

Cas clinique et revue de littérature

Le fibrome non ossifiant mandibulaire : différences par rapport aux localisations orthopédiques et implications thérapeutiques

Imen Mehri Turki*

Unité de Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale et Esthétique, Service de Chirurgie, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie

(Reçu le 7 mars 2014, accepté le 29 juin 2014)

Mots clés :
fibrome non ossifiant /
mandibule / chirurgie

Résumé – Introduction : Le fibrome non ossifiant est une tumeur bénigne très rare au niveau mandibulaire, pouvant simuler une pathologie maligne. Il s'observe généralement chez l'enfant et au niveau des os longs. **Observation :** Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans ayant consulté pour une tuméfaction mandibulaire évoluant progressivement depuis un an. La tuméfaction est associée à une mobilité dentaire sans trouble sensitif, ni adénopathie cervicale. Les signes radiologiques sont en faveur d'une pathologie agressive. La biopsie a révélé un fibrome non ossifiant. Un traitement chirurgical conservateur a été réalisé. **Discussion :** Contrairement aux localisations orthopédiques, le fibrome non ossifiant mandibulaire ne présente pas de signes radiologiques pathognomoniques. Les signes radiologiques du fibrome ossifiant mandibulaire peuvent faire suspecter une lésion maligne. Une biopsie préopératoire est obligatoire pour éviter une chirurgie mutilante.

Key words:
non ossifying fibroma /
mandible / surgery

Abstract – Introduction: Ossifying fibroma is a rare benign tumor of the mandible, which mimics malignancy. It is generally observed in children on long bones. **Observation:** A 12-year-old child consulted for a mandibular swelling that had gradually evolved over one year. The swelling was associated with tooth mobility without sensory disturbance or cervical lymphadenopathy. Radiological findings were in favor of an aggressive disease. The biopsy revealed a non-ossifying fibroma. A conservative surgical treatment was performed. **Discussion:** Unlike orthopedic non-ossifying fibroma locations, the mandible shows no pathognomonic radiographic signs. Radiological signs of mandibular ossifying fibroma could lead one to suspect malignancy. Preoperative biopsy is mandatory to avoid mutilating surgery.

Introduction

Le fibrome non ossifiant est une tumeur bénigne des os longs de l'enfant. La localisation mandibulaire est rarement rapportée dans la littérature. La symptomatologie clinique n'est pas spécifique et il est souvent de découverte radiologique. Toutefois, une discordance radioclinique peut se voir, amenant à une présomption diagnostique de malignité contrairement aux localisations orthopédiques où les signes radiologiques sont pathognomoniques [1].

À travers cette observation clinique, nous rappelons les caractéristiques épidémiologiques et les manifestations radio-cliniques en soulignant l'importance de la biopsie dans la décision thérapeutique.

Observation clinique

Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans, sans antécédents notables, qui a consulté pour une tuméfaction indolore paramentonnière gauche étendue au plancher buccal, évoluant depuis une année, sans notion de poussée inflammatoire ni d'altération de l'état général.

L'examen exobuccal retrouvait une tuméfaction paramentonnière gauche, de 2 cm de grand axe, faisant corps avec la mandibule non adhérente à la peau en regard qui était d'aspect normal. Il n'existait pas de troubles sensitifs au niveau du territoire du V3. Par ailleurs, il n'y avait pas d'adénopathies cervicales.

* Correspondance : turkiymen@yahoo.fr

L'examen endobuccal n'était pas gêné par une limitation de l'ouverture buccale. Il montrait une tuméfaction comblant le plancher et le vestibule inférieur, étendue le long de la région symphysaire et parasymphysaire gauche (de la dent 32 à la 36), faisant 4 cm de grand axe, indolore et dure à la palpation, recouverte d'une muqueuse saine. Il existait une mobilité des dents 73 et 74 qui était vitale.

La radiographie panoramique montrait une image radio-claire hétérogène à limite relativement nette, étendue en regard des racines de la 36 jusqu'à la 42 soufflant le bord basilaire avec inclusion des dents 33 et 34. Il n'existait pas de rhizalyse associée (Fig. 1). L'examen tomодensitométrie révélait une image ostéolytique hypodense hétérogène au niveau de la symphyse et de la branche mandibulaire horizontale gauche, faisant 3,7 cm de grand axe, à contours festonnés bien tracés, soufflant les corticales externe et interne, avec rupture de cette dernière par endroit sans envahissement des parties molles adjacentes (Fig. 2).

Cet aspect radiologique faisait évoquer une pathologie odontogénique bénigne telle qu'un améloblastome, un kératocyste ou un odontoaméloblastome. Une pathologie tumorale maligne était aussi possible. L'indication d'une biopsie sous anesthésie générale a été posée, révélant le diagnostic de fibrome non ossifiant. Le patient a eu une énucléation du tissu tumoral, par voie d'abord vestibulaire inférieure, mettant en évidence une masse blanchâtre multilobée bien limitée mais non encapsulée érodant les corticales externe et interne et respectant le nerf alvéolaire inférieur gauche (Fig. 3). Les dents incluses 33 et 34 ainsi que les 73 et 74 ont été extraites. Devant la fragilisation du bord basilaire, une ligature d'Ivy a été réalisée et maintenue pendant trois semaines. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse a confirmé le diagnostic de fibrome non ossifiant. Il montrait une prolifération tumorale bénigne faite de fibroblastes réguliers agencés en faisceaux entrecroisés, prenant par endroits un aspect storiforme, sans formation de tissu osseux mais avec la présence de nombreuses calcifications (Fig. 4).

Discussion

Le fibrome non ossifiant fait partie d'une entité pathologique appelée fibrome central regroupant aussi le fibrome odontogénique et le fibrome desmoplastique. Ce dernier intéresse particulièrement les tissus mous et il est beaucoup plus agressif que le fibrome non ossifiant [2]. Certains auteurs considèrent cette affection comme une anomalie du développement osseux et non une croissance tumorale bénigne. Une ossification spontanée est classiquement observée en fin de croissance pour les localisations au niveau des os long [3]. Au niveau mandibulaire, le fibrome non ossifiant est considéré comme une tumeur bénigne retrouvée dans la littérature sous

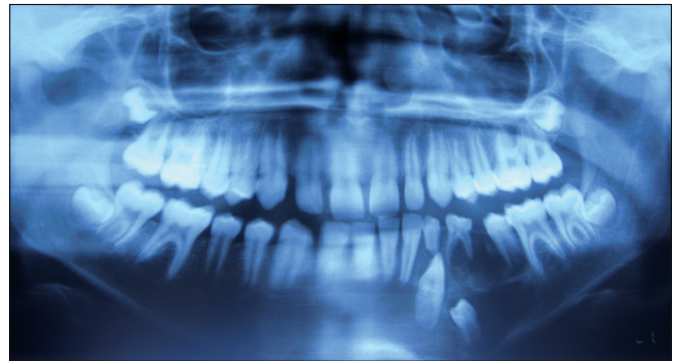


Fig. 1. Radiographie panoramique : image radio-claire hétérogène à contours nets avec inclusion dentaire.

Fig. 1. Panoramic radiography: bone defect picture with sharp edges and dental inclusion.



Fig. 2. TDM, coupe axiale : image hypodense, hétérogène avec soufflure des corticales interne et externe.

Fig. 2. CT Axial Image : hypodense and heterogeneous picture with removal of internal and external cortical.

différents synonymes qui sont : « le défaut fibreux métaphysaire », « le défaut cortical », « le xanthome fibreux », « le xanthogranulome histiocytaire ». Selon la classification histologique des tumeurs osseuses de la WHO (World Health Organization), le fibrome non ossifiant est considéré comme une lésion pseudotumorale. Cette terminologie variée coïncide avec une étiopathogénie non encore élucidée [4, 5].



Fig. 3. Abord vestibulaire inférieur. Masse compacte blanchâtre, érosion corticale externe sans atteinte nerveuse.

Fig. 3. Surgical approach: Compact whitish mass, with cortical erosion, without nerve damage.

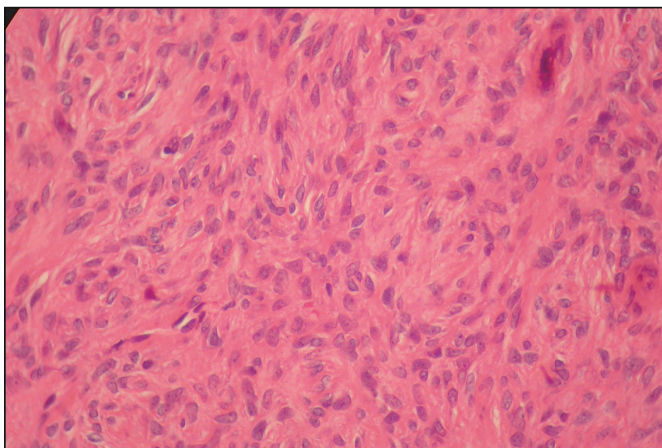


Fig. 4. Prolifération faite de cellules fusiformes disposées en faisceaux courts, sans atypie ni figure de mitose. Coloration HE.

Fig. 4. Prolifération faite de cellules fusiformes disposées en faisceaux courts, sans atypie ni figure de mitose. HE staining.

Le fibrome non ossifiant des os longs survient chez les enfants âgés de 4 à 8 ans, avec une prédominance masculine, contrairement au fibrome non ossifiant mandibulaire qui survient à un âge plus avancé (18,9 ans en moyenne), avec une prédominance féminine nette (10 femmes pour 1 homme) [1, 6].

Seulement 19 cas de fibrome non ossifiant de localisation mandibulaire ont été rapportés dans la littérature depuis 1964 [7], nous en rapportons le vingtième cas. L'atteinte maxillaire supérieure n'a jamais été rapportée. En ce qui concerne les localisations mandibulaires, les différents segments peuvent être atteints (symphyse, ramus, angle, condyle) [1, 7].

Les lésions fibreuses non ossifiantes peuvent être multiples, essentiellement mandibulaires, s'intégrant dans le cadre du syndrome de Jaffe Campanacci associant aussi des taches café au lait, un retard mental, un hypogonadisme, des anomalies cardiaques et oculaires congénitales [8].

Dans la majorité des cas, le fibrome non ossifiant est asymptomatique et constitue une découverte radiologique fortuite. Les patients peuvent se présenter avec un syndrome tumoral non spécifique avec des anomalies dentaires. La lésion radiologique est une image radioclaire excentrée, bien limitée, circulaire ou ovale, avec un aspect soufflé de la corticale amincie. La délimitation par rapport à l'os spongieux est nette avec un liseré scléreux, expression d'une évolution lente. La lésion est lobée et polycyclique de façon irrégulière. Concernant l'atteinte des os longs, le diagnostic est facilité par la localisation typique et l'aspect radiologique caractéristique rendant la biopsie inutile. Concernant le siège mandibulaire, vu la rareté de cette entité pathologique et la non-spécificité clinique et radiologique, le diagnostic est rarement évoqué en préopératoire. Ainsi d'autres diagnostics peuvent être plus fréquemment suspectés tels qu'un améloblastome, une tumeur à cellules géantes, un myxome, un fibrome desmoplastique, et même un fibrosarcome ou un sarcome d'Ewing [1, 9]. La biopsie s'avère nécessaire pour poser une décision thérapeutique adéquate. L'examen histologique retrouve un tissu conjonctif storiforme avec de nombreux fibroblastes. Il peut exister des cellules xanthomateuses qui dérivent des fibroblastes, et quelques dépôts d'hémossidérine. Le signe histologique important est l'absence de production osseuse. Des foyers de calcification peuvent être observés. La présence de cellules géantes multinuclées le différencie du fibrome desmoïde [10].

L'évolution spontanée du fibrome non ossifiant est marquée par la régression. En effet, le tissu fibreux défectueux fabriqué dans l'os sera ultérieurement remanié. La guérison est secondaire à l'ossification survenant à la fin de la croissance. Toutefois, il faut être vigilant devant la transformation maligne qui reste exceptionnelle mais possible [3, 9].

Ainsi, l'attitude thérapeutique est basée sur l'abstention et la surveillance clinique et radiologique. Toutefois, un geste chirurgical conservateur (énucléation, curetage) est nécessaire devant les larges fibromes non ossifiants responsables de déformation faciale ou de fracture pathologique. Notre patient a bénéficié d'une énucléation de la tumeur après confirmation du diagnostic grâce à une biopsie préopératoire. Il en est de même pour les cas rapportés dans la littérature [1]. Après 18 mois de surveillance, aucune récurrence n'a été observée.

Conclusion

Le fibrome non ossifiant de siège mandibulaire est une entité rarement décrite et sous-estimée devant la pauvreté de la symptomatologie clinique. Il est de découverte radiologique fortuite, sauf pour des lésions extensives, avec une lyse osseuse parfois importante orientant vers une pathologie maligne. La biopsie permet le diagnostic. Le traitement chirurgical conservateur est indiqué pour les tumeurs même extensives avec un retentissement fonctionnel et esthétique. L'abstention peut être préconisée pour les tumeurs de taille limitée car la régression spontanée du fibrome non ossifiant est la règle. Une surveillance régulière est nécessaire car une transformation maligne est exceptionnellement possible.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Bailey JS, Nikitakis NG, Lopes M, Ord RA. Non ossifying fibroma of the mandible in a 6-year-old girl: a case report and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 2001;59:815-818.
2. Ferguson JW. Central fibroma of the jaws. *Br J Oral Surg* 1974;12:205-218.
3. Siebenrocka K, Cserhatib M, Dutoitc M, Exnerd GU, Heftie F, Kaelinf A, et al. Le fibrome non ossifiant (FNO). *Forum Med Suisse* 2007;7:325-327.
4. Mizukawa N, Nishijima Y, Nishijima K. Metaphyseal fibrous defect (nonossifying fibroma) in the mandible: A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;26:129-130.
5. Schajowicz F, Ackerman LV, Sissons HA, et al. International histological classification of tumors (histological typing of bone tumors). World Health Organization, Geneva, 1993.
6. Huvos AG. Nonossifying Fibroma. In: *Bone tumors: diagnosis, treatment, and prognosis*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1979, p. 297-306.
7. Jafari A, Javadian Langaroodi A, Shokri A, et al. Maxillary Non-ossifying Fibroma. *J Dentomaxillofac Radiol Pathol Surg* 2013; 2:32-37.
8. Campanacci M, Laus M, Boriani S. Multiple non-ossifying fibromata with extraskelatal anomalies: A new syndrome? *J Bone Joint Surg Br* 1983;65:627.
9. Elzay RP, Mills S, Kay S. Fibrous defect (nonossifying fibroma) of the mandible. *Oral Surg* 1984;58:402-407.
10. Fisker AV, Philipsen HP. Desrnoplastic fibroma of the jaw bones. *Int J Oral Surg* 1976;5:285-291.