie très sévère et élévation de la VSH. La parodontopathie se manifestait par des pétéchies gingivales, une hypertrophie gingivale et une gingivorragie spontanée sévère. Elle était décédée suite à un tableau de syndrome hémorragique sévère.

La deuxième observation de cas de LAL concernait une femme de 34 ans. L'hémogramme révélait une anémie sévère, avec neutropénie, blastose sanguine et thrombopénie. La VSH était élevée. Le médullogramme montrait une moelle infiltrée de lymphoblastes. Les manifestations parodontales se traduisaient par une gencive rouge hypertrophique saignant spontanément et des poches parodontales de 6 mm sur 3 dents.

Le troisième cas intéressait une fillette de 11 ans atteinte d'une LAL en rémission cytologique. Les résultats hématologiques initiaux révélait une anémie assez importante arégénérative avec leucopénie, blastose sanguine, thrombopénie et VSH très élevée. Le médullogramme retrouvait une infiltration médullaire lymphoblastique ainsi qu'une dépression des autres lignées médullaires. Au moment de l'examen a été retrouvée une discrète anémie sans blastose

sanguine avec plaquettes normales et VSH normale. Aucune modification d'aspect du parodonte n'a été notée.

Un bébé de sexe masculin de 18 mois atteint de LAM montrait comme résultats hématologiques une anémie normocytaire normochrome sévère avec leuconeutropénie importante et blastose sanguine, thrombopénie sévère et VSH élevée. Le médullogramme retrouvait une infiltration massive médullaire par des myéloblastes (LAM 2) et une dépression des autres lignées médullaires. Les signes parodontaux étaient sous forme d'ulcérations et d'hypertrophies gingivales. Un garçon de 11 ans atteint de LMC montrait à l'hémogramme une anémie avec thrombocytose, importante hyperleucocytose et myélémie équilibrée. La VSH était augmentée. La cytologie montrait une hyperplasie granulocytaire médullaire, l'étude cytogénétique la présence de chromosome Philadelphie t(9,22) et la biologie moléculaire le transcrit bcr-abl.

Ses gencives étaient hypertrophiques, pâles, présentant des pétéchies par endroit et un saignement important et spontané.

Un homme de 40 ans atteint d'une LMC en rémission cytologique ne présentait aucune modification de l'aspect gingival. Les résultats hématologiques antérieurs rapportaient une anémie assez importante

avec hyperleucocytose importante, myélémie équilibrée et discrète blastose, thrombopénie modérée et VSH élevée. Le médullogramme montrait une hyperplasie granulocytaire médullaire avec dépression des autres lignées. La présence de chromosome Philadelphie a été confirmée à l'examen cytogénétique de la moelle. Actuellement, le médullogramme, l'hémogramme ainsi que la VSH sont normaux au moment de l'examen.

Quatre cas de myélome chez des hommes âgés respectivement de 78, 66, 53 et 41 ans ont été étudiés. Les résultats hématologiques montraient tous une anémie assez importante avec rouleaux érythrocytaires, discrète neutropénie et lymphocytose relative, thrombopénie modérée et VSH très élevée. Le médullogramme montrait une moëlle pauvre infiltrée de plasmocytes

pathologiques et une dépression des autres lignées médullaires. L'examen du parodonte montrait des poches parodontales de 6mm sur 2 molaires avec mobilité des incisives centrales inférieures, rétraction gingivale de 6mm sur une prémolaire, rougeur et hypertrophie gingivale pour le premier cas, pâleur et hypertrophie gingivale avec poches parodontales de plus de 5 mm sur 4 dents et mobilité d'une incisive pour le deuxième cas, hypertrophie et pâleur gingivales pour le troisième cas et gencive hypertrophique, rouge, ulcérée et saignant spontanément avec présence de poche parodontale de 7 mm sur la 37 et mobilité des incisives centrales inférieures pour le dernier cas, décédé suite à une atteinte rénale et un syndrome hémorragique sévère.

## Commentaires

Le service d'Oncologie du CHU HJRA constitue le centre de référence en oncologie à Madagascar. Les patients recrutés ont constitué 10% des maladies traitées dans ce service du mois de janvier à mars 2007. Au Mali, l'incidence des hémopathies malignes chez l'enfant est de 7,37 avec une prédominance masculine

constatée également dans nos observations [3].

Les manifestations parodontales des LAL, des LAM, des LMC et des myélomes ont été décrites. La gencive peut être le siège d'hypertrophie, d'ulcération, de rougeur, de pâleur, ou de saignement spontané, provoqué ou sous forme de pétéchies. Au niveau du parodonte profond peuvent se

voir des poches parodontales, une perte d'attache ou une mobilité dentaire associées toujours à une inflammation gingivale importante. Bouziane et coll ont retrouvé également les mêmes manifestations [4]. Des tuméfactions gingivales ont été remarquées chez les patients atteints de lymphome non hodgkinien. [5]

Les hémopathies malignes sont caractérisées par une prolifération de cellules anormales dans la moelle osseuse et dans les tissus périphériques. La prolifération maligne dans la moelle déprime les autres lignées normales et occasionnent ainsi des cytopénies dans le sang périphérique tandis que l'infiltration tissulaire engendre une hypertrophie locale. [1-2]

Au niveau de la sphère buccale, les ulcérations proviennent de la baisse de production de polynucléaires neutrophiles. Une hypertrophie gingivale est due à l'infiltration des muqueuses par les cellules proliférantes. Un saignement gingival spontané et les pétéchies représentent un syndrome hémorragique muqueux découlant d'une thrombopénie [6]. La cause principale des ces manifestations gingivales a été imputée aux hémopathies malignes ou suite aux traitements instaurés, mais pourraient être également induites et / ou aggravées par la plaque

bactérienne. [7] Tous les patients avaient effectivement une mauvaise hygiène orale. Au cours de la leucémie aiguë survient une situation engendrée par la dépression de la lignée mégacaryocytaire, due à l'envahissement blastique massif, entraînant une thrombopénie se traduisant au niveau parodontal par un saignement gingival spontané ou intratissulaire (pétéchies). [2]

Au cours de la LMC, la lignée mégacaryocytaire peut être hyperplasiée avec la lignée granulocytaire. Il se présente donc au contraire une thrombocytose avec syndrome hémorragique par thrombopathie (anomalie fonctionnelle des plaquettes). Ces hémorragies sont observées chez le garçon de 11 ans atteint, de façon assez exceptionnelle, de LMC (la LMC étant l'apanage des adultes). Son hypertrophie gingivale est due probablement à l'infiltration tissulaire par la lignée granulocytaire hyperplasiée. Ses gencives étaient pâles rejoignant ce que Pindborg a également rapporté. [8] Cette pâleur des muqueuses est due à l'anémie résultant de la baisse de production des hématies. Cette baisse de production relève surtout de la dépression de la lignée érythroblastique normale par le syndrome prolifératif médullaire et du syndrome inflammatoire occasionné par la maladie. Les signes gingivaux disparaissent avec la guérison de la LMC chez le patient adulte.

La littérature mentionne à ce titre l'existence de signes gingivaux seulement à un stade avancé de la LMC [7].

Le myélome procède d'une infiltration médullaire par des plasmocytes pathologiques, qui secrètent une immunoglobuline anormale de type G. Il peut être localisé au niveau tissulaire et réaliser un plasmocytome. Dans les tissus mous, le plasmocytome affecte surtout les gencives réalisant une hypertrophie gingivale lisse et bourgeonnante [6]. A ce titre, le syndrome hémorragique (gingivorragie ou pétéchies) développé par ces patients relève de la thrombopénie centrale.

Il ressort de ces observations que tous les patients atteints d'hémopathie maligne ont présenté une hypertrophie gingivale, sauf ceux en rémission cytologique, qui disparaît avec les signes de l'hémopathie après traitement cytostatique [7]. Pindborg n'a toutefois retrouvé une hypertrophie gingivale que chez 33% des patients étudiés.[8]

Une atteinte du parodonte profond ou parodontite a été remarquée dans 3 cas de myélome et 1cas de LAL. Ce dernier cas (femme de 34 ans) rejoint ce que Pindborg a retrouvé chez une femme de 32 ans atteinte de leucémie aigue avec de très

profondes poches parodontales et des mobilités dentaires [8]. Les autres auteurs rapportent des manifestations uniquement au niveau gingival n'atteignant pas le parodonte profond [7, 9].

Les atteintes du parodonte profond en cas de myélome seraient une évolution des lésions gingivales déjà existantes vu l'âge des patients et non pas des signes associés à l'hémopathie. La dépression de la lignée granulocytaire se traduisant par une neutropénie et une lymphocytose pourrait expliquer l'apparition d'une parodontite. Les polynucléaires neutrophiles ont effectivement un rôle important dans la pathogénie des maladies parodontales [10]. La chimiothérapie a transformé le pronostic des hémopathies malignes. L'obtention des rémissions se fait au prix de périodes plus ou moins longues d'aplasie médullaire. [2] Toutefois, il a été assez difficile de faire la part de la maladie et du traitement dans les ulcérations retrouvées chez nos patients.

Inclure dans le traitement des hémopathies malignes la prise en charge parodontale est primordial. Ces observations soulignent l'importance d'une étroite collaboration entre parodontistes, oncologistes et hématologistes pour une meilleure prise en charge des hémopathies malignes.

## Références

1. Aubert F, Guittard P. L'essentiel Médical de Poche. Hématologie. Ed .Marketing/Ellipses, Paris 1995 : 350-419.
2. Marty M, Girard P, Boiron M. Hématologie. In Girard P, Penne G, Missika P. Médecine et Chirurgie dentaire. Problèmes médicaux en pratique quotidienne. Paris : Edition Cdp ; 1988 : 211- 95.
3. Diallo DA, Baby M, Dembélé AK, Diallo YL, Cissoko LNS, Dicko MS, Dembélé M, Cissoko Y. Les hémopathies malignes de l'enfant : aspects épidémiologiques dans le service d'hématologie oncologie médicale de l'hôpital du pont G, Bamako, Mali. *Mali Médical* 2008 Tome XXIII, (4) :63-8.
4. Bouziane A, Benrachadi L, Ennibi OK, Abdellaoui L, Benzarti N. Maladies hématologiques : manifestations parodontales et prise en charge. *Rev Odont Stomat* 2002 ; (31) : 299-320.
- 5- Ahossi V, Boisramé-Gastrin S, Perrot G, Tazi M , Larras P, Perrin D. Lymphome non hodgkinien à localisation mandibulaire : à propos de deux observations. *Med Buccale Chir Buccale* 2006 ;12 :21-9.
- 6- Royer B, Brouet JC. Déficits secondaires des immunités humorales au cours des myélomes et des LLC. Service d'Immuno-hématologie. Hôpital Saint Louis Paris, 2005.
- 7- Claffey N. Plaque induced gingival disease. In Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Clinical Periodontology and Implant dentistry*. 4<sup>th</sup> edition, Blackwell Munksgaard, Oxford, 2003:198- 208.
- 8- Pindborg JJ . Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Masson, Paris, 1995 : 144-56.
9. Szpirglas H, Lacoste JP. Manifestations buccales des hémopathies- Editions Techniques- *Encycl. Med. Chir. (Paris, France). Stomatologie-Odontologie I*, 22-050-A-10, 1994.
- 10- Wolf HF, Rateitschak EM&KH. *Parodontologie* 3è ed .Masson, Paris 2003 : 532p.