



Fibrome ossifiant du maxillaire à propos de 2 cas

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

Introduction :

Le fibrome ossifiant est une affection tumorale bénigne, qui touche rarement les os de la face et exclusivement l'os maxillaire [1].

L'évolution du fibrome ossifiant est lente et généralement asymptomatique, sauf s'il entraîne une déformation faciale ou une gêne fonctionnelle. Il est de bon pronostic mais parfois de caractères agressifs [2, 3].

Nous rapportons 2 cas rare de fibrome ossifiant du maxillaire, dont un souligne le caractère agressif de cette tumeur bénigne.

Observations 1 :

Cas N°1 : il s'agit d'une femme de 38 ans, sans antécédents particuliers, qui présentait une masse jugale gauche, qui augmentait progressivement de volume avec une expression vestibulaire de la tumeur. Ainsi qu'une exophtalmie gauche grade I, sans diplopie ni limitation des mouvements oculaires. Le tout évoluant depuis 05 mois. La patiente a bénéficié d'une TDM du massif facial, qui a objectivé un processus tissulaire hétérogène du sinus maxillaire gauche réhaussé après injection du produit de contraste, renfermant des calcifications. Ce processus refoule le plancher, souffle la paroi latérale de l'ethmoïde et respectant la région ptérygoïdienne et la base du crâne [fig.1]. La malade a été programmée pour une chirurgie d'exérèse par voie vestibulaire. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de fibrome ossifiant du maxillaire. Les suites opératoires étaient simples. Pas d'asymétrie faciale, pas de diplopie, ni de limitation de mouvement oculaire, sur un recul de 02ans [fig.3].



Fig.1 : TDM du massif facial, recoupe coronale, montrant processus hétérogène du sinus maxillaire gauche, renfermant des calcifications et infiltrant le plancher de l'orbite gauche



Fig.2 : greffon osseux de la crête iliaque



Fig.3: TDM du massif facial post opératoire, recoupes coronales montrant la cicatrisation du sinus maxillaire gauche et la reconstruction du plancher avec le greffon de la crête iliaque

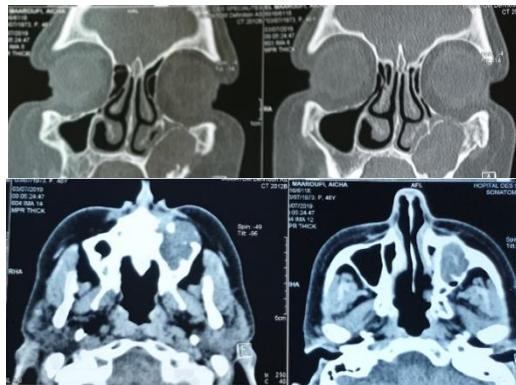


Fig.4 : TDM du massif facial, recoupes axiales et coronales montrant un processus tissulaire du sinus maxillaire gauche renfermant des calcifications avec un défaut osseux en rapport avec la 1ere chirurgie

Observations 2 :

Cas N°2 : Il s'agit d'une patiente de 45ans, diabétique sous antidiabétiques oraux et déjà opérée en 2007 pour un kyste maxillaire gauche sans documents sur sa première opération. Après 13ans de sa 1ere intervention la malade a présenté une tuméfaction jugale gauche qui augmentait progressivement de volume sur une durée de 04mois. L'examen clinique a retrouvé une expression vestibulaire gauche de la tumeur, sans autres signes associés. Un orthopantomogramme a été réalisé et qui montrait une image radio claire bien limitée avec des rhizolyse des dents adjacentes. Une tomographie a mis en évidence un processus tissulaire du sinus maxillaire gauche renfermant des calcifications avec un défaut osseux en rapport avec la 1ere chirurgie [fig.4]. La malade a bénéficié d'une exérèse de sa tumeur avec curetage appuyé par voie vestibulaire. L'examen anatomopathologique a révélé un fibrome ossifiant. Les suites opératoires étaient simples. Pas de complications ni de récurrence sur un recul de 1an.

Discussion :

Le fibrome ossifiant est classé tant qu'une tumeur odontogénique bénigne d'origine mésenchymateuse (WHO2017) [4]. Il survient entre la troisième et la quatrième décennie de vie, Les femmes sont touchées 2,5 fois plus fréquemment que les hommes [1,2,3]. L'os maxillaire est affecté moins que la mandibule. Les sites de prédilection sont Les régions molaires et prémolaires pour la mandibule et la fosse canine pour le maxillaire [3].

L'étiopathogénie reste toujours sujet de discussion mais les dernières études montre qu'il provient des cellules mésenchymateuses du ligament parodontal [4]. Le fibrome ossifiant est asymptomatique dans 31% des cas, et de découverte fortuite lors d'un examen radiologique de routine [3].

Cliniquement il se manifeste par une tuméfaction jugale qui est bien limitée faisant corps à l'os, indolores et à croissance lente [3].

Le bilan radiologique initiale est l'orthopantomogramme qui peut nous montrer la localisation de la lésion, sa densité, donné une idée sur le diagnostic et surtout l'évaluation de l'état de l'appareil dentaire ainsi que l'impact de la tumeur sur ce dernier [5]. Mais cet examen reste limité vu que le fibrome ossifiant peut empreindre différents aspects. La tomodynamométrie a un grand rapport diagnostique, le fibrome ossifiant apparaît comme une masse solitaire radio transparente avec un pouvoir lytique, ainsi que la présence d'opacités ponctuelles occupent son centre. À un stade évolué, le fibrome ossifiant réalise une masse bien opaque, bien limitée soufflant la corticale osseuse [6].

Le diagnostic différentiel est généralement posé avec d'autres lésions présentant des signes cliniques et des images radiologiques similaires, notamment la dysplasie fibreuse [7]. Par contre d'autres diagnostics doivent être également pris en compte en tant que diagnostics différentiels [7,8]: le kyste anévrysmal d'évolution rapide et douloureux, le kyste osseux solitaire, le granulome à cellules géantes de survenue plus précoce, encore parmi les lésions odontogéniques : la tumeur odontogénique calcifiée de Pindborg, la tumeur odontogène adénomatoïde.

L'examen anatomopathologique de la pièce tumorale reste le seul moyen pour confirmer le diagnostic du fibrome ossifiant. Dans nos 2 cas les caractéristiques cliniques, radiologique étaient similaires à ce qui est rapporté dans la littérature. Le 1er cas rapporté souligne le pouvoir destructeur que peut avoir cette tumeur malgré sa bénignité.

Le traitement du fibrome ossifiant est chirurgical, une énucléation avec curetage appuyé pour les tumeurs de petite taille. Pour les tumeurs de grande taille et lorsque la résection chirurgicale est étendue, une reconstruction supplémentaire à l'aide de greffes osseuses et d'implants peut être nécessaire [5].

Références

- [1] MENZEL A. Ein Fall von Osteofibrom des Unterkiefers. *Langenbecks Arch Klin CMr* 1872 ; 13 : 212-9.
- [2] MONTGOMERY, A. H. (1927). OSSIFYING FIBROMAS OF THE JAW. *Archives of Surgery*, 15(1), 30.
- [3] Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. *Cancer*. 1992 Dec 15 ;70(12) :2988-94.
- [4] Antonelli JR Ossifying fibroma of the maxillary sinus : a case report. *Ann Dent* 1989 ;48 :33-6.
- [5] Mithra R, Baskaran P, Sathyakumar M. Imaging in the diagnosis of cemento-ossifying fibroma : a case series. *J Clin Imaging Sci* 2012 ;2 :52.
- [6] Mainville, G., Turgeon, D., & Kauzman, A. (2016). Diagnosis and management of benign fibro-osseous lesions of the jaws : a current review for the dental clinician. *Oral Diseases*, 23(4), 440-450.
- [7] Biotchane I, Adjibabi W, Biao O, et al. Le fibrome cémento-ossifiant : deux cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005 ;106 :30-2.
- [8] Hall, E. H., Naylor, G. D., Mohr, R. W., & Warnock, G. R. (1987). Early aggressive cemento-ossifying fibroma : A diagnostic and treatment dilemma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 63(1), 132-136.

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