

## Observation clinique

# Tumeur fibreuse solitaire de la joue : à propos d'une observation

Soukèye Dia Tine<sup>1,2,\*</sup>, Babacar Tamba<sup>1,2</sup>, Mamadou Diatta<sup>1</sup>,  
Bintou Catherine Gassama Barry<sup>1</sup>, Paul Niang<sup>1</sup>, Alpha Kounta<sup>1</sup>, Abdou Ba<sup>1</sup>, Boubacar Diallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de Chirurgie buccale, Département d'Odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup> Service d'Odontostomatologie, Hôpital général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal

(Reçu le 30 avril 2013, accepté le 15 juin 2013)

**Mots clés :**  
tumeur fibreuse  
solitaire / joue

**Résumé** – La tumeur fibreuse solitaire est une tumeur fibroblastique bénigne des tissus mous. Plusieurs localisations ont été décrites ; celles de la cavité buccale ont une prévalence de 3 %. L'étiologie est encore inconnue mais plusieurs auteurs ont retrouvé des antécédents de traumatismes. Dans cet article, on rapporte un cas de tumeur fibreuse solitaire évoluant dans la joue gauche, survenue chez une patiente âgée de 58 ans. L'exérèse de la tumeur sous anesthésie locale a permis l'examen anatomo-pathologique qui a diagnostiqué une tumeur fibreuse solitaire.

**Key words:**  
solitary fibrous tumor /  
cheek

**Abstract – Solitary fibrous tumor of the cheek: a case report.** Solitary fibrous tumor is a benign soft tissue tumor fibroblast. Several locations have been reported with oral rate those with a rate of 3% in the mouth. The etiology is still unknown, but the authors have described a history of trauma. We report in this paper a case of solitary fibrous tumor occurring in the left cheek, which occurred in an elderly patient of 58 years. The excision of the tumor under local anesthesia allowed the pathological examination, which diagnosed a solitary fibrous tumor.

La tumeur fibreuse solitaire est une affection rare de l'adulte, décrite pour la première fois en 1931 par Klemperer et Rabin [1-3]. Il s'agit d'une tumeur mésenchymateuse, caractérisée par une prolifération de cellules fusiformes disposées de façon diffuse [4-9]. Elle a été décrite dans la plèvre et le péritoine [10-14], puis d'autres localisations ont été signalées ; la localisation buccale aurait une prévalence de 3 % [1, 5, 9]. Les premiers cas de tumeur fibreuse solitaire buccale ont été rapportés par Suster et al. [15] en 1995.

La nouvelle classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des tumeurs des tissus mous, publiée en 2002, place la tumeur fibreuse solitaire dans le groupe des tumeurs fibroblastiques [16].

Ce travail rapporte un cas de tumeur fibreuse solitaire développée dans la joue gauche,

de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, pour un nodule siégeant sur la face interne de la joue gauche, évoluant depuis plus de 3 ans.

À l'interrogatoire, on ne retrouvait aucune pathologie connue. L'examen exo-buccal n'a pas révélé d'asymétrie faciale, ni de plaie cutanée. À l'examen endo-buccal, on observait une tumeur jugale gauche sous-muqueuse, la muqueuse jugale avait un aspect normal. La tumeur mesurait environ 10 mm dans son plus grand axe et elle était située à un centimètre en-dessous de l'ostium du canal de Sténon (Fig. 1). À la palpation, elle se présentait comme un nodule bien limité, mobile, indolore, de consistance ferme, non adhérent au plan superficiel et fuyant entre les doigts. L'évolution avait été lente, ce qui orientait vers une tumeur bénigne.

L'hygiène bucco-dentaire était insuffisante et il existait une gingivite tartrique généralisée. La denture était de type adulte avec absence de quelques dents en regard de la tumeur (24, 25, 26 et 27) et de quelques dents controlatérales (45 et 46). L'orthopantomogramme n'a révélé aucune lésion osseuse suspecte. Aucun autre examen complémentaire n'a été pratiqué.

## Observation

Une patiente mélanoderme, âgée de 58 ans, a consulté dans le Service de Chirurgie buccale du Département d'Odontologie

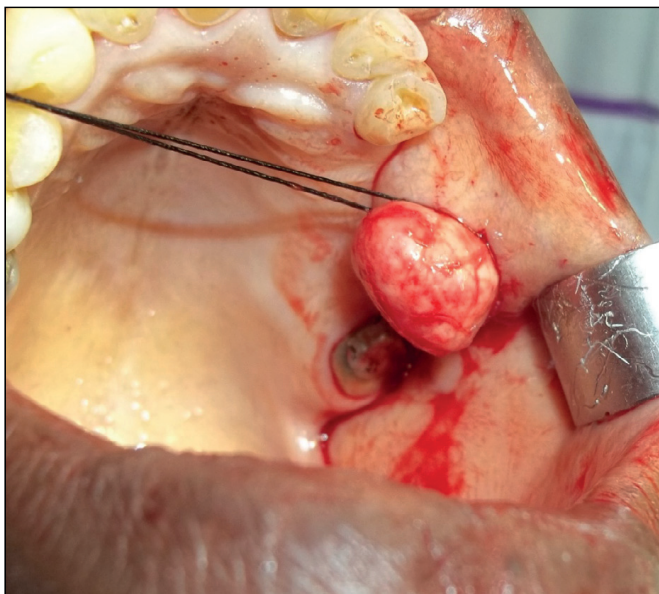
\* Correspondance : diatine@hotmail.com



**Fig. 1.** Localisation jugale interne de la tumeur.  
*Fig. 1. Cheek localisation of the tumor.*



**Fig. 3.** Contrôle une semaine après l'intervention.  
*Fig. 3. Control one week after surgery.*



**Fig. 2.** Mise en évidence de la tumeur.  
*Fig. 2. Highlighting of tumor.*



**Fig. 4.** Pièce opératoire mesurant 10 × 10 mm.  
*Fig. 4. Operative specimen measuring 10 × 10 mm.*

L'exérèse chirurgicale de la tumeur a été réalisée sous anesthésie locale. Après une incision horizontale superficielle d'environ 10 mm de long au sommet de la tumeur, la dissection a mis en évidence une masse tumorale arrondie, ferme, de 10 mm de diamètre (Fig. 2). Pour réaliser son énucléation, on a dû la libérer des fibres du muscle buccinateur. La fermeture de la plaie opératoire a été faite en deux plans. Le traitement post-opératoire comportait une antibiothérapie (amoxicilline 2 g/j), des antalgiques (paracétamol 3 g/j) et des bains de

bouche antiseptiques (chlorexidine). Les sutures ont été déposées après une semaine (Fig. 3) et la cicatrisation obtenue au bout de 15 jours.

La pièce opératoire était constituée par une formation nodulaire bien limitée par une fine capsule fibreuse (Fig. 4). Sur le plan microscopique, elle était formée par des cellules fusiformes, monomorphes, à noyaux allongés, aux extrémités effilées, avec une architecture fasciculée et storiforme, disposées sur un fond fibreux hyalinisé, renfermant de nombreux petits capillaires congestifs. Cet aspect faisait évoquer une tumeur fibreuse solitaire.

L'évolution postopératoire a été bonne et il n'y avait aucun signe de récurrence après 18 mois.

## Commentaires

La tumeur fibreuse solitaire siégeant dans la cavité buccale a été décrite par plusieurs auteurs [6, 7, 17, 18]. C'est une pathologie qui peut constituer un motif de consultation en odontologie en raison de la gêne provoquée.

Amico *et al.* ont rapporté une prévalence de 3 % [19]. Cette tumeur atteint souvent l'adulte à partir de 20 ans, et elle est observée aussi bien chez la femme que chez l'homme [5, 14, 18, 20]. La tumeur fibreuse solitaire est retrouvée aussi bien chez les sujets mélanodermes que chez les caucasiens [4, 5, 15, 21].

Dans la cavité buccale, plusieurs localisations ont été décrites avec une prédominance au niveau de la face interne de la joue [1, 6, 7, 14, 19] ; les autres sites étant la langue [7,12], la gencive [7, 19], les lèvres [9, 19], le trigone rétro-molaire et la gencive [9, 19], le palais [1, 9, 19] et les glandes salivaires [9, 19].

Sa durée d'évolution est variable allant de quelques semaines à plusieurs années [2, 5, 6] ; sa taille varie de quelques mm à quelques dizaines de cm [12, 19, 22]. La présence d'adénopathies cervicales volumineuses a été observée chez un patient présentant une tumeur fibreuse solitaire [11].

Au plan étiologique, il n'y a pas de certitude quant à son origine; certains auteurs [2, 7, 23] ont retrouvé des antécédents de traumatisme. D'autres [1, 2, 5] ont rapporté des cas associés à une symptomatologie algique ou à un saignement, surtout lorsque la tumeur est exophytique.

À l'examen macroscopique, elle est de couleur blanc-grisâtre avec une consistance caoutchouteuse [12, 17, 22]. Quelquefois, elle peut avoir une couleur bleu violacé [20]. L'examen microscopique révèle souvent une formation nodulaire, bien limitée, parfois encapsulée, formée de cellules fusiformes avec une architecture fasciculée et storiforme sur un fond fibreux hyalinisé, renfermant de petits capillaires congestifs [1, 14, 22, 24] ; ceci correspond exactement à l'aspect observé lors de l'examen histopathologique de la pièce opératoire.

Deux types de tumeurs fibreuses solitaires ont été décrits : une forme bénigne, la plus fréquente, comparable à celle rapportée, et une forme maligne plus rare [6, 9, 14, 21] ; la prévalence de la forme maligne est de l'ordre de 5 % [20]. La forme bénigne est bien circonscrite, d'évolution lente et indolore [6, 10, 17, 20]. Elle est encapsulée [12, 18] ou non [10, 12]. La présence de mitoses, d'atypies nucléaires et de nécrose fait suspecter une forme maligne [3, 14, 20] ; il en est de même lorsque la taille de la tumeur dépasse 50 mm, qu'elle a une forme diffuse avec une forte cellularité, un pléomorphisme nucléaire et une infiltration des tissus périphériques [8]. Quelquefois, on peut observer des foyers de calcification en microscopie électronique [10].

L'immunohistochimie permet de différencier les tumeurs fibreuses solitaires des autres tumeurs bénignes et malignes

des tissus mous à cellules fusiformes [3, 6]. En effet, pour les tumeurs fibreuses solitaires, on note une forte coloration avec les anticorps dirigés contre les cellules CD34 [1, 5, 11, 14, 24], comme cela a été retrouvé dans notre étude. La tumeur fibreuse solitaire peut être parfois confondue avec un hémangiopéricytome et seul l'examen microscopique permet de les différencier [4, 15, 24]. Par ailleurs, il faut signaler que l'hémangiopéricytome est une lésion plus agressive [12] alors que les tumeurs fibreuses solitaires sont parfois plus diffuses et hypercellulaires [16].

Le léiomyosarcome et le fibrosarcome peuvent également être évoqués dans le diagnostic différentiel mais l'immunohistochimie permet de trancher en montrant une réaction positive à l'actine et la desmine [6, 11]. Le lipome à cellules fusiformes peut être également évoqué mais la présence de cellules adipeuses matures absentes dans la tumeur fibreuse solitaire et une réaction positive aux anticorps dirigés contre les cellules CD99 permettent de confirmer le diagnostic [3, 11, 24].

L'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale est le traitement le plus pratiqué [2, 11, 17, 19] ; elle peut se faire sous anesthésie générale dans certains cas [4, 13].

## Conclusion

La tumeur fibreuse solitaire est une affection rare de l'adulte, touchant de façon préférentielle la plèvre et le péricytophène ; d'autres localisations ont été décrites : celles de la cavité buccale ont une prévalence de 3 % et touche surtout la région jugale. Deux grandes formes de tumeurs fibreuses solitaires (bénignes et malignes) ont été décrites avec une prédominance de la forme bénigne dont l'évolution est lente. L'étiologie est encore inconnue mais des auteurs ont décrit des antécédents de traumatismes.

L'examen anatomo-pathologique permet de poser le diagnostic positif mais l'immunohistochimie donne le diagnostic de certitude avec une réaction positive des anticorps dirigés contre les cellules CD34. La prise en charge se fait le plus souvent sous anesthésie locale et il n'y a pas de récurrences.

**Conflits d'intérêt :** aucun

## Références

1. Talacko A, Aldred MJ, Sheldon WR, Hing NR. Solitary fibrous tumor of the oral cavity: report of two cases. *Pathology* 2001;33:315-8.
2. Shimoyama T, Horie N, Ide F. Solitary fibrous tumor of the palate: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:895-7.
3. Alawi F, Stratton D, Freedman PD. Solitary fibrous tumor of the oral soft tissues: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 16 cases. *Am J Surg Pathol* 2001;25:900-10.
4. Jham BC, Salles JM, Soares JM, Sousa Ade A, Moraes GM, Ribeiro CA, Gomez RS. Solitary fibrous tumor of the buccal mucosa: case

- report and review of the literature. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45:323-5.
5. Kurihara K, Mizuseki K, Sonobe J, Yanagihara J. Solitary fibrous tumor of the oral cavity: report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:223-6.
  6. Vargas PA, Alves LA, Lopes MA, Siqueira SAC, Menezes LFC, Aldred VL, Ameida O. Solitary fibrous tumor of the mouth: report of two cases involving the tongue and cheek. *Oral Dis* 2002;8:111-5.
  7. O'Regan EM, Vanguri V, Allen CM, Eversole LR, Wright JM, Woo SB. Solitary fibrous tumor of the oral cavity: clinicopathologic and immunohistochemical study of 21 cases. *Head Neck Pathol* 2009;3:106-15.
  8. Gengler C, Guillou L. Solitary fibrous tumor and haemangiopericytoma: evolution of a concept. *Histopathology* 2006;48:63-74.
  9. Veltrini VC, Etges A, Magalhaes MHCG, Araujo NS, Araujo VC. Solitary fibrous tumor of the oral mucosa morphological and immunohistochemical profile in the differential diagnosis with haemangiopericytoma. *Oral Oncol* 2003;39:420-6.
  10. Lee JH, An JS, Lee ES, Kwon SY, Kim YS. Comparison of sporadic sclerotic fibroma and solitary fibrous tumor in the oral cavity. *Yonsei Med J* 2007;48:535-9.
  11. Perez-Ordóñez B, Koutlas IG, Strich E, Gilbert RW, Jordan RC. Solitary fibrous tumor of the oral cavity: an uncommon location for a ubiquitous neoplasm. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:589-93.
  12. Piattelli A, Fioroni M, Rubini C. Solitary fibrous tumor of the tongue. *Oral Oncol* 1998;34:431-4.
  13. Yosuke M, Masayoshi N, Masanori H, Hiroshi H. Extrapleural solitary fibrous tumor: clinicopathologic study of 17 cases and molecular analysis of the p53 pathway. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand* 2000;108:617-25.
  14. Erdag G, Qureshi HS, Patterson JW, Wick MR. Solitary fibrous tumors of the skin: a clinicopathologic study of 10 cases and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2007;34:844-50.
  15. Suster S, Nascimento AG, Miettinen M, Sickel JZ, Moran CA. Solitary fibrous tumors of soft tissue. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Am J Surg Pathol* 1995;19:1257-66.
  16. Fletcher CDM. The evolving classification of soft tissue tumors: an update based on the new WHO classification. *Histopathology* 2006;48:3-12.
  17. Shin JH, Sung IY, Suh JH, Yang SO, Jeong YK, Lee JH, Hwang JC. Solitary fibrous tumor in the buccal space: MR findings with pathologic correlation. *Am J Neuroradiol* 2001;22:1890-2.
  18. Ide F, Saito I. Oral solitary fibrous tumors. *Oral Dis* 2002; 8:314-5.
  19. Amico P, Colella G, Rossiello R, Vecchio GM, Leocata P, Magro G. Solitary fibrous tumor of the oral cavity with a predominant leiomyomatous-like pattern: a potential diagnostic pitfall pathology. *Pathol Res Pract* 2010;206:499-503.
  20. Mosquera JM, Fletcher CDM. Expanding the spectrum of malignant progression in solitary fibrous tumors: a study of 8 cases with a discrete anaplastic component. Is this dedifferentiated SFT? *Am J Surg Pathol* 2009;33:1314-21.
  21. Gonzalez-Garcia R, Usandizaga JLGD, Nam SH, Campo FJR, Naval-Gias L. Solitary fibrous tumor of the oral cavity with histological features of aggressiveness. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006; 44:543-5.
  22. Iwai S, Nakazawa M, Yoshikawa F, Amekawa S, Sokuda M. Solitary fibrous tumor of the buccal mucosa: report of a case with immunohistochemical studies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:461-5.
  23. Fusconi M, Ciofal A, Greco A, Pulice G, Mariotti M, Rocca CD. Solitary fibrous tumor of the oral cavity: case report and pathologic consideration. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:530-4.
  24. Chomik P, Michcik A, Michajłowski I, Sobjanek M, Włodarkiewicz A. Solitary fibrous tumor in the oral cavity: a case report and diagnostic dilemma. *Postep Derm Alergol* 2012;29:395-400.