

PRISE EN CHARGE D'UN FIBROME ODONTOGÉNIQUE AU MAXILLAIRE CHEZ UN PATIENT DÉFICIENT MENTAL.

MANAGEMENT OF A MAXILLARY ODONTOGENIC FIBROID IN A MENTALLY DEFICIENT PATIENT.

Auteurs

DIATTA M¹,
TAMBA B¹,
KABA A²,
KANE M¹,
BA A¹,
KOUNTA A¹,
GASSAMA BC¹,
DIA TINE S¹

Services

1- Service de Chirurgie Buccale,
Département d'Odontologie,
Université Cheikh Anta Diop de
Dakar (UCAD) / Sénégal
2- Spécialiste en Chirurgie
Buccale, Service de Stomatologie
du Centre Médico-chirurgical
Interarmées du Bataillon du
quartier Général de Conakry,
Guinée

Correspondance

Dr DIATTA Mamadou
Maître-assistant au service de
chirurgie buccale
E-mail : diattamap@gmail.com
ou diattamap@hotmail.fr

RÉSUMÉ

Le fibrome odontogénique est une tumeur mixte maxillo-mandibulaire rare provenant de la prolifération du mésenchyme odontogène mature. Cette tumeur peut survenir à tout âge avec une prévalence plus élevée entre la deuxième et la sixième décennie de la vie et touchant le plus souvent la femme. Sa localisation rare, rencontrée chez un patient déficient mental, associée à un abord chirurgical particulier, ont motivé le rapport du présent cas clinique pris en charge au service d'odontostomatologie de l'hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar au Sénégal. La prise en charge s'est réalisée sous anesthésie générale et les suites opératoires étaient bonnes. Dans nos pays, une nécessité de surveillance de la santé bucco-dentaire des patients avec déficience mentale s'impose. Du fait de la négligence parfois des parents, cela permettra une détection précoce de lésions pour une prise en charge rapide afin de prévenir les complications futures.

Mots-clés : Fibrome odontogénique, Maxillaire, Déficience mentale, Prise en charge

ABSTRACT

Odontogenic fibroid is a rare maxillo-mandibular mixed tumor derived from the proliferation of mature odontogenic mesenchyma. This tumor can occur at any age with a higher prevalence between the second and sixth decade of life and most often affecting the woman. Its rare location encountered in a mentally deficient patient associated with a particular surgical approach motivated the report of this clinical case handled in the odontostomatology department of the Idrissa Pouye General Hospital in Dakar at Sénégal. The management was carried out under general anesthesia and the surgical suites were good. In our countries, there is a need to monitor the oral health of patients with mental disabilities, due to the sometimes neglect of parents, allowing early detection of injuries for rapid management in order to prevent future complications.

Keywords: Odontogenic Fibrome, Maxillary, Mental Deficiency, Management

INTRODUCTION

Le fibrome odontogénique est une tumeur mixte maxillo-mandibulaire pouvant survenir à tout âge. Sa prévalence est plus élevée entre la deuxième et la sixième décade de la vie avec une prédilection féminine ^[1,2]. Il s'agit d'une tumeur bénigne odontogène rare provenant de la prolifération du mésenchyme odontogène mature et représentant 1 à 5% de toutes les tumeurs bénignes maxillo-mandibulaires ^[2, 3-5]. Sa localisation rare rencontrée chez un patient déficient mental associée à un abord chirurgical particulier ont motivé le rapport du présent cas clinique pris en charge au service d'odontostomatologie de l'hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar au Sénégal.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 34 ans, dans un état de déficience mentale selon son accompagnant, sans suivi médical depuis plus de six ans, menuisier de profession mais non actif, adressé par un dentiste au service d'odontostomatologie de l'hôpital général Idrissa Pouye de Dakar. Il présentait une tuméfaction de la région postérieure du maxillaire gauche, recouverte d'une peau d'aspect normal, évoluant depuis plus de 4 ans.

L'anamnèse avait rapporté des antécédents de douleurs dentaires, au niveau de la région concernée, calmée par la prise d'antalgiques. Depuis presque trois ans, une tuméfaction génienne haute augmentant progressivement de volume avait été notée par les parents. Malgré son état de déficience mentale, le patient était calme et coopérant avec une bonne hygiène corporelle. Aucune prise médicamenteuse en rapport avec son état dépressif n'avait été signalée par les parents et le patient répondait aux questions qui lui sont posées.

L'examen exo-buccal avait montré une asymétrie faciale liée à la présence d'une tumeur génienne haute gauche recouverte d'une peau d'aspect normal et comblant le sillon naso-génien (figure 1). La palpation a découvert une tumeur indolore, de consistance ferme, non mobilisable et faisant corps avec l'os. L'examen des articulations

temporo-mandibulaires et des aires ganglionnaires était sans particularité.



Figure 1 : Vue exo-buccale montrant une asymétrie faciale

L'examen endobuccal a fait constater une hygiène bucco-dentaire déficiente associant tartre et polycaries. La denture était de type adulte, incomplète avec absence des dents 18, 17, 37,38, 47,48. La tumeur était bourgeonnante, non ulcérée, bilobée, s'étendant de la 25 à la région tubérositaire du maxillaire gauche et comblant le vestibule. Elle mesurait environ 45 mm x 25 mm et était recouverte d'une muqueuse d'aspect sain avec quelques zones inflammatoires, des calcifications mobiles par endroits, et elle gardait l'empreinte des dents antagonistes (figure 2).



Figure 2 : Vue endo-buccale montrant une tumeur bourgeonnante bilobée, en bissac avec des calcifications par endroits

A la palpation, la tumeur était ferme, indolore, saignant peu au contact par endroits et légèrement mobile.

Le diagnostic supposé au terme de l'examen clinique était en faveur d'une tumeur d'allure bénigne odontogène du maxillaire.

Pour mieux apprécier l'étendue et les rapports de la tumeur avec les structures anatomiques de voisinage, la tomodynamométrie avait été demandée.

En coupe axiale, la tomodynamométrie a montré une image iso dense bien limitée localisée du côté gauche du maxillaire et rehaussée après injection de produit de contraste avec une ostéolyse alvéolo-dentaire intéressant les dents 26, 27 et 28 (figure 3).

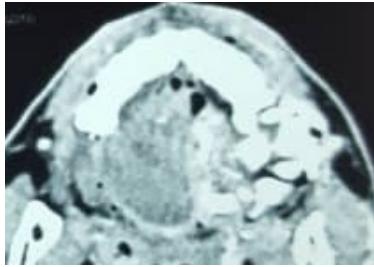


Figure 3 : TDM en coupe axiale montrant une image isodense bien limitée localisée au maxillaire gauche rehaussée après injection de produit de contraste avec une ostéolyse alvéolo-dentaire intéressant les dents 26, 27, 28.

En coupe frontale, un effet de masse tumorale inhomogène de l'hémi-maxillaire gauche était noté avec un léger refoulement de la langue déviée vers la droite. Un discret épaissement muqueux en cadre du sinus maxillaire gauche était objectivé (figure 4).

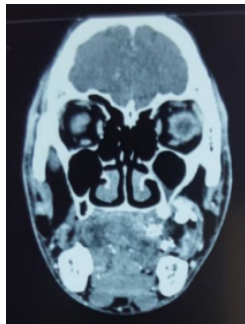


Figure 4: TDM en coupe frontale montrant une masse isodense bien circonscrite localisée au maxillaire gauche.

Au terme des examens clinique et paraclinique, les signes étaient en faveur d'une tumeur bénigne odontogène maxillaire postérieure côté gauche.

La décision thérapeutique, en accord avec les parents, vu la taille et l'état psychique du patient, était l'exérèse chirurgicale sous anesthésie générale pour des raisons de confort et de sécurité. L'intervention a été réalisée sous anesthésie générale.

Après une infiltration d'anesthésique avec vasoconstricteur au niveau de la base tumorale, une traction de la tumeur à l'aide d'un point transfixiant par un fil de suture 2.0 a été réalisée. Ensuite, une incision, en-dessous du fil de suture, à la jonction tumeur-muqueuse saine avait été réalisée à l'aide d'une lame N°15 montée sur un manche de bistouri N°3. Enfin un décollement progressif, à l'aide d'un décolleur de Molt a permis l'exérèse complète de la tumeur (figure 5).

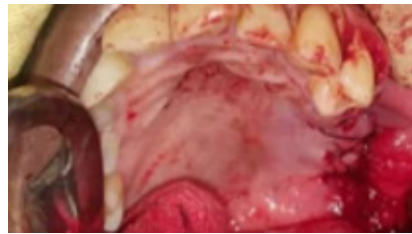


Figure 5: Vue endo-buccale après sutures

Les dents 25, 26, 27 et 28 étaient incluses dans la pièce opératoire de forme prismatique mesurant 45 mm x 25 mm x 5 mm.

Une régularisation des crêtes a été réalisée avec une pince gouge, suivie de la révision de la plaie opératoire et du rinçage au Dakin et au sérum physiologique. A l'aide de compresses stériles, une compression manuelle a été faite pour assurer l'hémostase.

Des points de suture simples en O séparés ont été réalisés à l'aide du fil de soie non résorbable permettant de maintenir fermé le site opératoire (figure 6).



Figure 6: Pièce opératoire mesurant 45 x 25 x 5 mm

La prescription postopératoire était à base :

- d'antibiotique (Amoxicilline 1g) à raison de 2g par jour pendant une semaine
- d'antalgique (Paracétamol 1g) à raison de 1g toutes les 6 heures jusqu'à la disparition des douleurs.

- d'anti-inflammatoire stéroïdien (Prednisolone 1mg/kg/j pendant 3 jours

- d'antiseptique buccal à base de Chlorhexidine 0,1%, après l'intervention, à commencer 24 heures en gargarisme après chaque repas pendant une semaine.

La pièce opératoire (figure 7) a été mise dans un flacon contenant du liquide de conservation (formol) et envoyée au laboratoire pour un examen anatomopathologique.

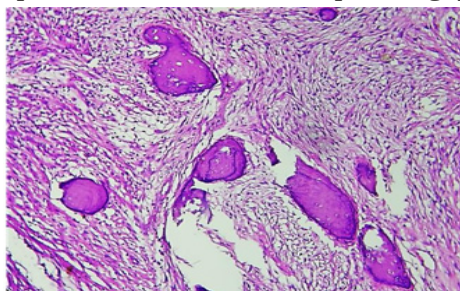


Figure 7: Prolifération fibro- osseuse avec épithélium odontogène interposé par les calcinations ovoïdes. Hématoxyline éosine x 150.

Les suites opératoires étaient simples et les fils de suture déposés deux semaines après. L'examen anatomo-pathologique avait montré des fragments tissulaires sous forme d'une prolifération tumorale fibro-osseuse bénigne ulcérant la muqueuse malpighienne et remaniée par un tissu de granulation avec des lamelles osseuses épaissies différenciées (figure 8).

COMMENTAIRES

Le fibrome odontogénique est une tumeur dérivée de tissu mésenchymateux préférentiellement rencontrée le plus souvent au niveau des régions molaires mandibulaires et incisivo-canines maxillaires [3, 5, 6]. Dans la présente observation, la tumeur a été décrite dans la région molaire maxillaire, localisation très rare [2,7]. Selon Montini [8], le délai de



Figure 8: Vue endo-buccale à 6 mois de contrôle postopératoire

Le diagnostic histologique était un fibrome odontogénique.

Des contrôles ont été effectués à J1, J3, J7 puis 15 jours après l'intervention et aucune complication n'a été notée. A six mois postopératoire, les suites étaient satisfaisantes.

La symétrie faciale était retrouvée avec la présence du sillon naso- génien (figure 9).



Figure 9: Vue exo-buccale à un 6 mois de contrôle postopératoire.

Aucun signe de récurrence n'a été noté et une réhabilitation prothétique a été proposée aux parents du patient.

consultation est variable pouvant atteindre quatre ans. Un délai de plus de quatre ans a été rapporté dans cette présente étude. Cela pourrait s'expliquer par l'état psychique du patient et la négligence des parents. De plus, l'évolution lente des tumeurs bénignes associée à l'absence de symptomatologies seraient des facteurs qui ont favorisé le retard de consultation jusqu'à l'apparition de gênes

fonctionnelles et/ou esthétiques dues à l'augmentation de taille de la lésion [9-12].

Dans la présente observation, le diagnostic clinique été difficile du fait de la présence de la tumeur sur un site rare où prédominent souvent l'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires et le cylindrome [1,13]. Cependant, les informations recueillies lors de l'examen physique ont été en faveur d'une tumeur bénigne odontogène. De plus, l'aspect isodense nette et bien limitée avec les lyses dentaires observées à la tomodynamométrie était en faveur d'une tumeur d'allure bénigne odontogène [6, 11,14,15].

Vu la taille et la position de la tumeur associées à l'état psychique du patient, la décision thérapeutique en accord avec les parents était l'exérèse sous anesthésie générale. En effet, la prise en charge des tumeurs de grande taille de la cavité buccale localisée dans la région postérieure se fait sous anesthésie générale pour des raisons de confort et de sécurité au cours de l'intervention [2, 6,16]. La mise en place du packing permet d'éviter le passage de tissus ou de liquide dans les voies aériennes supérieures et dans l'œsophage. De plus, l'infiltration de solution anesthésique avec vasoconstricteur à la base de la tumeur a permis de réduire le saignement permettant ainsi une bonne visibilité du site opératoire. Pour éviter la lésion d'éléments anatomiques se trouvant dans la zone tels que les nerfs et vaisseaux grand et petit palatins mais également la boule de Bichat, un fil de suture a été utilisé pour serrer la base de tumeur permettant de soulever les lobules lors de l'incision pour l'exérèse. Après l'exérèse le recours à l'examen anatomo-pathologique a été indispensable pour infirmer ou confirmer le diagnostic positif [2,3]. Dans les cas de fibrome odontogénique, l'examen histologique rapporte un tissu composé de collagènes denses matures entremêlés de fibroblastes et de fibrocytes avec parfois un épithélium odontogène inactif pouvant être présent dans les brins ou les nids [2,3,7,16,17].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) deux types histologiques existent dont celui riche en épithélium appelé « type complexe » et celui pauvre en épithélium appelé « type simple » [7]. La présente observation était en faveur d'un fibrome odontogénique de type complexe.

Après exérèse une surveillance continue est nécessaire bien que rare de récurrences peuvent survenir [8,15,18]. Pour amoindrir les risques de récurrence, dans la présente observation vu l'état psychique du patient, une exérèse étendue à la partie osseuse jouxtant la tumeur avec avulsion des dents en rapport a été effectuée comme recommandé par Laurent [19].

Par ailleurs, l'état dépressif du patient associé au manque de volonté des parents n'avaient pas permis un suivi correct, en effet la réhabilitation prothétique nécessaire pour rétablir la mastication et la phonation leurs a été proposée mais ils n'ont pas voulu l'honorer. La non-assistance et la négligence des parents face à une personne dépossédée de ses capacités mentales sont à déplorer. Ces types de patients devraient bénéficier d'une couverture médicale permettant de leur garantir un suivi régulier avec une prise en charge adaptée.

CONCLUSION

Une surveillance de la santé bucco-dentaire des patients avec déficience mentale doit être de rigueur pour une détection précoce de lésions de la cavité buccale afin de les prendre en charge rapidement. Elle nécessite la collaboration entre parents, psychiatres et professionnels de la santé bucco-dentaire pour un suivi régulier des patients présentant un état psychique instable. Le retard dans la prise en charge des tumeurs bénignes va favoriser une évolution vers des formes volumineuses dont l'exérèse très mutilante entraîne des pertes de substances importantes difficiles à réhabiliter.

RÉFÉRENCES

1. CHANDRASHEKAR C, SEN S, NARAYANASWAMY V, RADHAKRISHNAN R. A curious case of central odontogenic fibroma: A novel Perspective. *J Oral Maxillofac Pathol* 2018; 22:S16-S19.
2. KABIRAJ A, SINGH A, KHAITA J, JAISWAL A. Odontogenic fibroma of the maxilla – an atypical presentation. *Iran J Pathol* 2016; 11(5): 435-438.
3. CORREA FM, SOUZA LL, PAULA HP, GELVAO FM, SILVA PF, REBELO HA. Central odontogenic fibroma: an updated systematic review of cases reported in the literature with emphasis on recurrence influencing factors. *J Cranio-maxillofac Surg* 2018; 46(10):1753 -1757.
4. JULIANA LS, MARIANO HC. Odontogenic fibroma WHO – type simulating periodontal disease : report of a case. *J India Soc Periodont* 2014; 18 (1) : 85 – 87.
5. SANTERO A, PANNOME G, RAMAGLIA L, BUFO P, SEO YK, KANG JH, LEE SR. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report with diagnostic consideration. *Ann of Med and Surg* 2016; 5: 14 –18.
6. BANDURA P, SUTTER W, MEIER M, BERGERS, TURHANI D. Large mandibular central odontogenic fibroma documented over 20 years: a case report. *Int J Surg* 2017; 41: 481-488.
7. KARIMA EH, ABDELLIAH O, WAFAC EW. Central odontogenic fibroma of the maxilla. *J India Dent* 2015; 6(4): 217- 220.
8. MONTINI CL, CASTELLON A, BASILI R. Peripheral odontogenic fibroma: case report and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015; 34 (1):11-81.
9. SEO YK, KANG JH, LEE SM, CHOIY S, HWANG EH, OH SH. Diagnostic considerations in central odontogenic fibroma of maxilla: 2 cases reports. *Imag Sci in Dent* 2019; 49:229- 234.
10. MUSHA A, YOKOO S, TAKAYAMA Y, SATO H. Clinicopathological investigation of odontogenic in tuberous sclerosis complex. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2018 ,30 : 30 -35.
11. CHROCANOVIC B, BRENNAN P, RAHIMIS, GOMEZ R. Ameloblastic fibroma and ameloblastic fibromasarcoma. a systematic review. *J Oral Pathol Med* 2018; 47(4): 315 – 325.
12. DIA TINE S, DIATTA M, TAMBA B, BA A, KANE M, GASSAMA BC, KOUNTA A, NIANG P, KEBE N F, NIANG CAM. Kyste épidermoïde du plancher de la bouche: à propos d'une observation. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2016; 23 (2): 19-23.
13. JOHN M, WRIGHT, EDWARD W, ODELL L, PAUL M. Odontogenic Tumors, WHO 2005 : where do we go from here. *Head and Neck Pathol* 2014; 8 : 373 – 382.
14. LIN HP, CHEN HM, VUCH, YANG H. Odontogenic fibroma: a clinicopathological study of 15 cases. *J Form Med Assoc* 2011; 10: 27 – 35.
15. PERON JM, HARDY H. Tumeurs odontogéniques mixte (Mixed odontogenic tumors). *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2009; 110(4): 217- 220.
16. HARTI KL, OUJILAL A, WADY OW. Central odontogenic fibroma of maxilla. *Indian J Dent* 2015; 6(4); 217 –220.
17. BARNES L, EVERSON JW, REICHAR P, SIDRANSKY D. WHO international histological classification of tumors. *IARC Press* 2005; 9: 284-319.
18. AMAS JM, HUNTER KD, JENKINS W. Odontogenic fibroma: an unusud presentation. *J Oral Maxillofac Pathol* 2018; 12 (1) :68 -71.
19. LAURENT G, PIERRE S, HERVE B. Techniques en chirurgie maxillofaciale et plastique de la face. *Paris : Springer Verlag* 2010; 33-37.