

FIBROME OSSIFIANT GEANT DE LA MANDIBULE CHEZ L'ADOLESCENT AU CENTRE NATIONAL D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO.

Giant Ossifiant Fibrome Of The Mandibule In The Adolescent At The National Center D'odonto-Stomatologie Of Bamako.

Kéita K¹, Kassambara A^{1,4}, Touré A^{1,4}, Ba A^{3,4}, Sidibé BS², Koita H^{1,4}, Diakité F¹, Togolo S¹, Coulibaly A^{1, 4}, Ba B⁴.

1 : Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU-CNOS Pr HT, Bamako-Mali ; **2** : Unité d'Anatomo-Pathologie du CHU-CNOS Pr HT, Bamako-Mali ; **3** : Service de Prothèse Amovible, CHU-CNOS Pr HT, Bamako-Mali ; **4** : Faculté de Médecine et Odontostomatologie, Bamako-Mali

Auteur correspondant : Dr Kadia KEITA, Praticienne hospitalière, Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS- Pr HT Bamako-Mali, **Tél** : (+223)63-11-19-49, **Email** : keitakadia@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Le fibrome ossifiant est une tumeur bien délimitée le plus souvent mais rarement encapsulée. Le choix du traitement radical ou conservateur constitue un défi pour le chirurgien maxillo-facial. L'objectif de cette observation était de décrire les particularités de la prise en charge d'un cas de fibrome ossifiant de la mandibule. **Observation** : Il s'agissait d'une patiente de 17 ans, ménagère avec un antécédent de césarienne qui a consulté pour une tuméfaction mandibulaire évoluant depuis 6 ans sans autre signe fonctionnel et sans altération de l'état général. L'examen exobuccal a mis en évidence une volumineuse tuméfaction symphysaire, recouverte d'une peau d'aspect sain, de consistance osseuse et faisant corps à la mandibule. A l'examen endobuccal, il y avait une tuméfaction vestibulaire allant de la 36 à la 45 recouverte d'une muqueuse d'aspect sain avec absence des dents 31, 32, 41, 42, 43 et une mobilité des dents 33,34. L'hypothèse d'une tumeur bénigne de la mandibule a été évoquée. La TDM maxillo-faciale a révélé une image hétérogène parsemée par endroit des zones d'hyperdensité avec soufflure de la corticale externe. Le traitement a consisté en une résection mandibulaire interruptrice par voie vestibulaire suivie d'une reconstruction transitoire à l'aide d'une endoprothèse. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à un fibrome ossifiant. L'évolution a été favorable, il n'y a pas eu de récurrence après un recul de 2 ans environ. **Conclusion** : Le traitement du fibrome ossifiant peut-être souvent mutilant. Il est discuté en fonction des caractéristiques cliniques et radiologiques de la lésion. **Mots clés** : Fibrome ossifiant, mandibule, chirurgie, Bamako

ABSTRACT

Introduction: Fibroma ossificans are usually well-defined tumours, but are rarely encapsulated. The choice of radical or conservative treatment is a challenge for the maxillofacial surgeon. The aim of this case report was to describe the particularities of the management of a case of ossifying fibroma of the mandible. **Case report**: The patient was a 17-year-old housewife with a history of caesarean section. She presented with a mandibular swelling that had been evolving for 6 years, with no other functional signs and no change in general condition. Exobuccal examination revealed a voluminous symphyseal swelling, covered by healthy-looking skin, with a bony consistency and forming part of the mandible. On endobuccal examination, there was a vestibular swelling extending from 36 to 45, covered by healthy-looking mucosa, with the absence of teeth 31, 32, 41, 42 and 43 and mobility of teeth 33 and 34. The hypothesis of a benign tumour of the mandible was raised. A maxillofacial CT scan revealed a heterogeneous image with local areas of hyperdensity and blowing of the external cortex. Treatment consisted of an interrupting mandibular resection via the vestibular approach, followed by transitional reconstruction using a stent graft. Histological examination of the surgical specimen revealed an ossifying fibroma. The outcome was favourable, with no recurrence after approximately 2 years. **Conclusion**: Treatment of ossifying fibroids can often be mutilating. It is discussed according to the clinical and radiological characteristics of the lesion. **Key words**: Ossifying fibroma, mandible, surgery, Bamako.

INTRODUCTION

Le fibrome ossifiant est une tumeur bien délimitée mais rarement encapsulée, faite d'un tissu fibreux renfermant en quantités variables du matériel minéralisé ressemblant à de l'os et/ou du ciment [1,2]. C'est une tumeur bénigne rare des maxillaires. La mandibule est beaucoup plus souvent atteinte que le maxillaire (80% des cas environ). Localisé préférentiellement dans les secteurs molaires et prémolaires, il est généralement découvert

durant la deuxième ou la troisième décennie, et touchent principalement les femmes [3, 4,5]. Le traitement des fibromes ossifiant est exclusivement chirurgical (Radical ou conservateur). La reconstruction après une chirurgie radicale constitue un véritable challenge pour le chirurgien maxillo-facial. L'objectif de cette observation était de décrire les particularités de la prise en charge d'un cas de fibrome ossifiant de la mandibule dans notre contexte.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 17 ans, ménagère qui a consulté le 30 novembre 2021 dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre National d'Odontostomatologie de Bamako pour une tuméfaction mandibulaire. Le début de la symptomatologie remonterait à 6 ans environ marqué par une tuméfaction mandibulaire sans autre signe fonctionnel associé augmentant progressivement de volume. Elle n'avait pas d'antécédent pathologique contributif en dehors d'une césarienne. Il n'y avait pas de notion d'intoxication alcoolotabagique. L'état général de la patiente était conservé avec un score de l'OMS = 0. L'examen exobuccal a mis en évidence une tuméfaction mandibulaire symphysaire, recouverte d'une peau d'aspect sain, de consistance osseuse et faisant corps à la mandibule, indolore (fig2). Il n'y avait pas de signe de Vincent ni d'adénopathie cervicale palpable. A l'examen endobuccal, il y avait une tuméfaction vestibulaire allant de la 36 à la 45 recouverte d'une muqueuse d'aspect sain avec absence des dents 31, 32, 41, 42, 43 et une mobilité des dents 33,34 (fig1).

L'hypothèse d'une tumeur bénigne de la mandibule a été évoquée.

La radiographie panoramique et la tomodynamométrie (TDM) maxillo-faciale ont permis de mettre en évidence une image ostéolytique hétérogène parsemée par endroit des zones d'hyperdensité avec soufflure de la corticale externe et rhizalyse des dents avoisinante (fig3,fig4). Le bilan d'opérabilité comportant une Numération Formule Sanguine, groupage rhésus, glycémie à jeun, créatininémie, taux de prothrombine, temps de céphaline activé est revenu sans particularités. L'intervention a été réalisée sous anesthésie générale avec intubation nasotrachéale et a consisté en une résection interruptrice mandibulaire allant de la dent 37 à la 46 par voie d'abord vestibulaire inférieur réalisant ainsi une perte de substance interruptrice de la mandibule de type I (fig5). La perte de substance a été reconstruite immédiatement à l'aide d'une endoprothèse en titane (fig6). Une glossopexie a été réalisée ainsi que la mise en place d'une sonde nasogastrique en fin d'intervention. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à un fibrome ossifiant.

Les suites opératoires ont été marquées par une douleur péri mandibulaire soulagée par les antalgiques paliers I et II, et l'inconfort lié à la sonde nasogastrique qui a été retirée à J4 post opératoire.

L'évolution a été favorable à moyen terme avec la correction de l'asymétrie faciale (fig7). Les troubles de l'élocution et de la mastication, se sont bien améliorés après la mise en place

d'une prothèse amovible à 8 semaines post-opératoire (fig 8).

Il n'y a pas eu de récurrence après un recul de 2 ans environ.

DISCUSSION

Le fibrome ossifiant est une tumeur bénigne qui ressemble radiologiquement à la dysplasie péri apicale du cément mais qui atteint une taille plus importante. La classification de ces lésions cémento-osseuses est restée longtemps controversée. Elles étaient décrites par certains auteurs avec les lésions odontogènes mais d'autres les groupaient avec les lésions osseuses dysplasiques ou tumorales [1]. Différentes évolutions dans la classification sont apparues au fil des années. Le fibrome ossifiant était subdivisé en deux entités histologiques en 1971 par l'OMS qui sont le fibrome ossifiant et le fibrome cémentifiant tenant compte de la quantité de tissus osseux ou de cément dans la lésion. Ces deux lésions ont été Regroupées en 1992 en fibrome cémento-ossifiant en raison de leur origine desmodontale et en 2005 c'est l'appellation fibrome ossifiant qui a été conservée (classification OMS 2005) [6,7].

Du point de vue fréquence, le fibrome ossifiant est une tumeur rare des maxillaires. La mandibule est beaucoup plus souvent atteinte que le maxillaire et localisé préférentiellement dans les secteurs molaires et prémolaires [4,2]. Cependant des localisations symphysaires ont été rapportées par certains auteurs [5]. Comme observé dans notre cas (fig1). Il est généralement découverte durant la deuxième ou la troisième décennie, et touchent principalement les femmes [4,5]. Ces données de la littérature concordent avec notre cas. Cliniquement la croissance est lente et asymptomatique [3,8] mais au fil du temps la lésion peut prendre un volume important et entraîner une déformation de la face [9] comme dans notre observation (fig2). Le volume important de ces tumeurs peut s'expliquer par le retard à la consultation. Les dents peuvent être déplacées précocement; elles restent vivantes [3]. Dans notre série les signes dentaires à type de mobilité et d'absence ont été observés également. La découverte peut être fortuite lors des examens radiologiques de routine ou réalisé pour d'autres motifs odontologiques [2, 10,15].

Sur le plan radiologique, l'aspect est variable en fonction du stade de développement. Au début la tumeur apparaît comme une lacune arrondie éventuellement polylobée qui se délimite le plus souvent nettement par rapport à l'os environnant. Plus tard des opacités apparaissent dans la radiolarité; ces opacités confluent progressivement et peuvent finalement former une masse importante très dense [3,11]. Dans notre observation l'image était ostéolytique, hétérogène avec une soufflure et amincissement des corticales (fig3, 4).

La résorption radiculaires (rhizalyse) bien que inhabituelles dans les fibromes ossifiant [12] a été retrouvé dans notre cas (fig4).

Le diagnostic de certitude est également difficile en raison de sa forte ressemblance histologique avec la dysplasie fibreuse [5,13, 14,]. Pour certains auteurs[8], le diagnostic de fibrome ossifiant doit être très souvent reposer sur des considérations épidémiologiques, cliniques et radiologiques, ce qui relativise la valeur de référence donnée à l'examen histopathologique et la notion de « diagnostic de certitude » qui lui est souvent inconsciemment associée.

Dans notre observation, l'examen histologique a retrouvé du tissu conjonctif très riche en fibroblastes, au noyau allongé, à chromatine tantôt dense sans atypies cyto-nucléaires marquée ni mitose. Il est parsemé de substances calcifiées prenant l'aspect de travées osseuses. Cet aspect histologique était compatible avec un fibrome ossifiant.

Du point de vu thérapeutique, deux méthodes chirurgicales peuvent être appliquées aux fibromes ossifiants: l'énucléation complétée ou non par le curetage qui s'applique au fibrome ossifiant de petite taille, la résection monobloc avec reconstruction osseuse pour les fibromes ossifiants de plus grande taille [14]. L'aspect radiologique de la corticale osseuse a aussi une importance capitale dans la décision thérapeutique. Dans notre cas, il a été réalisé une chirurgie radicale qui a consisté en une résection segmentaire. Contrairement à la plupart des études antérieures réalisées sur les fibromes ossifiants, il n'y a pas eu de résection osseuse [4, 5,15]. Notre attitude chirurgicale s'explique par les aspects cliniques de la lésion (la localisation mandibulaire, le volume important ayant entraîné la déformation osseuse) ainsi que l'ostéolyse et l'amincissement important de la corticale constaté sur la TDM (fig1, fig2, fig3, fig4).

Pendant ce type de résection segmentaire impose une reconstruction mandibulaire en raison des conséquences esthétiques et fonctionnelles qu'il engendre.

La reconstruction des mandibulectomies segmentaires est idéalement réalisée par les lambeaux libres et en particulier de fibula. Les limites de ces méthodes résident dans: leur coût qui est significativement plus élevé, est grevé d'une morbidité du site donneur et n'est pas accessible à toutes les équipes chirurgicales (durée opératoire, double équipe, réanimation...), ni à tous les patients (état général et vasculaire) [16]. Ainsi dans notre contexte, le recours aux anciennes méthodes de reconstruction telle que la reconstruction par endo-prothèse est une alternative. Ce qui a été le cas dans notre observation (fig6). Cette méthode a l'avantage d'être peu couteuse, accessible. Par ailleurs certains auteurs [16] signalent Les mauvais résultats fonctionnels de ces plaques de reconstruction mandibulaire. Dans notre cas, elle a permis la correction de l'asymétrie faciale (fig7) et les troubles phonatoires et masticatoires ont été améliorés après la mise en place d'une prothèse amovible partielle (fig8).

Le pronostic des fibromes ossifiant est bon [8, 14,15].Cependant une surveillance clinique et radiologique prolongée est nécessaire afin de détecter les cas rares de récives.

CONCLUSION : Le fibrome ossifiant est une tumeur bénigne rare. Son traitement est chirurgical et peut être souvent mutilant. Il est discuté en fonction des caractéristiques cliniques et radiologiques de la lésion. La récive est rare après un traitement chirurgical bien adapté.

REFERENCES

- 1- Kramer IRH, pindborgJJ, Shear M.Histological typing of odontogenic tumours. Word health organization international classification of tumours. Berlin Springer December1992 15; 70(12):2988-94.
- 2- Trijolet JP, Parmentier J, Sury F, Goga D, Mejean N, Laure B. Cemento-ossifying fibroma of the mandible.EurAnn Otorhino-laryngol Head Neck Dis 2011; 128:30-3.
- 3- Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cement-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas .All clinical and radiologic spectrum. Oral surg orl med, oral pathol oral radiol endod 1997;84: 540-549
- 4- Eboungabeka Trigo, E. R. M., Moussa, M., Bancolé Pognon, S. A., & Tamba, B. Le Fibrome Ossifiant des Maxillaires: à propos d'un cas. Health sciences ans disease, 2020 22(1).
- 5- Julie Guillet, Rémi Curien, François Maschino et Daniel Viennet. Fibromes ossifiants des maxillaires: des pièges diagnostiques. Med buccale Chir buccale volume20, number 2 avril 2014. Page (2)129-134
- 6- Wood NK, Goaz P. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. Mosby edition, St Louis, 1997, p. 328-29.
- 7- Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (Eds.).World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARC Press ed., Lyon, 2005, p. 284-323.
- 8- Bruno Courtois, Carlos Madrid, Damien Duran, Marie-Pierre Labadie. Fibrome cémento-ossifiant du maxillaire: difficultés pour le diagnostic différentiel et la classification. Médecine buccale chirurgie buccale VOL. 10, N° 1 2004 page 21.
- 9- Javier Silvestre-Rangil, Francisco Javier Silvestre. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. J Clin Exp Dent. 2011; 3(1):66-9.
- 10- Tahiri. I, Mahdoufi. R, Abada. L. R, Rouadi. S, Roubal. M, Mahtar.M. Fibrome ossifiant de la mandibule : à propos de 3 cas. Le courrier du dentiste juillet 2016
- 11- Areanas M, Crespo-Pinilla JI, Alvarez-Otero R, Espeso-Ferrero A, Verrier-Hernandez A.Fibroma cement osificante gingival mandibular. Presentacion de un caso. Med Oral 2004; 9:176-9.
- 12- Márcia de Andrade, Yara Teresinha and Corrêa Silva-Sousa.Ossifying Fibroma of the Jaws: A Clinicopathological Case Series Study.Brazilian Dental Journal (2013) 24(6): 662
- 13- Nabih O, Medaghri Alaoui O, Benyahya I. Fibrome ossifiant ou dysplasie fibreuse : difficulté

de diagnostic clinique, radiologique et histologique. EDP Sciences, 20156302016

14- [R Mithra](#), [Pavitra Baskaran](#), and [M Sathyakumar](#). Imaging in the diagnosis of cemento-ossifying fibroma : A case series. J Clin Imaging Sci 2012 ; 2 :52

15- Khadidja. Moukram, S. Haitami, I. ben Yahya. Fibrome ossifiant : A propos d'un cas clinique. Actualités tunisiennes d'odontologie Avril 2017 Vol 7, N°1, P 2-5.

16- F. Jegoux, C. Bedfert, N. Almo, G. Le clech, G. Daculsi. Reconstruction mandibulaire en cancérologie : état actuel et perspectives. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale, June 2009 Volume 126, Issue 3, 138-148.



Figure 1 : Aspect endobuccal montrant une tuméfaction mandibulaire antérieure



Figure 2 : vue de profil

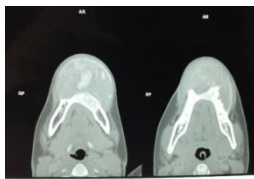


Figure 3 : TDM coupe axiale montrant une image hétérogène



Figure 4 : TDM 3D montrant une ostéolyse la symphyse et du corpus gauche



Figure 5 : Aspect per opératoire



Figure 6 : Reconstruction par maxi plaque



Figure 7 : aspect post opératoire



Figure 8 : Restauration prothétique