

FRAUKE BERRES-WEHRLE¹
 KHALED MUKKADAM²
 DANIEL BAUMHOER³
 MICHAEL M. BORNSTEIN¹

¹ Clinique de santé et médecine bucco-dentaires (OHM), Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle UZB, Université de Bâle

² Clinique de chirurgie orale, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle UZB, Université de Bâle

³ Centre de référence des tumeurs osseuses et registre de référence DÖSAK à l'Institut de Génétique médicale et de Pathologie, Hôpital universitaire de Bâle, Université de Bâle

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. med. dent.
 Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB)
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 Tél. +41 61 267 25 45
 E-mail:
 michael.bornstein@unibas.ch

LAYOUT

Département multimédia,
 zmk berne

BIBLIOGRAPHIE

HEITHERSAY G S, MUSU D, COTTI E: External tooth resorption associated with a peripheral odontogenic fibroma: review and case report. *Aust Dent J* 62(4): 516-522 (2017).
 RITWIK P, BRANNON R B: Peripheral odontogenic fibroma: A clinicopathologic study of 151 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 110(3): 357-363 (2010).
 SANTOSH A B R, OGLE O E: Odontogenic tumors. *Dent Clin North Am* 64(1): 121-138 (2020)
 VAN HEERDEN W F P, KUSAMA K, NEVILLE B W: Odontogenic fibroma In: El-Naggar A K, Chan J K C, Grandis J R, Takata T, Sloatweg P J (Hrsg): WHO classification of head and neck tumours. WHO/IARC classification of tumors. 4th edition. IARC Press, Lyon, 228 (2017)

Fibrome odontogène périphérique de la mâchoire supérieure chez un patient de 26 ans

MOTS-CLÉS: Fibrome odontogène périphérique, tumeurs odontogènes mésenchymateuses, diagnostic, traitement

Le fibrome odontogène périphérique (FOP) est une tumeur bénigne rare, constituée d'une prolifération de cellules fibroblastiques fusiformes matures avec inclusion variable d'îlots épithéliaux odontogènes. Il peut survenir aussi bien dans la mâchoire supérieure que dans la mâchoire inférieure. De manière générale, on distingue en fonction de la localisation un type périphérique/extraosseux (FOP) et un type central/intraosseux (FOC), le type périphérique étant un peu plus fréquent. Selon la classification OMS actuelle des tumeurs de la tête et du cou (2017), le FOP fait partie des tumeurs odontogènes mésenchymateuses bénignes. Cliniquement, le FOP se présente comme une protrusion tissulaire solide à croissance lente, le plus souvent asymptomatique, que l'on trouve principalement dans la région antérieure de la mâchoire supérieure et la région postérieure de la mâchoire inférieure. La présentation clinique est parfois difficile à distinguer d'autres tumeurs de la gencive de genèse différente (par exemple le granulome pyogène, différentes formes d'épulis ou encore l'améloblastome périphérique), ce qui complique le diagnostic différentiel purement clinique. L'examen histopathologique est donc indispensable pour poser un diagnostic fiable. Dans le cas présent, la lésion est constituée d'une prolifération monomorphe de cellules fusiformes d'aspect mature dans une trame riche en fibres de collagène. Des calcifications focales

peuvent être présentes et apparaissent, également à l'examen radiologique, comme des zones de minéralisation d'aspect pointillé. L'ablation chirurgicale du FOP est nécessaire, et les récives ne sont pas rares. Cependant le pronostic est excellent, il n'a pas été rapporté de cas de dégénérescence maligne.

Dans le cas présent, un patient de 26 ans s'est présenté chez son médecin-dentiste privé pour l'évaluation et le traitement d'une protrusion tissulaire circonscrite dans la région 13 (fig. 1). Selon l'anamnèse, cette altération est présente depuis environ un an et son volume a augmenté progressivement. Par ailleurs, les antécédents médicaux du patient étaient sans particularité, et il ne prenait aucun médicament. Les profondeurs de sondage de la dent 13 et des dents adjacentes présentaient des valeurs dans les limites de la normale. La radiographie (fig. 2) n'a montré aucune altération pathologique des structures dentaires et osseuses. La lésion a été enlevée in toto par laser CO₂ et envoyée pour examen histopathologique (fig. 3). L'examen histopathologique a montré l'image typique d'un FOP, avec de nombreuses inclusions de cellules épithéliales odontogènes (fig. 4 et 5). La guérison de la plaie s'est réalisée sans complication. Le contrôle à six mois n'a pas montré de récive (fig. 6). Cependant, le patient sera suivi médicalement une fois par an en raison du risque potentiel de récive.



Fig. 1 L'examen intraoral a montré une protrusion tissulaire palatine rosâtre, à surface focalement plissée, au niveau de la dent 13.



Fig. 2 Le contrôle par une radiographie unitaire ne montre pas de résorptions dentaires clairement reconnaissables ni d'autres modifications des structures dentaires et osseuses.



Fig. 3 La lésion a été enlevée in toto par laser CO₂, et la surface de la plaie a été recouverte de pâte adhésive dentaire Solcoseryl. Le tissu prélevé a été envoyé pour examen histopathologique.

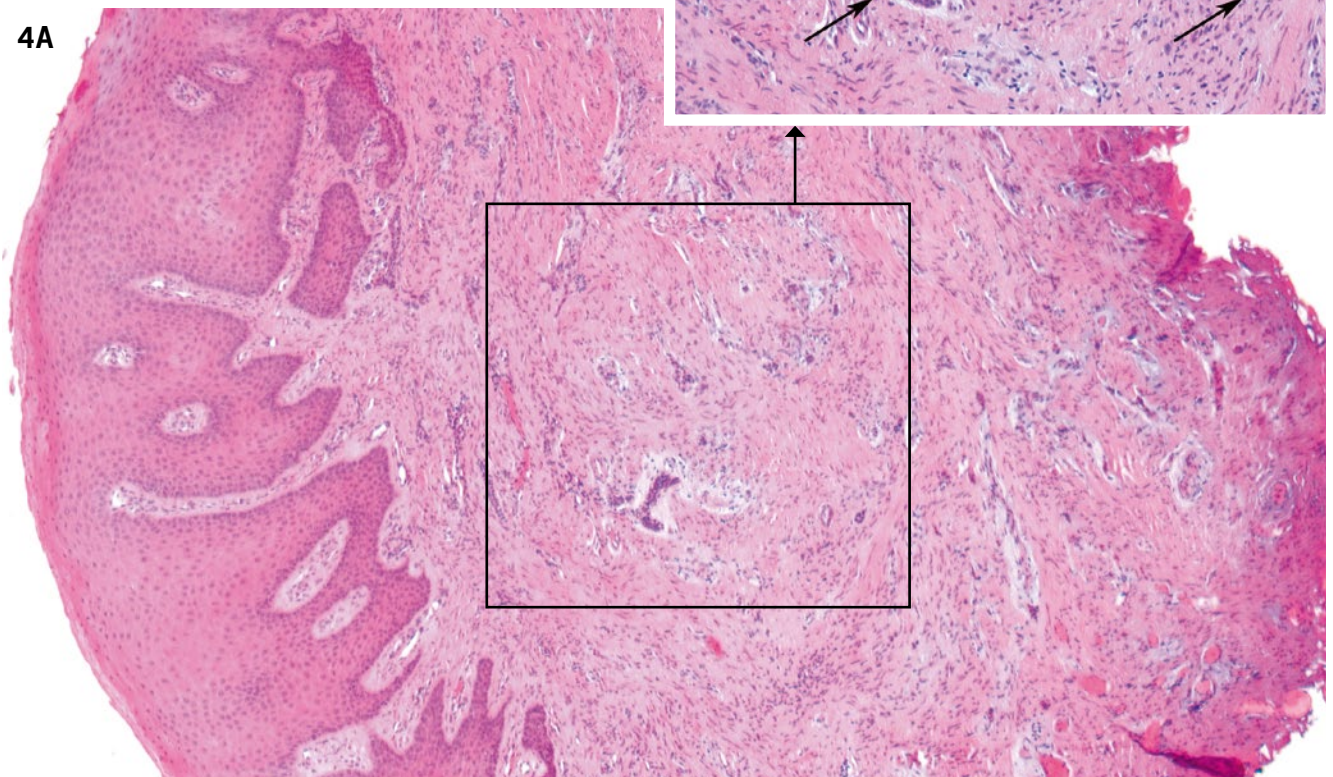
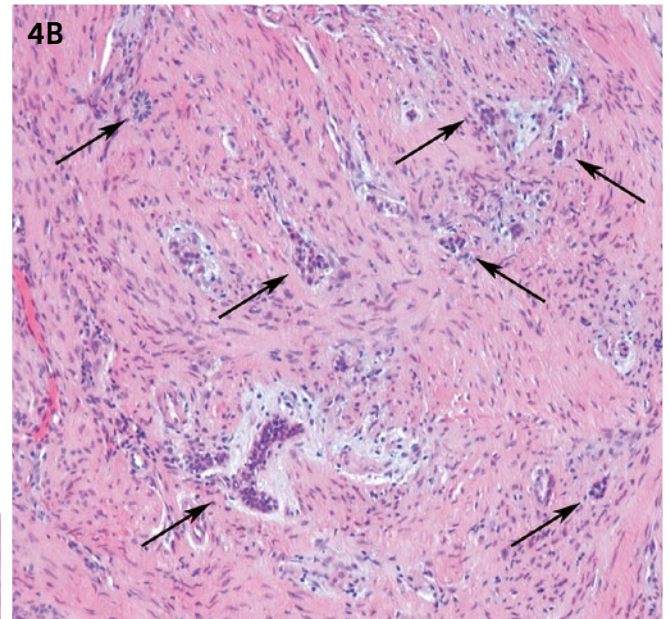


Fig. 4A Une vue d'ensemble à faible grossissement montre une prolifération clairsemée de cellules fusiformes sur un fond riche en fibres de collagène, sous un épithélium squameux élargi, d'aspect réactionnel.

Fig. 4B À plus fort grossissement, des îlots d'épithélium odontogène sont visibles, répartis de façon diffuse (flèches).

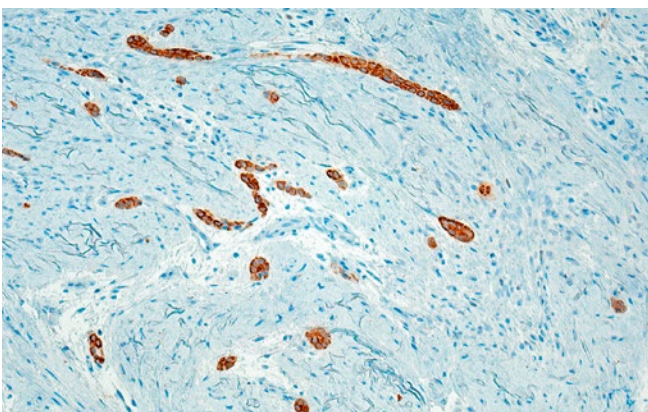


Fig. 5 La réaction immunologique contre la pan-cytokératine (CK22) met en évidence de manière impressionnante les formations épithéliales odontogènes incluses dans le tissu.



Fig. 6 Situation clinique lors du suivi six mois plus tard. Il n'y a aucun signe de récurrence.