



---

## Tumeur myofibroblastique inflammatoire du plancher de l'orbite: à propos d'un cas

---

B. Dani\*a (Dr), O. Hamidia (Dr), M. Boulaadasa (Pr)  
a Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Rabat, MAROC  
\* bouchradani89@gmail.com

### introduction

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires sont des tumeurs bénignes rares et d'étiologie inconnue. Décrites initialement au niveau des poumons, elles ont été observées dans plusieurs autres localisations, essentiellement abdominales et pelviennes [1]. La localisation cervico-faciale est très rare et la localisation orbitaire est exceptionnelle.

L'intérêt de ce travail est de familiariser le chirurgien maxillo-faciale avec la présentation clinique et histologique ainsi qu'avec le schéma thérapeutique à adopter face à cette entité rare.

## Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 45ans, sans antécédents pathologiques notables, référer à notre service pour suspicion d'une cellulite orbitaire rebelle au traitement. Le malade présentait une exophtalmie gauche évoluant depuis 09 mois, sans signes inflammatoires associés, sans diplopie ni limitation des mouvements oculaire.

Un scanner cranio-faciale a été réalisé qui parlais d'un aspect compatible avec processus au niveau du plancher de l'orbite gauche avec lyse osseuse de ce dernier par endroit (figure 1). Une biopsie par voie sous ciliaire a été réaliser dont le résultat était en faveur d'un remaniement inflammatoire. Devant l'aspect clinique et les images radiologiques, nous avons décidé d'opérer le malade.

L'abord de la lésion était par voie sous ciliaire, après un décollement jusqu'au plancher de l'orbite, on a mis en évidence une masse tissulaire, envahissant le plancher de l'orbite. Une exérèse tumorale complète a été réalisé, ce qui a entraîné une perte de substance au niveau du plancher de l'orbite. La reconstruction de ce dernier a été faite par un greffon de la crête iliaque.

Les suites opératoires étaient simples.

Le résultat anatomopathologique est revenu en faveur d'une tumeur myofibroblastique inflammatoire. L'exérèse chirurgicale a été complète chez notre patient, ce qui n'a pas nécessité une corticothérapie adjuvante. La surveillance clinique et radiologique n'a pas montré de récidence avec un recul de 2 ans (figure 2).

Le malade est satisfait du résultat (régression de l'exophtalmie).

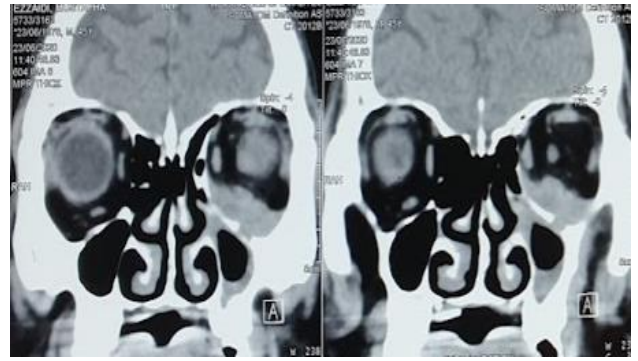


Fig.1 : recoupe coronale d'une TDM du massif facial montrant un processus au niveau du plancher de l'orbite gauche avec lyse osseuse de ce dernier

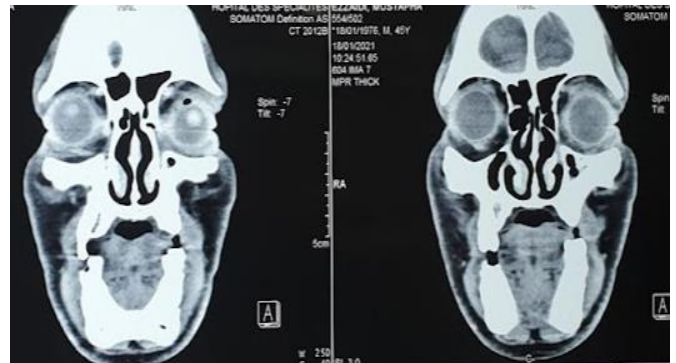


Fig.2 : recoupe coronale d'une TDM du massif facial du contrôle post opératoire, d'aspect normal

## Discussion :

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires (TMI) sont des tumeurs rares et bénignes, mais avec un potentiel agressif. La localisation cervico-faciale est rare (moins de 5% des cas) [1] et surtout orbitaire qui est exceptionnelle.

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires à localisation cervico-faciales sont le plus souvent rencontrées chez l'adulte jeune [1].

La symptomatologie peut mimer parfois une tumeur maligne. Les manifestations cliniques peuvent s'installer de façon aiguë, insidieuse ou prolongée et s'exprime en fonction de la localisation tumorale.

L'imagerie permet une orientation diagnostique même si les manifestations radiologiques des TMI sont peu spécifiques. Elle permet aussi de localiser la tumeur, ses rapports avec les tissus de voisinage et son évolution en cas de récurrence [1]. L'examen tomodensitométrique révèle le plus souvent une masse tissulaire homogène, de densité variable prenant le contraste, avec lyse des parois osseuses adjacentes. L'IRM reste l'examen de choix [2].

La TMI est formée de cellules myofibroblastiques fusiformes associées à un infiltrat inflammatoire composé de plasmocytes, lymphocytes et éosinophiles [3]. Le diagnostic de cette tumeur est histologique. Le diagnostic différentiel peut se poser avec un rhabdomyosarcome embryonnaire, un léiomyosarcome, un schwannome ou un neurofibrome. L'étude immunohistochimique démontre le phénotype myofibroblastique des cellules [4].

Le traitement est chirurgical par une exérèse complète de la tumeur. Une association de corticothérapie semble être une alternative thérapeutique satisfaisante en cas d'exérèse chirurgicale incomplète, permettant d'obtenir une rémission à long terme avec une moindre morbidité. La corticothérapie peut être utilisée seule si une exérèse chirurgicale est impossible à réaliser [5].

La radiothérapie est indiquée après échec ou de contre-indications de la chirurgie et de la corticothérapie [6]. La chimiothérapie peut être utilisée dans les cas de transformation sarcomatoïde. Le suivi régulier et prolongé est indispensable. Les TMI se caractérisent par un taux de récurrence de 25% pour les localisations extra-pulmonaires [5,6]

## Conclusion :

Le plus souvent curable par une exérèse chirurgicale complète, le rôle de l'anatomopathologiste est primordial dans l'identification précise de la nature de ces tumeurs afin d'éviter tout traitement chirurgical agressif potentiellement mutilant ou une radiothérapie.

### Références

1. Burkey BB, Hoffman HT, Baker SR, Thornton AF, McClatchey KD. Chondrosarcoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1990; 100(12):1301-5.
2. Ruark DS, Schlehaider UK, Shah JP. Chondrosarcomas of the head and neck. *World J Surg* 1992; 16(5):1010-5.
3. Garrington GE, Collett WK. Chondrosarcoma. II. Chondrosarcoma of the jaws: analysis of 37 cases. *J Oral Pathol* 1988; 17(1):12-20.
4. Hackney FL, Aragon SB, Aufdemorte TB, et al: Chondrosarcoma of the jaws: Clinical findings, histopathology, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 71:139, 1991
5. Ariyoshi Y, Shimahara M. Mesenchymal chondrosarcoma of the maxilla: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57: 733-7.
6. Gilberto Sammartino, Gaetano Marenzi, Candace M. Howard, O. Trosino, Luigi Califano, Pier Paolo Claudio. Managing Chondrosarcoma of the Jaw. *J Oral Maxillofac Surg* 2008.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.