

S. Ben Youssef, H. Touil, M. Bouzaiene

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale et Esthétique de Mahdia TUNISIE

Introduction :

Le fibrome ossifiant (FO) est une tumeur bénigne, associant une prolifération fusocellulaire à un contingent d'os néoformé. Il entre donc dans le cadre nosologique des lésions «fibro-osseuses», regroupant un ensemble d'entités disparates, allant de lésions réactionnelles aux lésions néoplasiques malignes, mais partageant des aspects histologiques similaires. Les modalités évolutives des lésions fibro-osseuses étant très variables, le diagnostic doit donc être porté avec précaution, sur un ensemble d'arguments cliniques, radiologiques et histologiques.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons le cas d'un homme de 38 ans, sans antécédents qui s'est présenté pour une tuméfaction mandibulaire antérieure d'évolution rapide et asymptomatique.

Résultats :

A l'examen, la tuméfaction était antérieure comblant le vestibule antérieur avec une mobilité du bloc incisif inférieur (Photo 1). La peau et la muqueuse étaient d'aspect sain. L'ouverture buccale était normale. La radiographie panoramique a montré une image en bulle de savon (Photo 2). La TDM a confirmé une tumeur ostéolytique soufflant les corticales et cloisonnée. Le premier diagnostic évoqué était un améloblastome. Le patient a eu une mandibulectomie interruptrice et une reconstruction immédiate par un lambeau libre du péroné (Photo 3 et 4) avec de bonnes suites (Photo 5). L'histologie a confirmé le diagnostic de FO juvénile (FOJ) devant la présence de mitoses (Photo 6).

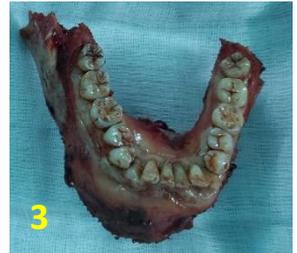


Photo 3 : Pièce opératoire

Photo 5 : Aspect post opératoire à un mois.

6 a et b

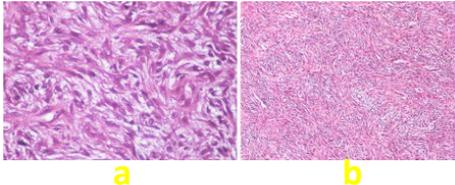


Photo 6a : Prolifération s'agencant en faisceaux courts ou storiforme (HES × 100).
Photo 6b : Les cellules fusiformes, régulières, sont d'allure fibroblastique (HES × 400).

Discussion:

Le FO est défini comme une prolifération bien limitée composée de tissu fibrocellulaire et de substance minéralisée d'apparence variable. Alors que les FO surviennent pour la plupart entre 20 et 40 ans, comme des lésions asymptomatiques d'évolution lente, le FOJ est décrit comme une tumeur agressive, d'évolution rapide, ce que reflète la présence de mitoses à l'examen microscopique.

Deux types de FOJ ont été décrits, correspondant à deux entités clinico-pathologiques distinctes : les FOJ psammomatoides, les plus fréquentes, de localisation nasosinusienne ou orbitaire, sont caractérisées par la présence de dépôts osseux sphériques plus ou moins calcifiés de façon concentrique, ressemblant à des psammomes. Les FOJ trabéculaires se localisent aux maxillaires.

Les formes géantes de FOJ sont exceptionnelles. Cliniquement, elles se présentent comme une tumeur maligne : carcinome améloblastique, un ostéosarcome, un lymphome de Burkitt, un sarcome d'Ewing ou un rhabdomyosarcome. Histologiquement, le diagnostic différentiel se pose avec les autres lésions fibro-osseuses. En conclusion, ce sont des tumeurs maxillo-faciales bénignes mimant un ostéosarcome. La prise en compte des données radiographiques est indispensable au diagnostic définitif.