

FIBROME OSSIFIANT JUVENILE REVELE PAR UN TRAUMATISME

M. S. IRO, A.OUKEROUM, F. SLIMANI

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca. Université Hassan II. Ain Chock

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. Hôpital du 20 Août -CHU Ibn Rochd- Casablanca

Introduction

Le fibrome ossifiant juvénile (FOJ) est une tumeur fibro-osseuse bénigne rare [1] qui survient le plus souvent avant l'âge 15 ans. Il est d'évolution rapide et plus fréquent au niveau des sinus paranasaux et les maxillaires (90%) avec une légère prédominance masculine. Il est très agressif et de diagnostic difficile. Il peut simuler une tumeur maligne de par sa nature agressive et ostéolytique [2]. Selon la classification de l'OMS de tumeurs odontogènes 2005 on distingue deux variantes histopathologiques ; Fibrome ossifiant juvénile psammomatoïde (FOJP) et trabéculaire (FOJT) [3].

Observation

Patient âgé de douze ans sans antécédent pathologique connu, admis pour prise en charge d'un traumatisme facial par coup de sabot d'un cheval datant de deux semaines. L'examen clinique a noté une asymétrie faciale par tuméfaction jugale droite dure indolore faisant corps au maxillaire avec un bombement vestibulaire, sans signe inflammatoire, ni trouble sensitif et de l'oculomotricité. L'orthopantomogramme a montré une image ovale radiopaque maxillaire bien limitée. La tomodynamométrie faciale a révélé un processus centré sur l'os maxillaire droit hyperdense, hétérogène, comblant le sinus maxillaire, avec des calcifications, élargissement du maxillaire, la paroi antérieure soufflée, et une fracture du plancher de l'orbite. Le patient a bénéficié d'une exérèse complète de la tumeur sous anesthésie générale. L'histologie a objectivé un fibrome ossifiant. Il est mis sous surveillance pendant 6 mois sans récurrence.

Iconographie



Figure 1 :



Figure 2 :



Figure 3 :



Figure 4 :

Discussion

Le FOJ peut être défini comme une lésion en croissance active bien démarquée de l'os environnant qui est composé de tissu fibreux riche en cellules contenant des faisceaux de trabécules cellulaires ostéoides et osseuses sans ancrage ostéoblastique. Les cellules géantes peuvent être aussi présentes [1]. C'est une variante de la forme conventionnelle de fibrome ossifiant qui se caractérise par une agressivité locale plus marquée avec possibilité d'infiltration et de destruction osseuse. Il atteint volontiers les régions sinusiennes et para-sinusiennes, voire les orbites. L'atteinte peut être uni ou plurifocale. Cliniquement, il apparaît comme une tuméfaction indolore en rapport avec l'os atteint. Radiologiquement c'est une lésion bien limitée, à contours réguliers, de taille variable, pouvant déformer les structures osseuses. Son aspect dépend de son degré de développement et de la quantité de tissu fibreux. Au début, la lésion peut apparaître comme une image tissulaire ou pseudo-kystique avec peu de calcifications. A un stade plus avancé, elle devient plus dense. On distingue deux variantes histopathologiques FOJP et FOJT [3]. Le traitement classique et recommandé, est exclusivement chirurgical et consiste en une exérèse complète, afin d'éviter une récurrence qui est supérieure à celle du fibrome ossifiant conventionnel. L'étiologie du FOJ reste encore mal connue. Le présent cas est un FOJP de par son aspect épidémiologique et radiologique mais atypique du point de vue clinique avec une expansion très rapide de deux semaines alors que la durée moyenne d'apparition des symptômes est de 4 à 5 ans [6]. Il n'a pas été décrit à ce jour un cas associé à un traumatisme. Le mode de survenue pourrait s'expliquer par le fait le traumatisme ait donné un coup de pouce à la tumeur. Cependant on peut supposer que la corticale osseuse limite l'extension dans le temps de la tumeur qui reste circonscrite en intracorticale. Ce cas nous amène à émettre l'hypothèse que la fragilisation de la corticale est un facteur d'expansion du FOJ ou bien il existe un lien non déterminé avec le traumatisme.

Conclusion

Le FOJ est rare, agressif, de diagnostic difficile confondu souvent avec d'autres formes cliniques et d'autres pathologies. Il n'existe pas d'études axées sur son étiologie et sa pathogénie. Le présent cas nous exhorte à rechercher un éventuel lien avec les traumatismes.

Références

- [1] Maksoud C, Laujac MH, Princ G. Fibrome cémento-ossifiant ou dysplasie fibreuse? A propos d'un cas. Actual Odontostomatol 2000;54:287—92.
- [2] Wassef M. Lésions non odontogènes des mâchoires: lésion fibro-ossifiante. Bulletin de la division française de l'AIP 2006;44.
- [3] Smith SF, Newman L, Walker DM, Papadopoulos H. Juvenile aggressive psammomatoid ossifying fibroma: an interesting, challenging, and unusual case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67:200-6. doi: 10.1016/j.joms.2007.12.009. PubMed
- [4] Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;60:505—11.
- [5] Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer 1992;70:2988—94.
- [6] JORDAN D.R., FARMER J., DA SILVA V. — Psammomatoid ossifying fibroma of the orbit, Can J. Ophthalmol., 1992, 27: 194-196.