

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le [7 juillet 2016]

Par Missoum RAMDANI

Né le 03 août 1991 à Rosny Sous Bois (093) - France

LE FIBROME OSSIFIANT PERIPHERIQUE : A PROPOS D'UN CAS

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Hervé BOUTIGNY-VELLA
Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Béatrice LOUVET

Président de l'Université	:	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens PENEL	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G.
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento- faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE Pédiatrique	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation de mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux Membres du jury...

Monsieur le Professeur Guillaume Penel

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

C.E.S d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-section Sciences Biologiques

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury,
Pour l'engagement que vous tenez au sein de cette faculté
et pour l'énergie que vous nous communiquez
dans le domaine de la recherche.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde
et respectueuse reconnaissance
pour m'avoir permis de mener à bien ce travail.

Monsieur le Professeur Hervé BOUTIGNY-VELLA

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD

Sous section Parodontologie

Pour avoir m' avoir fait l'honneur de participer à ce jury.

Pour votre disponibilité et l'enseignement

que vous prodiguez à vos étudiants.

Pour la compétence et l'humanisme dont vous faites preuve

avec chacun de vos patients.

Je vous remercie.

Madame le Docteur Béatrice LOUVET

Praticien hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Odontologiste Attaché des Services de Consultations et de Traitement Dentaires

Chargé d'Enseignement, Sous section de Chirurgie Buccale, Pathologie, Thérapeutique Dentaire

Maîtrise des Sciences Biologiques et médicales

D.E.A des Sciences de la Vie et de la Santé

D.U de Criminalistique-Paris V

D.U de Réparation Juridique du Dommage Corporel-Paris V

D.U de Dermato-Vénérologie de la Muqueuse buccale-Paris V

D.U de Cancérologie des VADS-Lyon 1

Master II de Droit de la Santé appliqué à l'Expertise en Odontolo-Stomatologie

Expert près la Cour d'Appel de Douai

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ce projet.

Pour m'avoir accompagné et guidé avec tant de sympathie

et de bienveillance tout au long de ce projet

Pour votre aide précieuse, votre disponibilité

vos encouragements et votre profonde gentillesse.

Pour la qualité de l'enseignement

et le goût de la chirurgie que vous m'avez transmis.

Un mot résume ma gratitude : merci.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

**Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier des
CSERD**

Sous section de Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Pour avoir accepté de porter un jugement sur ce travail.

Pour l'intérêt que vous nous avez donné

lors de vos enseignements.

Soyez assurée de toute ma sympathie

et de tout mon respect.

TABLE DES MATIERES :

1	Le fibrome ossifiant périphérique	15
1.1	Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires	15
1.1.1	Définition :.....	15
1.1.2	Caractéristiques des tumeurs bénignes des maxillaires :	15
1.1.3	Classification des tumeurs bénignes des maxillaires :	17
1.2	Démarche diagnostique	20
1.2.1	Interrogatoire :	20
1.2.1.1	Etat civil :	20
1.2.1.2	Le motif de consultation :	20
1.2.1.3	L'examen exobuccal :	21
1.2.1.3.1	Inspection :	21
1.2.1.3.2	Palpation :	21
1.2.1.3.3	Etude de l'innervation faciale :	22
1.2.1.4	L'examen endobuccal :	23
1.2.1.4.1	Observation :	23
1.2.1.4.2	Palpation :	24
1.2.1.4.3	Percussion :	24
1.2.1.4.4	Test thermique :	24
1.2.1.5	Diagnostic radiologique :	24
1.2.1.6	En conclusion :	25
1.3	Epidémiologie du Fibrome Ossifiant Périphérique	25
1.3.1	Prévalence	26
1.3.2	Age de survenue.....	27
1.3.3	Sex ratio.....	27
1.3.4	Facteurs ethniques	27
1.3.5	Localisations des fibromes ossifiants périphériques.....	28
1.4	Etiopathogénie	30
1.4.1	Le rôle central du desmodonte	30
1.4.2	L'histogénèse du fibrome ossifiant périphérique	31
1.4.3	Le facteur favorisant hormonal.....	31
1.5	Aspect macroscopique du fibrome ossifiant périphérique	34
1.6	Aspects histologiques	34
1.6.1	Rappels sur la biopsie.....	34
1.6.2	Aspects microscopiques du fibrome ossifiant périphérique.....	36
1.7	Difficultés de classification	37
1.7.1	Terminologie	37
1.7.2	Classification histologique.....	38
1.8	Formes cliniques du fibrome ossifiant périphérique	39
1.9	Aspects radiologiques	42
1.9.1	Rappels sur les examens radiologiques :	42
1.9.2	Les clichés intra-buccaux :	42
1.9.3	Le maxillaire défilé :	43
1.9.4	La radiographie panoramique :	43
1.9.5	Le scanner ou tomодensitométrie :	43
1.9.6	Le Cone Beam :	44
1.9.7	L'imagerie par Résonance Magnétique :	45
1.9.8	Aspects radiographiques du fibrome ossifiant périphérique :	45
1.9.8.1	Aspect du fibrome ossifiant périphérique à la radiographie panoramique :	45
1.9.8.2	Aspect du fibrome ossifiant périphérique à la radiographie rétro-alvéolaire :	45
1.9.8.3	Image du fibrome ossifiant périphérique au scanner :	48
1.9.8.4	Aspect du fibrome ossifiant périphérique à l'I.R.M :	49
1.10	Diagnostic différentiel	51
1.10.1	Diagnostic différentiel clinique :	52

1.10.2	Diagnostic différentiel radiologique :	52
1.10.3	Diagnostic différentiel histologique :	53
1.11	Traitements	55
1.12	Suites opératoires	58
1.12.1	Les douleurs post-opératoires :	58
1.12.2	La récurrence :	58
1.12.3	Les défauts muco-gingivaux :	59
1.12.3.1	Le lambeau déplacé coronairement :	60
1.12.3.2	Le lambeau déplacé latéralement :	60
1.12.3.3	La greffe épithélio-conjonctive :	61
1.12.4	La greffe de conjonctif enfoui :	61
2	Présentation du cas clinique	64
	Résumé	64
2.1	Introduction	64
2.2	Présentation du cas	64
2.2.1	Motif de consultation :	64
2.2.2	L'interrogatoire :	65
2.2.3	Examen clinique :	65
2.2.3.1	L'examen exobuccal :	65
2.2.3.2	L'examen endobuccal :	65
2.2.4	Examen complémentaire :	66
2.2.4.1	La radiographie rétroalvéolaire :	66
2.2.4.2	La radiographie panoramique :	67
2.2.5	Le traitement chirurgical :	67
2.2.6	Compte-rendu de l'examen anatomopathologique :	68
2.2.7	Suites opératoires et suivi	68
2.2.7.1	Prescription post-opératoire :	68
2.2.7.2	Suivi post-opératoire :	69
2.2.8	Conclusion du cas clinique :	71
2.3	Discussion	71
3	Conclusion :	73
	Table des illustrations :	74
	Index des tableaux :	77
	Bibliographie :.....	78

1 Le fibrome ossifiant périphérique

1.1 Rappels sur les tumeurs bénignes des maxillaires

1.1.1 Définition :

Les tumeurs bénignes des maxillaires sont des lésions très fréquentes qui peuvent provoquer des dégâts considérables au niveau osseux si elles ne sont pas diagnostiquées précocement par le chirurgien dentiste qui est en première ligne pour leur dépistage.

Le terme tumeur aussi appelé néoplasme qualifie « toute néoformation tissulaire (plus ou moins volumineuse) qui ressemble au tissu normal homologue adulte ou embryonnaire aux dépens duquel elle s'est développée, qui a tendance à persister et à s'accroître et qui échappe aux règles biologiques de la croissance et de la différenciation cellulaire » (1).

Une tumeur est pleine (elle est constituée de formations tissulaires), au contraire d'un kyste qu'on qualifie de pseudo-tumeur et qui se définit par « une cavité pathologique qui présente un contenu liquide, semi-liquide ou aérique et qui n'est pas formée par l'accumulation de pus. Il est bordé d'un épithélium qui est soit continu, soit discontinu » (2).

1.1.2 Caractéristiques des tumeurs bénignes des maxillaires :

Les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes. Elles sont désignées sous le terme de bénigne quand :

- elles sont limitées : elles refoulent les tissus voisins sans s'y intégrer, sans les détruire et reproduisent le tissu d'origine.

- elles sont asymptomatiques, de découverte fortuite ou alors les symptômes sont non algiques (tuméfactions, déplacements dentaires ou résorptions radiculaires externes).

- elles ne produisent pas de métastase.

- dans la majorité des cas, elles ne récidivent pas après exérèse totale même si certaines tumeurs qualifiées de bénignes ont un pouvoir récidivant.

D'un point de vue anatomo-clinique et anatomo-pathologique, les tumeurs bénignes du maxillaire sont des tuméfactions indolores, à évolution lente qui se développent selon les phases suivantes (3).

- phase de latence : la tumeur se trouve située profondément dans l'os, sans donner de signes cliniques ; c'est la radiographie qui fait le dépistage le plus souvent fortuitement.

- phase de déformation : c'est l'apparition d'une voussure de consistance dure sur l'une des tables osseuses qui en est le signe révélateur et déterminant. Au maxillaire, cette voussure est le plus souvent vestibulaire, parfois palatine ; à la mandibule, elle est vestibulaire.

- phase d'extériorisation : l'os est très aminci ou complètement détruit par la tumeur qui l'a refoulé.

- phase de complication parfois : la tumeur de consistance molle est directement sous muqueuse ; elle peut se fistuliser et s'infecter.

D'un point de vue étiologique, les tumeurs des maxillaires peuvent être d'origine odontogène c'est à dire qu'elles proviennent de l'organe dentaire ou le plus souvent des résidus embryologiques de l'organe dentaire. Ces tumeurs odontogènes fabriquent un ou plusieurs tissus constitutifs de la dent (émail, dentine, ciment). Les tumeurs bénignes des maxillaires peuvent être aussi non odontogènes et n'ont pas de rapport avec l'organe dentaire (4).

1.1.3 Classification des tumeurs bénignes des maxillaires :

Ces tumeurs propres aux maxillaires, constituent un groupe hétérogène tant sur le plan radiologique qu'évolutif. Classiquement, ces tumeurs bénignes peuvent être en rapport avec l'organe dentaire : elles sont qualifiées de tumeur bénigne odontogène.

La classification majoritairement et universellement admise est la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (5). La première classification publiée date de 1971 et incluait les tumeurs odontogènes, les kystes odontogènes et les lésions associées.

En 1992, une nouvelle édition est publiée. Le cadre reste inchangé avec les trois grandes divisions :

- « néoplasmes et autres tumeurs liés à l'appareil odontogénique »
- « néoplasmes et autres tumeurs liés à l'os »
- « kystes épithéliaux ».

Cependant, les connaissances sur les origines et les interactions avec les tissus odontogènes se sont améliorées. Les tumeurs liées à l'appareil odontogénique ont en commun des analogies avec telle ou telle étape morphogénétique de l'ébauche dentaire. Ainsi, admet-on leur distinction en trois groupes (6) :

- les tumeurs odontogéniques épithéliales, sans induction de l'ectomésenchyme odontogénique dont la structure rappelle l'organe de l'émail du bourgeon dentaire et dont l'améloblastome constitue l'exemple le plus fréquent.
- les tumeurs odontogéniques mixtes, épithéliales et conjonctives, avec ou sans formation de matériel dentaire minéralisé comme le fibrome et le fibro-odontome améloblastique.
- les tumeurs odontogéniques mésenchymateuses, tels que le fibrome et le myxome qui renferment inconstamment quelques inclusions d'épithélium odontogénique au sein d'un tissu conjonctif tumoral prédominant.

Tableau 1 : *Classification histologique des tumeurs odontogéniques, seconde édition 1992, d'après Kramer et al. (7).*

1. Néoplasmes et autres tumeurs liés à l'appareil odontogénique

1.1 Bénin

1.1.1 Epithélium odontogénique sans ectomésenchyme odontogénique

1.1.1.1 Améloblastome

1.1.1.2 Tumeur squameuse odontogénique

1.1.1.3 Tumeur épithéliale odontogénique calcifiante (tumeur de Pindborg)

1.1.1.4 Tumeur odontogénique à cellules claires

1.1.2 Epithélium odontogénique avec ectomésenchyme odontogénique, avec ou sans formation de tissu dentaire dur

1.1.2.1 Fibrome améloblastique

1.1.2.2 Fibrodentinome améloblastique (dentinome) et fibro-odontome améloblastique

1.1.2.3 Odontoaméloblastome

1.1.2.4 Tumeur odontogénique adénomatoïde

1.1.2.5 Kyste odontogénique calcifiant

1.1.2.6 Odontome complexe

1.1.2.7 Odontome composé

1.1.3 Ectomésenchyme odontogénique avec ou sans épithélium odontogénique inclus

1.1.3.1 Fibrome odontogénique

1.1.3.2 Myxome (myxome odontogénique, myxofibrome)

1.1.3.3 Cémentoblastome bénin (cémentoblastome, cémentoblastome vrai)

1.2 Malin

1.2.1 Carcinome odontogénique

1.2.1.1 Améloblastome

1.2.1.2 Carcinome intraosseux primaire

- 1.2.1.3 Variants malins d'autres tumeurs épithéliales odontogéniques
 - 1.2.1.4 Transformations malignes de kystes odontogéniques
 - 1.2.2 Sarcomes odontogéniques
 - 1.2.2.1 Fibrosarcomes améloblastiques (ou sarcome améloblastique)
 - 1.2.2.2 Fibrodentinosarcome améloblastique et fibro-odontosarcome améloblastique
 - 1.2.3 Carcinosarcome odontogénique
2. Néoplasmes et autres lésions liées à l'os
- 2.1 Néoplasmes ostéogéniques
 - 2.1.1 Fibrome cémento-ossifiant (fibrome cémentifiant, fibrome ossifiant)
 - 2.2 Lésions osseuses non néoplasiques
 - 2.2.1 Dysplasie fibreuse de la mandibule
 - 2.2.2 Dysplasie cémento-osseuse
 - 2.2.2.1 Dysplasie périapicale cémentoïde (dysplasie fibreuse périapicale)
 - 2.2.2.2 Dysplasie cémento-osseuse floride (cémentome géantiforme, cémentomes familiale multiple)
 - 2.2.2.3 Autres dysplasies cémento-osseuses
 - 2.2.3 Chérubisme
 - 2.2.4 Granulome central à cellules géantes
 - 2.2.5 Kyste osseux anévrisimal
 - 2.2.6 Kyste osseux solitaire (traumatique, simple, kyste osseux hémorragique)
 - 2.3 Autres tumeurs
 - 2.3.1 Tumeur neuroectodermale mélanique infantile

La dernière classification des tumeurs bénignes odontogènes de l'O.M.S a été publiée en 2005 dans *Pathology and Genetics. Head and Neck Tumors*. Dans celle-ci, les kystes odontogènes ont été éliminés (5). D'après la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1992, le fibrome ossifiant périphérique est inclus dans le groupe des tumeurs bénignes non odontogéniques (8).

1.2 Démarche diagnostique

1.2.1 Interrogatoire :

L'objectif principal de l'interrogatoire est de rassembler les informations pertinentes. Le praticien doit aussi reconnaître l'influence des facteurs sociaux, économiques et culturels sur la nature même des problèmes du patient.

La communication est la clé du succès : le chirurgien-dentiste doit pouvoir poser librement ses questions qui doivent être bien comprises et adaptées aux connaissances médicales du patient.

Une anamnèse complète doit être menée soit par un interrogatoire oral ou écrit. Il faut procéder selon un ordre logique et poser des questions pertinentes.

1.2.1.1 Etat civil :

Il comporte les informations générales telles que la date et le lieu de naissance, le sexe, la profession, le statut familial et les coordonnées du patient ainsi que celles du médecin traitant.

1.2.1.2 Le motif de consultation :

Le motif de consultation est un élément qui permet d'apprécier l'attente du patient. Il peut être de nature esthétique, de contrôle, de gêne ou douloureux. Les symptômes ou troubles fonctionnels ressentis subjectivement par le patient sont recueillis et détaillés. L'histoire de la maladie et la chronologie des faits sont très importants (y compris la recherche d'un éventuel facteur déclenchant).

Les répercussions sur l'état général : asthénie, amaigrissement, fièvre, équilibre psychique sont analysées.

La recherche d'antécédents familiaux et personnels médicaux et chirurgicaux doit être entreprise car ces éléments peuvent être en rapport avec le trouble actuel.

L'interrogatoire se termine par un recueil des données concernant les habitudes de vie du patient : les traitements médicaux en cours, une éventuelle intoxication alcoolo-tabagique.

1.2.1.3 L'examen exobuccal :

Il doit se faire méthodiquement et permet la recherche de troubles fonctionnels, l'évaluation des marges tumorales (quand celles-ci sont palpables), la consistance et la température locale. Il a aussi pour but d'apprécier une éventuelle modification de la sensibilité tactile de la face.

1.2.1.3.1 Inspection :

L'inspection permet de déceler des anomalies comme la présence de masse ou d'asymétrie. La sphère cervico-faciale s'apprécie étage par étage selon trois incidences principales : face, profil et axiale.

Les téguments, la posture de la tête et du cou et la motricité de la face devront être analysés.

1.2.1.3.2 Palpation :

La palpation est l'utilisation du toucher pour confirmer les données recueillies à l'inspection. Le praticien exécute une compression directe des tissus mous contre les tissus durs sous jacents.

La palpation permet d'apprécier :

- la présence de douleurs provoquées, diffuses ou exquises dont l'intensité peut être chiffrée (échelle visuelle analogique).
- les téguments avec notamment la température et la mobilité par rapport aux plans sous jacents.
- les tissus sous jacents : les tissus sous cutanés, musculaires et ganglionnaires en précisant en cas de tuméfaction la consistance (de type osseux lors d'ostéome, rénitente lors de tumeur ou au contraire fluctuante lors de collection purulente), la mobilité par rapport au plan profond et la présence d'un thrill palpatoire.
- l'état des reliefs osseux : décalage, ressaut ou mobilité anormale.

- les aires ganglionnaires cervicales : consistance, changement de texture, compressibilité, température et sensibilité des ganglions lymphatiques.
- les articulations temporo-mandibulaires : bruits, trajets condyliens, craquement, ressaut.

1.2.1.3.3 Etude de l'innervation faciale :

La recherche d'un trouble sensitivo-moteur facial doit être systématique dans de nombreux domaines comme les traumatismes, les pathologies buccales au sens large du terme ou encore en cancérologie. Tout déficit moteur ou sensitif doit être précisé au patient et clairement noté dans le dossier et à plus forte raison avant une intervention chirurgicale afin que ce déficit ne soit pas associé au geste opératoire.

L'exploration de la sensibilité des tissus de la face permet de dépister d'éventuelles paresthésies. Ces troubles neuro-sensitifs pourraient être consécutifs à une compression ou une infiltration nerveuse, elles-mêmes liées à un processus tumoral.

Pour rappel, la sensibilité de la face est assurée par le nerf trijumeau, il se divise en trois branches, définissant trois dermatomes :

- le nerf ophtalmique V1 : pour la cornée et la région fronto-naso-palpébrale supérieure.
- le nerf maxillaire V2 : pour la partie supérieure des joues, la pyramide nasale, les paupières inférieures, les muqueuses naso-sinusiennes ainsi que les dents maxillaires.
- le nerf mandibulaire V3 : il se divise rapidement en nerf lingual (hémi langue), nerf buccal (face interne des joues) et nerf alvéolaire inférieur (dents mandibulaires, région mentonnière et labiale inférieure).

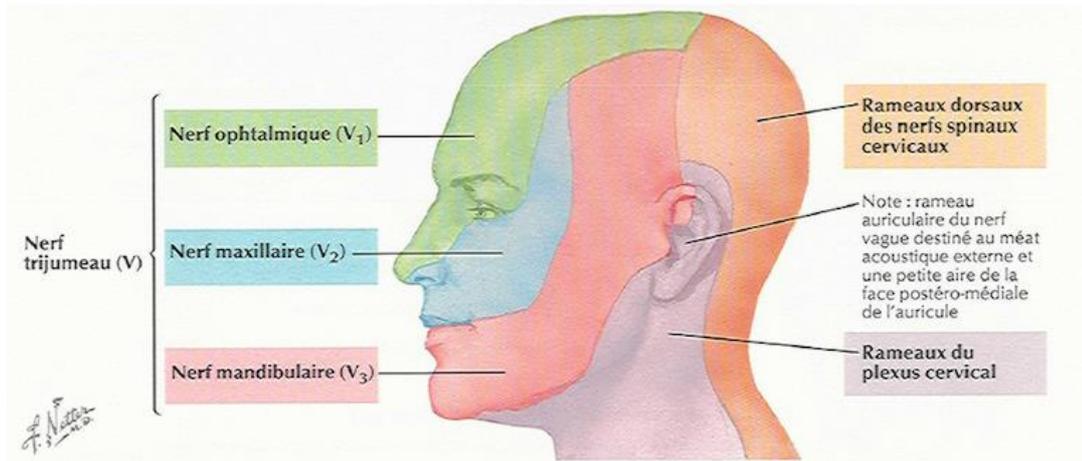


Figure 1 : Topographie dermatome du trijumeau ; d'après Netter (9)

Pour l'innervation motrice, l'existence d'une paralysie faciale périphérique peut-être le signe d'une compression par une tumeur.

1.2.1.4 L'examen endobuccal :

L'examen endobuccal prendra en compte l'examen dentaire global et une inspection des muqueuses. Le patient est installé confortablement sur un fauteuil d'examen. L'équipement devra être adapté (éclairage de bonne qualité, instrumentation spécifique type abaisse-langue, miroirs, sonde).

1.2.1.4.1 Observation :

Le praticien observe l'aspect général des tissus mous (palais, face interne des joues, face dorsale de la langue). Il recherche d'éventuelles lésions muqueuses, tuméfactions ou zones d'inflammation. Le patient tire la langue pour une inspection de l'oropharynx (pilier du voile, luette et paroi postérieure du pharynx). L'abaisse langue sera utilisé pour exposer le plancher antérieur et latéral et il permettra de déplisser la face interne des joues et des vestibules et d'effacer le volume lingual afin d'apercevoir l'oropharynx.

Il évaluera aussi l'amplitude d'ouverture buccale, la régularité du trajet d'ouverture de bouche et l'existence de troubles de l'occlusion.

Le chirurgien-dentiste réalise aussi le schéma dentaire et relève les anomalies de nombre, de forme et les restaurations apparentes du patient.

1.2.1.4.2 Palpation :

La palpation endobuccale comporte deux manœuvres :

- une palpation bidigitale avec le pouce et l'index pour l'examen de la langue, la muqueuse jugale et les lèvres.
- une palpation bimanuelle pour l'examen du plancher de bouche.

1.2.1.4.3 Percussion :

La percussion se fait à l'aide du manche d'un instrument métallique. Elle peut être axiale ou transversale pour localiser une dent douloureuse, ankylosée ou une inflammation parodontale.

1.2.1.4.4 Test thermique :

Le test thermique doit être réalisé en cas de doute sur la vitalité d'une dent. Il s'effectue à l'aide d'une boulette de coton, imbibée de tétrafluoroéthane, appliquée sur une dent séchée au préalable.

1.2.1.5 Diagnostic radiologique :

L'absence fréquente de signes physiques et le développement des tumeurs au cœur même du tissu osseux rendent l'investigation et l'interprétation radiologique primordiales.

En effet, l'analyse radiologique de la lésion tumorale permet la détermination tridimensionnelle de ses dimensions, de sa morphologie et de ses caractères radiologiques ainsi que son extension et ses rapports avec les éléments anatomiques du voisinage.

Le diagnostic radiologique tiendra compte :

- de l'âge et de l'état dentaire du sujet
- de la topographie de l'image
- du caractère unique ou multiple de la zone lacunaire (mono ou polygédique)

- de la présence ou non de cloison
- du contour de l'image : bordure nette (souligné d'une ligne épaisse ou fine) ou bordure floue (aux contours nuageux et irréguliers)
- de l'état des structures de voisinage (résorption radiculaire externe, sinus, nerf alvéolaire inférieur)
- de la présence ou non d'autres localisations même à distance des maxillaires.
- de la tonalité de l'image :

- radio opaque traduisant une composante odonto, cémento ou ostéoformatrice de la lésion

- radio claire (plus fréquent) preuve du caractère ostéolytique de la tumeur.

- plus rarement mixte, signant d'autant mieux le caractère odontogénique de la tumeur.

1.2.1.6 En conclusion :

A partir de ces différentes observations, tests et radiographies, le chirurgien-dentiste évaluera l'amplitude d'ouverture buccale. Il repèrera l'existence ou non d'éventuelles tuméfactions, la présence d'ulcérations ou de fistules. Il recherchera les signes d'une lésion osseuse sous-jacente en repérant les dents nécrosées ou douteuses, les dents mobiles, les déplacements dentaires ainsi que les troubles des rapports intermaxillaires et de l'occlusion.

Ainsi, l'examen clinique demeure l'étape initiale déterminante du diagnostique. Un examen minutieux et bien orienté, à la recherche d'éléments déterminants permet d'aboutir à une meilleure hypothèse diagnostique et par conséquent à une prise en charge du patient plus efficace.

1.3 Epidémiologie du Fibrome Ossifiant Périphérique

1.3.1 Prévalence

Il existe une grande variété de tumeurs bénignes des maxillaires.

La classification des tumeurs bénignes des maxillaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1992 reconnaît 14 tumeurs bénignes odontogènes et 25 tumeurs non odontogènes soit un total de 39 tumeurs différentes (10).

Parmi les tumeurs bénignes des maxillaires, les tumeurs bénignes non odontogènes représentent un peu plus de 13% des tumeurs bénignes des maxillaires (4).

Le fibrome ossifiant périphérique est qualifié de tumeur bénigne non odontogène des maxillaires. Il est retrouvé dans 3,1% des tumeurs orales et représente de 2 à 9% de toutes les lésions gingivales (8).

Le fibrome ossifiant périphérique représente parmi les lésions réactives hyperplasiques la troisième lésion la plus commune avec le granulome pyogénique et le granulome central à cellules géantes.

Dans leur étude sur 92 lésions gingivales hyperplasiques biopsiées entre 2000 et 2014, Trushnegg et al. diagnostiquent histologiquement principalement :

- 32,6% de fibromes ossifiants périphériques,
- 29,3% de fibromes
- 13,1% de granulomes centraux à cellules géantes
- 8,7% de granulomes pyogéniques (11).

Sur 2439 lésions gingivales réactionnelles biopsiées, Zhang et al. retrouvent 431 cas de fibromes ossifiants périphériques soit un total de 17% pour ce type de lésion gingivale (12).

Les lésions réactives peuvent être vues principalement dans les os cranio-faciaux et il y en a 2 types : central et périphérique. Le fibrome ossifiant central a pour origine l'endoste et s'étend de l'espace médullaire de l'os. Le fibrome ossifiant

périphérique a quant à lui pour origine les cellules du ligament parodontal et ne s'étend pas.

1.3.2 Age de survenue

Cette lésion a un pic d'incidence entre la 2^{ème} et la 3^{ème} décennie et survient à un âge moyen de 28 ans (13). Une analyse combinée de 3 études rapporte que 79,6% des fibromes ossifiants périphériques sont diagnostiqués avant 40 ans et 58,6% avant 30 ans (14)(15)(16). Le pic d'incidence est légèrement plus précoce chez les hommes que chez les femmes (Figure 1).

De manière exceptionnelle, 2 cas de fibromes ossifiants périphériques présents dès la naissance ont été rapportés dans la littérature (17)(18).

1.3.3 Sex ratio

La prévalence est plus importante chez les femmes que chez les hommes avec un sex-ratio de 3 pour 1 (19).

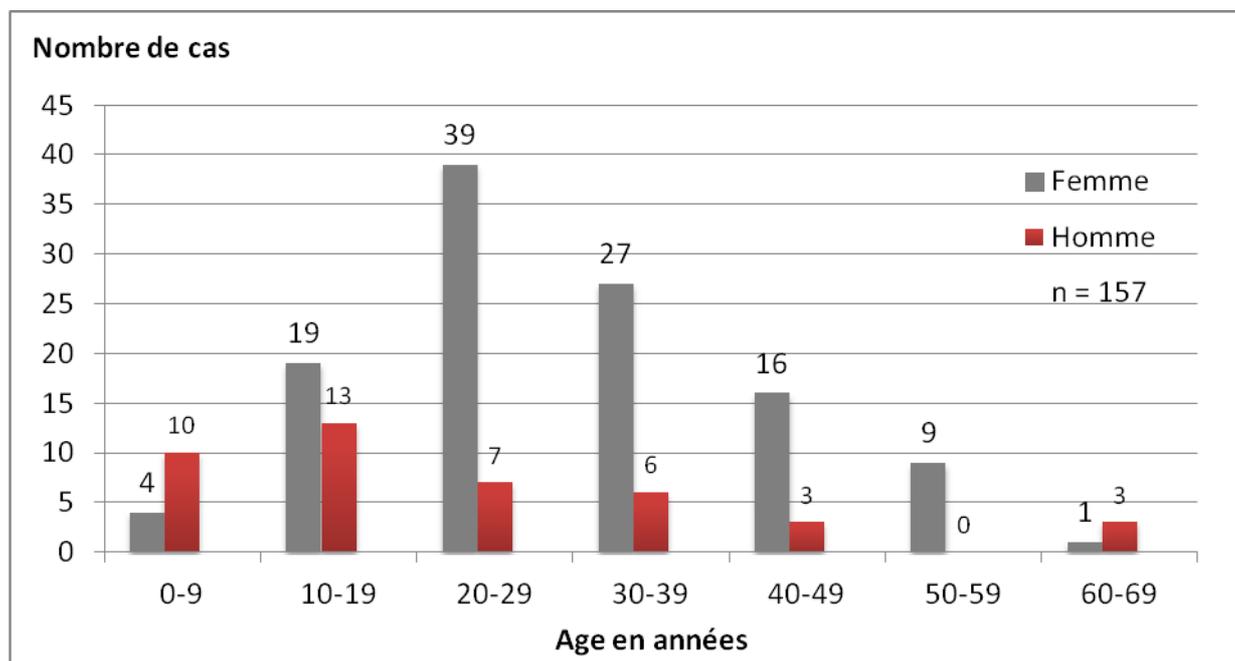


Figure 2 : incidence des fibromes ossifiants périphériques selon l'âge, d'après Reichart (19).

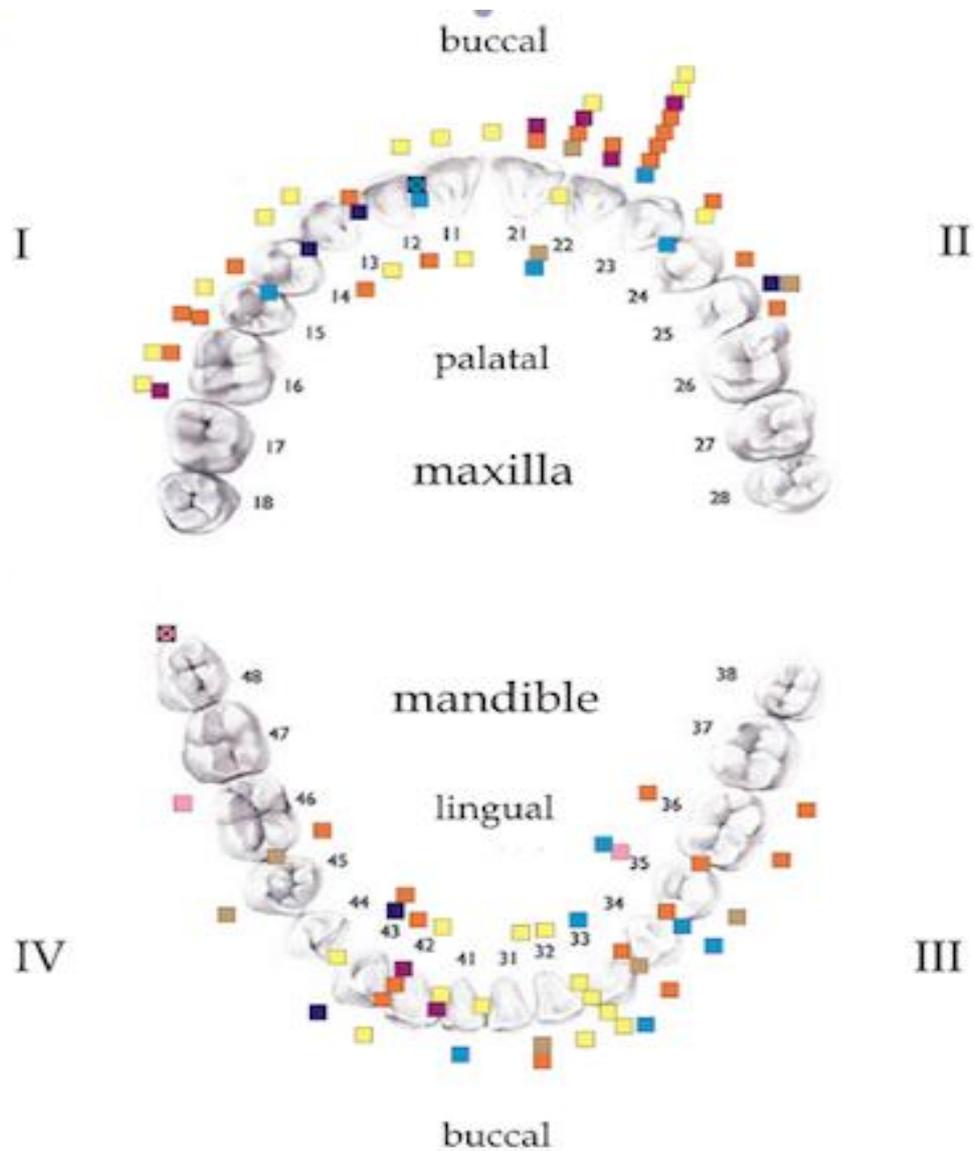
1.3.4 Facteurs ethniques

Plusieurs études ont indiqué qu'il ne semblait pas y avoir de prédilection ethnique pour cette lésion gingivale et qu'aucun groupe ethnique ne semblait épargné par ce type de lésion (14)(16) (20).

1.3.5 Localisations des fibromes ossifiants périphériques

Concernant la localisation des fibromes ossifiants périphériques, certaines études indiquent que 60% des fibromes ossifiants périphériques surviennent au maxillaire et que plus de 50% des cas affectent la région maxillaire antérieure (8)(21).

Trischnegg et al., parmi les 30 fibromes ossifiants périphériques diagnostiqués sur les 92 lésions gingivales biopsiées, retrouvent 56,6% au maxillaire dont 13 fibromes ossifiants périphériques au maxillaire antérieur soit 64,7% ce qui confirme ce qui est communément admis pour ce type de lésion, Figure 3 (11).



- | | |
|--|--------------------------------------|
| ■ Fibrome ossifiant périphérique | ■ Epithélium squameux hyperplasique |
| ■ Fibrome | ■ Tissu de granulation |
| ■ Granulome central à cellules géantes | ■ Fibrome odontogénique périphérique |
| ■ Granulome pyogénique | |

Figure 3 : localisation anatomique des différents types de lésions histopathologiques, d'après Trushnegg (11)

Dans leur revue de la littérature sur les fibromes ossifiants périphériques de 2008 à 2015, Barrera et al. ont découvert sur 46 cas, 19 cas soit 38,8% de lésions localisées au maxillaire antérieur.

Néanmoins Hang et al. ont rapporté dans leur étude, une incidence plus importante de ces lésions au maxillaire postérieur (22).

Ojo et al. ont quant à eux rapporté une incidence augmentée de 70,3% à la mandibule dans leurs rapports de cas.

Dans ces deux dernières études, les différences d'ethnie et d'environnement pourraient être prises en compte pour expliquer ces variations de localisations qui diffèrent des localisations communes des fibromes ossifiants périphériques, bien qu'il soit admis qu'aucun facteur ethnique n'influence le développement de ces tumeurs (23)(21).

1.4 Etiopathogénie

1.4.1 Le rôle central du desmodonte

L'étiopathogénie des fibromes ossifiants périphériques n'est pas clairement identifiée.

Cette tumeur semble tirer son origine d'un processus réactionnel qui naît des cellules du ligament parodontal suite à une irritation traumatique ou locale telle que la plaque dentaire, une denture de mauvaise qualité, une surcharge occlusale, certains facteurs bactériens ou encore par des restaurations de mauvaise qualité favorisant l'accumulation de plaque dentaire (24).

En réponse à ces irritants, les cellules pluripotentes du ligament parodontal ont le pouvoir de se transformer en ostéoblastes, cémentoblastes ou fibroblastes et par conséquent de produire une entité unique inflammatoire, le fibrome ossifiant périphérique (25).

Deux raisons peuvent faire penser que le fibrome ossifiant périphérique provient des cellules du desmodonte :

- proximité de la gencive et du desmodonte,
- présence de fibres oxytalanes dans ces tumeurs (8).

1.4.2 L'histogénèse du fibrome ossifiant périphérique

L'histogénèse est elle aussi controversée. Trois théories s'affrontent pour expliquer l'étiopathogénie des fibromes ossifiants périphériques.

D'une part, une théorie propose le fait qu'un granulome pyogénique peut évoluer et se calcifier pour donner un fibrome ossifiant périphérique. Le granulome pyogénique ou botryomycome est une petite tumeur vasculaire rouge vif saignant facilement, sur une base souvent pédiculée. C'est une réaction bénigne proliférante de l'épiderme et des muqueuses qui se produit souvent après un léger traumatisme ou une infection (26). C'est en effet, la chronicité de l'irritation et le retard de prise en charge permettrait la maturation du tissu fibreux et sa transformation en tissu minéralisé (27).

D'autre part, une seconde théorie propose l'explication suivante : le fibrome ossifiant périphérique provient d'une hyperplasie inflammatoire des cellules du desmodonte suite à une agression gingivale comme la plaque bactérienne ou un corps étranger dans le sulcus ou sillon gingivo-dentaire. Ceci entraîne une prolifération du tissu conjonctif et enfin une métaplasie de ce tissu qui amène à une calcification dystrophique et à une formation osseuse ou cémentaire (21).

Enfin, une dernière théorie propose que l'origine du fibrome ossifiant puisse être imputable à un probable trouble de la maturation osseuse d'origine congénitale (10).

1.4.3 Le facteur favorisant hormonal

La prévalence bien plus élevée chez les femmes fait suspecter une influence hormonale dans la survenue de ces lésions, particulièrement quand la gencive inflammatoire est plus vascularisée sous l'imprégnation de la progestérone et/ou des oestrogènes (28).

De plus, l'âge de prédilection de survenue de cette lésion est la deuxième décennie de la vie (29).

Or, cette période correspond à la puberté où des taux plus importants d'hormones féminines sont retrouvés dans le fluide gingival. Ceci accentue la possibilité du rôle

joué par la progestérone et/ou les œstrogènes dans la survenue de fibrome ossifiant périphérique (30).

Enfin, certains écrits rares toutefois mentionnent le fait que le fibrome ossifiant périphérique puisse être associé à certaines endocrinopathies telles que l'hyperparathyroïdie. La relation étiopathogénique n'est toutefois pas encore clairement établie. Néanmoins, cette observation montre l'intérêt d'un bilan phospho-calcique devant toute tumeur osseuse (31).

Des études plus approfondies précisant le véritable mécanisme de développement des fibromes ossifiants périphériques sont donc nécessaires.

Une revue de la littérature avec les descriptions cliniques et hypothèses étiologique des FOP est détaillée dans le tableau 2.

Année	Auteurs	Eléments cliniques	Etiologie
1982	Gardner et <i>al.</i>	Se présente cliniquement comme une hyperplasie tissulaire unique, au niveau de la muqueuse gingivale. Rare et bénigne, non encapsulée, masse exophytique de tissu conjonctif. Précocement, le FOP se présente comme un nodule ulcéré avec des calcifications, ce qui peut entraîner une confusion dans le diagnostic avec le granulome pyogénique.	Les FOP semble croître à partir des fibres du ligament gingival. Reconnu comme une lésion réactive.
1989	Buchner et al.		
1998	Mesquita et al		Ils ont découvert un nombre plus élevé de régions organisatrices et nucléolaires argyrophiles et de PCNA (proliferating cell nuclear antigen) dans le fibrome ossifiant que dans le FOP. Cela indique donc une activité proliférative plus élevée dans le fibrome

2001	Carrera Grano et al	Ils ont découverts un FOP bien circonscrit, dur, pédiculé, une tumeur exophytique mesurant 2cm de taille et ne montrant aucune ulcération.	ossifiant.
2003	Endo et al.	Les lésions impliquant les tissus gingivaux sont rares comparés aux lésions apparaissant au sein de l'os.	
2004	Feller et al.		Le FOP est l'homologue périphérique du fibrome ossifiant central. Bien que l'étiopathogénie du FOP est incertaine une origine avec le ligament desmodontal est suggérée. Une mutation génétique entraînant une prédisposition aux nodules gingivaux contenant des éléments minéralisés.
2009	Nonaka	Une masse exophytique asymptomatique localisé à la gencive mandibulaire.	Le FOP a une origine odontogénique alors que le fibrome ossifiant a une origine osseuse.
2011	Mishra	Rapporte le cas d'un FOP entraînant des déplacements de dents antérieures.	FOP représente une lésion bénigne réactive du tissu conjonctif en n'est pas l'homologue gingival du fibrome ossifiant et n'est lié en aucune manière du fibrome odontogénique périphérique.
2013	Verma et al.	Présente une série de cas de FOP accentuant sur son diagnostic différentiel.	Le FOP a une origine odontogénique.
2013	Childers et al.	Le FOP est un nodule auto-limité, pédiculé ou pas, sessile, souvent inférieur à 2cm mais peut être plus grand et entraîner des déplacements dentaires.	Processus pathologique de nature réactif plutôt que néoplasique.

Tableau 2 : revue de la littérature avec l'évolution des définitions et des étiologies du fibrome ossifiant périphérique au cours du temps, d'après Khan et al. (32).

1.5 Aspect macroscopique du fibrome ossifiant périphérique.

Le fibrome ossifiant périphérique se manifeste par une tuméfaction gingivale d'évolution lente, bien limitée mesurant le plus souvent une taille inférieure à 2cm de diamètre. Toutefois, il faut noter que la lésion peut dans de rares cas mesurer jusqu'à 9cm de diamètre (24).

Cette masse nodulaire unique peut-être soit sessile, soit pédiculée. La couleur de surface peut-être identique à la gencive ou légèrement rougeâtre et ulcérée si un facteur traumatisant ou un irritant local existe. A la palpation, la couleur de la tuméfaction ne blanchit pas. La consistance est plutôt molle mais peut varier selon la quantité de matériau calcifié, Figure 4.

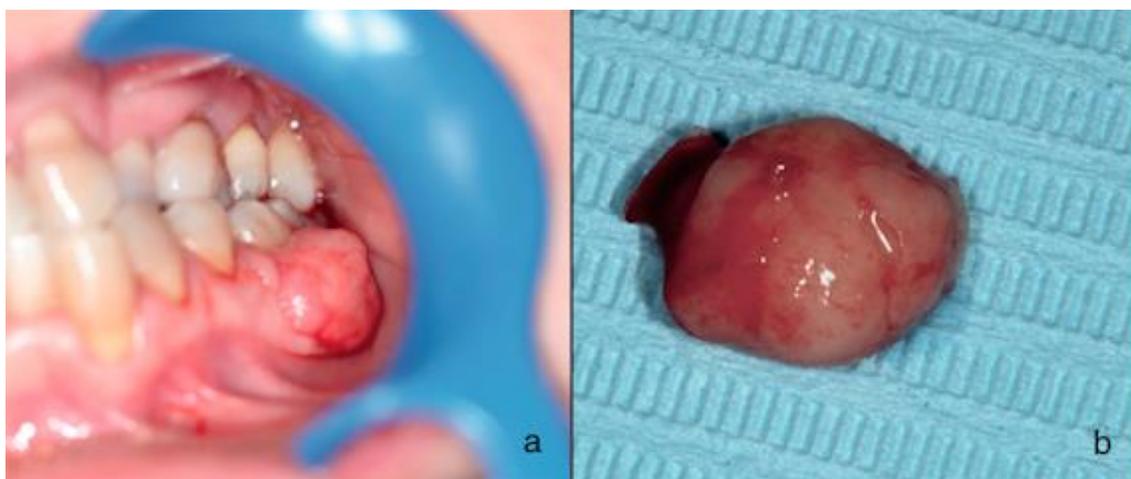


Figure 4 : *Vue endobuccale (a) et pièce opératoire (b) du fibrome ossifiant périphérique pédiculé en regard de 36, d'après Guillet (33).*

1.6 Aspects histologiques

1.6.1 Rappels sur la biopsie

Il s'agit d'un prélèvement de tissu à visée diagnostique pour une analyse anatomopathologique de la lésion. Il faut distinguer la biopsie à l'aiguille fine et la biopsie-exérèse.

La biopsie-exérèse est couramment utilisée pour les tumeurs bénignes de petite taille ou facilement accessibles. Elle consiste en l'énucléation de la lésion dans sa totalité, avec des marges de sécurité minimales en tissu sain (34).

Après un prélèvement en condition chirurgicale, la pièce opératoire est orientée (à l'aide d'un fil repère qui marque traditionnellement le pôle supérieur de la pièce opératoire). Elle est ensuite conservée dans un fixateur (liquide de Bouin, formol) puis envoyée au laboratoire accompagnée d'un schéma descriptif (35).

Tout prélèvement doit être scrupuleusement identifié :

- nom, prénom, sexe, date de naissance du patient
- numéro unique d'identification du patient
- adresse du patient ou du service de consultation/hospitalisation
- nom et coordonnées du médecin prescripteur

La demande d'examen anatomopathologique doit être précise et rédigée sur un formulaire où sont consignées des informations relatives au prélèvement telles que :

- la nature de l'examen demandé
- le type d'acte
- la date et le lieu du prélèvement
- le siège
- la nature du milieu de conservation
- les éléments essentiels du contexte clinique qui ont motivé le prélèvement
- les hypothèses diagnostiques
- les antécédents du patient
- les traitements éventuellement administrés
- l'aspect macroscopique de la lésion *in vivo*
- la date de réponse souhaitée (caractère urgent en extemporané)
- le nombre de lames blanches et/ou colorées
- le nombre de blocs d'inclusion
- pour un liquide : la quantité approximative, la couleur et l'aspect.

La valeur diagnostique de l'exérèse repose sur :

- les dimensions de la pièce opératoire
- le respect des marges de sécurité (marquage puis imagerie de la pièce).
- le nombre de prélèvements en cas de lésions multiples

- le choix de la lésion biopsiée
- la préparation et la préservation des tissus avant l'examen (34).

1.6.2 Aspects microscopiques du fibrome ossifiant périphérique

Selon la classification de l'organisation mondiale de la santé de 1992, le fibrome ossifiant périphérique est « un néoplasme bien circonscrit et parfois encapsulé composé d'un tissu fibreux contenant des quantités variées de matériaux minéralisés comme de l'os ou du ciment » (7).

Les limites périphériques de la lésion sont nettes. Le fond de la lésion est fibreux et peut être moyennement ou richement cellulaire mais avec une densité cellulaire variable dans une même lésion. Les cellules sont fusiformes et peuvent prendre une disposition storiforme. Le tissu conjonctif est riche en fibroblastes, d'aspect cytologique régulier, sans mitose avec des noyaux réguliers sans atypie cytonucléaire. Ce tissu conjonctif est recouvert d'un épithélium squameux stratifié qui est ulcéré dans 23 à 66% des cas.

La vascularisation est peu marquée.

La proportion des éléments ossifiés est variable d'une zone à l'autre. Ces composants minéralisés varient entre un matériau semblable au ciment, des calcifications dystrophiques et de l'os.

Les structures osseuses sont globuleuses, sphéroïdes ou ovales. Cet os est fibrillaire, peu cellulaire et il n'y a pas de liseré ostéoblastique, ni de fibre de Sharpey.

Les structures arrondies, acellulaires et basophiles rappellent le ciment.

Les cellules géantes sont rares.

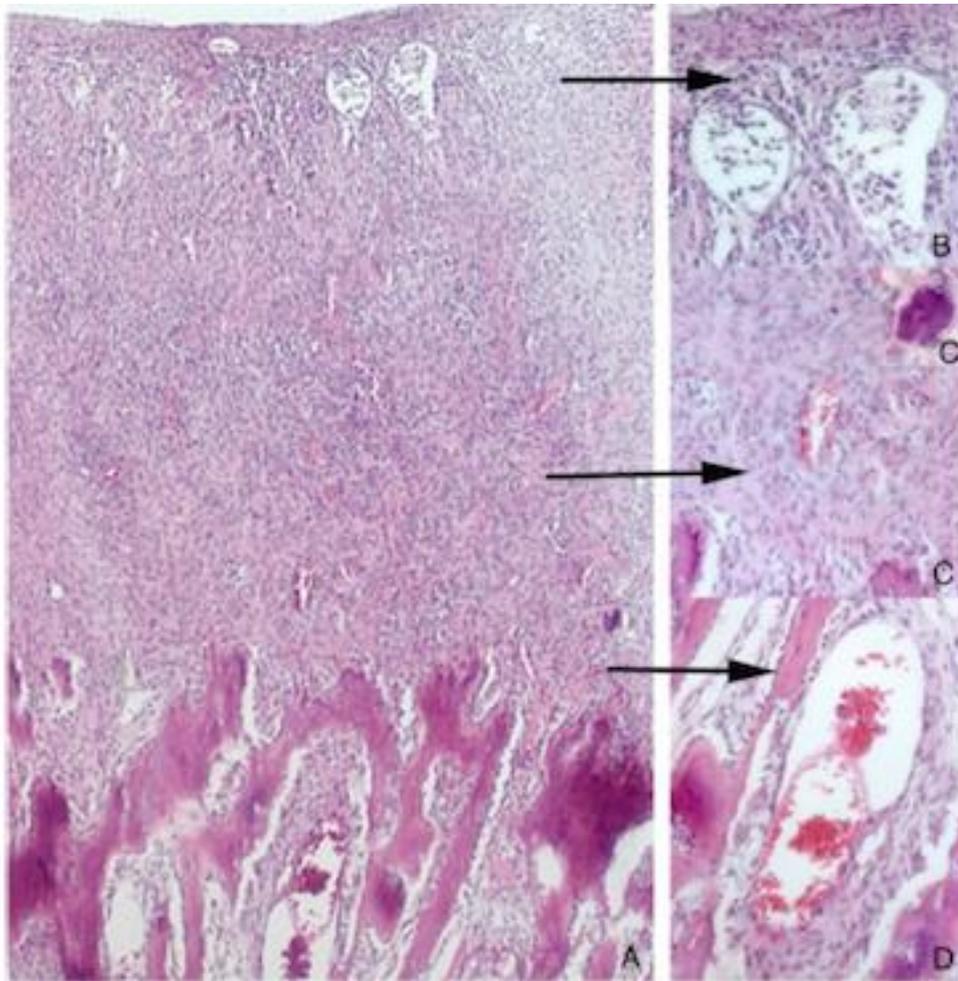


Figure 5 : Coupe histologique colorée à l'hématéine et éosine ; *aspect histopathologique d'un fibrome ossifiant périphérique mettant en évidence une région riche en cellules en haut et des structures minéralisées en bas. Notons que la région minéralisée montre une organisation parallèle de l'os trabéculaire et il existe une nette démarcation entre la partie minéralisée et la partie riche en cellules (A). Le haut de la lésion est fréquemment ulcéré avec la présence de cellules inflammatoires (B) ; les cellules prolifératives sont grosses, rondes et il n'y a pas de claire distinction entre elles. Des nodules de ciment peuvent être observées (C). L'os trabéculaire est immature avec des ostéoblastes à sa périphérie, cette zone est riche en vaisseaux (D), d'après Lima et al. (36).*

1.7 Difficultés de classification

1.7.1 Terminologie

La classification du fibrome ossifiant périphérique a toujours été un sujet à controverses. Ceci est révélé par les nombreux noms utilisés pour caractériser cette lésion gingivale : fibrome périphérique cimentifiant, fibrome périphérique avec cémentogenèse, fibrome périphérique avec ostéogenèse, fibrome

périphérique avec calcifications, épulis fibreux calcifié ou ossifié, granulome fibroblastique calcifié (24). Le terme de « fibrome périphérique odontogénique » a aussi été utilisé pour décrire le fibrome ossifiant périphérique mais cela doit être évité depuis que l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) a classé le fibrome périphérique odontogène comme l'homologue extra osseux du fibrome central odontogénique (37).

De plus, les nombreuses lésions lui ressemblant tant d'un point de vue clinique qu'histologique entraînent une confusion dans la classification.

Le fibrome ossifiant périphérique a été décrit en tant qu'exostose alvéolaire pour la première fois par Shepherd en 1844.

Dans les années 1940, Eversole et Rovin pensaient qu'au regard des similitudes de sexe, de localisation de prédilection et de ressemblance clinique du granulome pyogénique, du granulome périphérique à cellules géantes, du fibrome périphérique odontogénique et du fibrome ossifiant périphérique, ces trois lésions ne formaient qu'une seule entité et ne variaient que par la réponse histologique à l'irritation (28).

Cependant, Gardner considéra que le fibrome ossifiant périphérique présentait des caractéristiques histologiques propres et qu'il devait donc former une entité à lui seul. C'est pourquoi, il proposa le terme de fibrome ossifiant périphérique pour éviter toute confusion dans la nomenclature. Un point majeur doit susciter l'attention quant à ce terme (38).

En effet, cet « épulis » de nature réactive ne doit pas être considéré comme l'homologue extra osseux du fibrome ossifiant de la mandibule et du maxillaire. Cette confusion persiste en effet dans certains écrits (39). Le fibrome ossifiant survient plus chez la femme entre la troisième et la quatrième décennie. C'est un vrai néoplasme à l'inverse du fibrome ossifiant périphérique qui a une nature plus réactive et il a un pouvoir de croissance moins important.

1.7.2 Classification histologique

Le fibrome ossifiant périphérique est classé dans la grande famille des épulis. Le terme épulis regroupe les excroissances gingivales dues à une réaction hyperplasique inflammatoire. Le terme épulis est un terme clinique et il ne reflète pas la diversité histopathologique de ces différentes lésions.

La classification histologique de ces lésions est très confuse dans la littérature. Ceci est dû à la ressemblance clinique et histologique de certaines lésions comme le granulome pyogénique et le fibrome ossifiant périphérique ainsi que les différents noms utilisés pour une même lésion. Ainsi, le « granulome fibroblastique calcifiant » de Lee correspond au « fibrome périphérique avec calcification » de Bhaskar qui correspond aussi au « fibrome ossifiant périphérique » de Gardner (40).

Les lésions gingivales hyperplasiques étaient d'abord classées en trois groupes :

- le granulome pyogénique
- l'hyperplasie fibreuse
- le granulome périphérique à cellules géantes

Le granulome pyogénique gravidique a été inclus dans le premier groupe car les deux sont identiques histologiquement.

En 1969, Lee ajouta à la classification le « fibrome périphérique avec calcification » qui correspond au fibrome ossifiant périphérique.

La classification de l'O.M.S de 2015 des désordres de la gencive distingue de la même manière (7) :

- le granulome pyogénique (granulome pyogénique gravidique inclus)
- l'hyperplasie fibreuse ou épulis fibreux
- le granulome périphérique à cellules géantes
- le fibrome ossifiant périphérique.

1.8 Formes cliniques du fibrome ossifiant périphérique

Cliniquement, le fibrome ossifiant périphérique se présente comme un nodule solitaire à croissance lente dont la couleur et la muqueuse le recouvrant sont identiques à la gencive environnante. Néanmoins, le fibrome ossifiant périphérique peut apparaître érythémateux et ulcéré en présence de facteurs locaux irritants comme la plaque bactérienne ou une surcharge occlusale.

Certains auteurs affirment que les fibromes ossifiants périphériques d'apparition récente sont de couleur rouge et de forme régulière tandis que les lésions plus anciennes sont de couleur rose (21). Ceci peut s'expliquer par l'augmentation intra-tumorale des éléments calcifiés qui masquent les éléments vasculaires.

Les lésions d'apparition récente sont asymptomatiques et les patients peuvent ignorer leur présence. Mais, en l'absence de tout traitement, elles augmentent lentement de volume et peuvent provoquer :

- des altérations fonctionnelles : difficulté de phonation, d'alimentation (l'hyperplasie envahit la surface occlusale des dents proches de la tumeur et la surface tumorale est traumatisée lors de la mastication).

- des déplacements dentaires et dans de rares cas des résorptions radiculaires externes inflammatoires (29).

La lésion mesure dans la plupart des cas une taille inférieure à 2cm de diamètre mais certains cas de lésion mesurant jusqu'à 9cm de diamètre ont été rapportés (13).

Il s'agit de lésions isolées. Toutefois, 2 cas de fibromes ossifiants périphériques multicentriques ont été rapportés dans la littérature, figures 6-7 (25)(41)(42).



Figure 6 : *vue intraorale de lésions multiples et multicentriques au maxillaire et à la mandibule de fibrome ossifiant périphérique, d'après Khan (25)*



Figure 7 : *vue occlusale chez le même individu des lésions d'un fibrome ossifiant périphérique multicentrique, d'après Khan,(25).*

Les fibromes ossifiants périphériques peuvent être retrouvés dans certains syndromes génétiques tels que :

- le syndrome de Gartner
- la neurofibromatose
- la néoplasie multiple endocrine de type 2
- le syndrome du carcinome basocellulaire naevoïde (30).

1.9 Aspects radiologiques

1.9.1 Rappels sur les examens radiologiques :

C'est la complémentarité de l'examen clinique, radiologique et histologique qui permet souvent une bonne approche diagnostique. La radiographie standard est généralement suffisante pour évoquer le diagnostic qui ne sera confirmé que par l'examen anatomopathologique. Néanmoins, le recours aux examens tridimensionnels du type TDM ou IRM permet l'appréciation des rapports avec les structures avoisinantes grâce à leur pouvoir discriminant bien supérieur.

Lors de l'analyse radiologique d'une lésion, il faut analyser :

- le siège (maxillaire, mandibulaire, angle mandibulaire, condyle ...)
- son aspect (homogène, hétérogène, lytique, condensant, avec ou sans formation osseuse, mono ou polygédique).
- ses limites (bien ou mal limitées).
- la présence de calcifications.
- les rapports avec les apex dentaires adjacents (présence ou absence de résorption radiculaire externe inflammatoire).
- la présence de dents incluses.

1.9.2 Les clichés intra-buccaux :

Le cliché rétro-alvéolaire apporte au praticien des renseignements sur :

- l'anatomie corono-radiculaire.
- l'os alvéolaire

- la lamina dura
- l'espace desmodontal(43)

La méthode des plans parallèles consiste à positionner le film rétro-alvéolaire dans le même axe que la dent, le faisceau étant perpendiculaire. Cette méthode permet de minimiser la déformation de l'image.

Le bilan long cône qui se compose de plusieurs clichés rétro-alvéolaire de l'ensemble de la cavité buccale est un examen techniquement plus long et plus difficile à réaliser qu'une panoramique dentaire (44).

1.9.3 Le maxillaire défilé :

Cette technique moins courante utilise un film extra-buccal qui permet :

- de voir parfaitement un côté de la mandibule.
- visualiser les rapports d'une lésion avec le nerf alvéolaire, le foramen mentonnier et le rebord basilaire.

1.9.4 La radiographie panoramique :

Cette technique correspond à une tomographie courbe à coupe épaisse : seules les structures situées au sein de l'épaisseur de la coupe peuvent être analysées (45).

Le panoramique est utilisé en première intention comme examen diagnostique. Il permet l'exploration des structures dentaires et osseuses maxillaires et mandibulaires et de la moitié inférieure des sinus maxillaires.

1.9.5 Le scanner ou tomodensitométrie :

Le scanner est un moyen d'exploration de seconde intention. C'est une technique d'imagerie sectionnelle qui permet de discriminer plan par plan des structures anatomiques complexes. Ce procédé est équipé d'un logiciel de reconstruction bidimensionnelle (2D) et tridimensionnelle (3D).

Les avantages de cette technique sont multiples :

- produire une image dynamique
- pouvoir agrandir l'image par effet de « zoom »
- prendre des mesures précises (46).

Le scanner permet d'objectiver un élément dentaire inclus ou une lésion de la trame osseuse dans les 3 plans de l'espace.

Les inconvénients majeurs sont son coût, son irradiation importante et les artéfacts face aux restaurations métalliques.

L'injection de produit de contraste pour l'acquisition du scanner est généralement inutile.

1.9.6 Le Cone Beam :

Pour pallier aux inconvénients du scanner, le praticien peut utiliser le Cone Beam.

Le cone beam est une tomographie volumique par faisceau de 360° autour des structures dento-maxillaires.

Cette technique présente de nombreux avantages :

- une dose d'irradiation inférieure grâce à une diminution du temps d'exposition.
- une reproduction en grandeur réelle
- un gain de temps
- un coût inférieur
- une diminution des artéfacts grâce à l'utilisation d'un faisceau à rayons X moins puissant.

Ce procédé permet l'étude morphologique, topographique et dimensionnelle d'une dent incluse ou d'une lésion. Grâce à une résolution en densité importante, le Cone Beam est conçu pour l'exploration des tissus de haute densité comme l'os ou la dent.

Même si le Cone Beam est la technique d'imagerie la plus économe en dose de rayonnement, son champ d'application est plus étroit que le scanner. Il n'explore pratiquement que les structures denses (os, dents, formations calciques)(43).

Il est aujourd'hui possible d'extraire un orthopantogramme d'après l'acquisition d'un Cone Beam, mais pour l'instant, la résolution est moins bonne que la radiographie panoramique conventionnelle.

En outre, la qualité des clichés reste très dépendante de l'appareil et du technicien de radiographie (43).

1.9.7 L'imagerie par Résonance Magnétique :

L'I.R.M a un intérêt limité dans l'exploration dento-maxillaire.

Son rôle principal intervient dans le bilan des tumeurs et permet :

- de rechercher une prise de contraste (45)
- de mieux différencier les kystes des tumeurs
- d'évaluer l'infiltration osseuse et des tissus mous par la lésion.

L'IRM présente un inconvénient majeur : elle ne permet pas de distinguer les tumeurs calcifiées des corticales.

1.9.8 Aspects radiographiques du fibrome ossifiant périphérique :

L'image radiographique du fibrome ossifiant périphérique est souvent peu caractéristique. L'aide de la radiographie est donc limitée et peut seulement nous orienter. C'est véritablement l'examen anatomopathologique qui donnera un diagnostic de certitude.

1.9.8.1 Aspect du fibrome ossifiant périphérique à la radiographie panoramique :

A la radiographie panoramique, dans la majorité des cas, aucune image de la lésion n'est visible. Une simple image d'érosion osseuse est visible dans quelques cas mais ceci n'est pas caractéristique (47).

1.9.8.2 Aspect du fibrome ossifiant périphérique à la radiographie rétro-alvéolaire :

Classiquement, à la radiographie rétro-alvéolaire, aucune modification de la densité et/ou de la trabéculatation osseuse ne sont visibles, c'est-à-dire qu'aucune image de radioclarité et/ou radio opacité n'est remarquable.

Cependant, dans de rares cas, une image radioclaire, bien limitée avec en son centre des petites zones radio opaques qui correspondent à des calcifications peut être observée. De plus, dans certains cas une érosion osseuse peut être observée également (29)(48).

La correspondance entre les aspects cliniques et radiographique est illustrée dans les figures 8,9 et10.



Figure 8 : aspect clinique de la lésion, d'après Chaturvedy et al. (48).

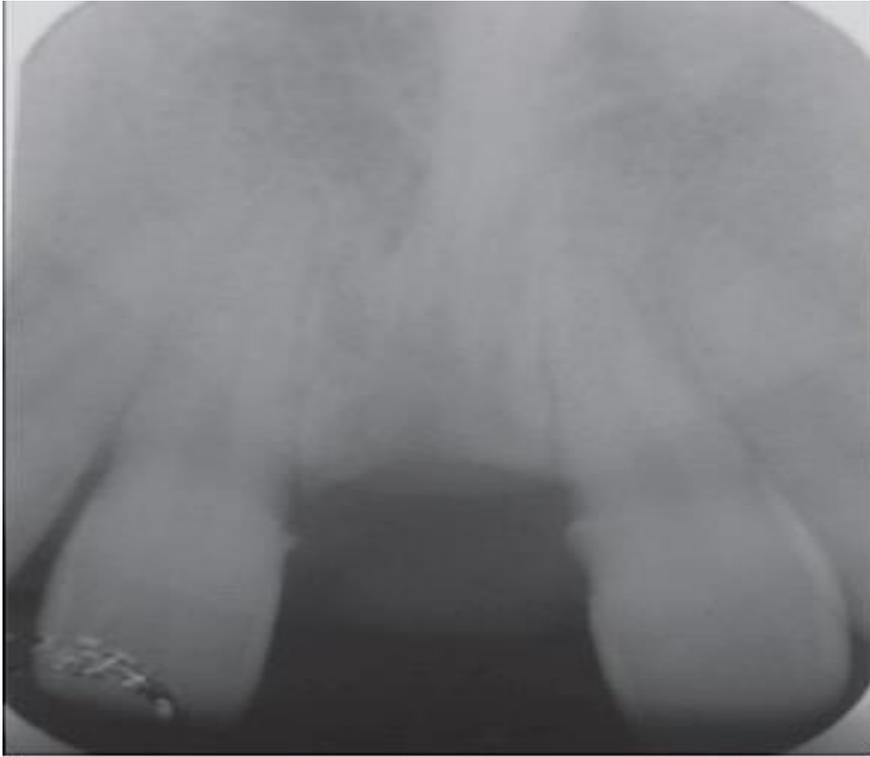


Figure 9 : *radiographie rétro alvéolaire mettant en évidence l'érosion osseuse superficielle, d'après Chaturvedy et al.(48).*



Figure 10 : *vue de l'érosion osseuse superficielle après un lever de lambeau d'après Chaturvedy et al. (48).*

1.9.8.3 Image du fibrome ossifiant périphérique au scanner :

Le scanner n'est pas un examen complémentaire indiqué pour l'analyse des tissus mous. C'est pourquoi, à ce jour seul un cas pour lequel un scanner est utilisé pour orienter vers le diagnostic du fibrome ossifiant périphérique est rapporté dans la littérature (47).

Au scanner, la lésion se présente sous la forme d'une masse radioclaire bien délimitée. La masse contient en son sein et à sa périphérie de fines radio opacités qui correspondent à des calcifications. L'injection d'un produit de contraste comme l'iode met encore plus en valeur les radio-opacités qui constellent l'image radio claire, figure11.

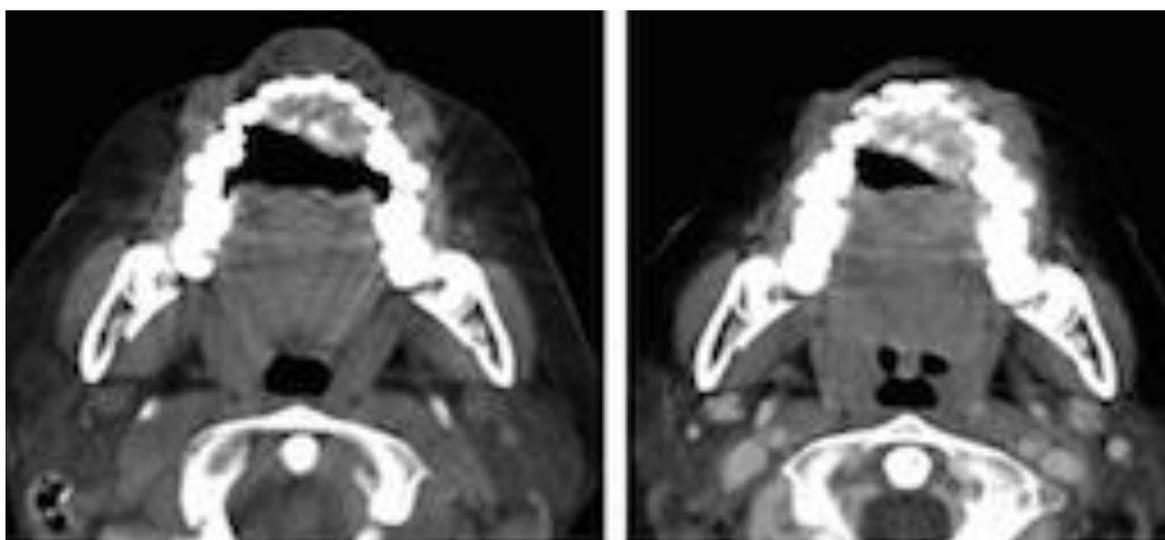


Figure 11 : *image d'un fibrome ossifiant périphérique au scanner ; a) coupe axiale de scanner sans produit de contraste qui montre une masse radio-claire pédiculée au niveau du maxillaire antérieure avec en son sein des radio-opacités éparpillées correspondant à des calcifications ; b) coupe axiale de scanner avec produit de contraste qui met en évidence l'homogénéité de la masse radio-claire d'après Moon (47).*

1.9.8.4 Aspect du fibrome ossifiant périphérique à l'I.R.M :

Dans la littérature, seules deux publications font l'objet d'une étude sur l'image du fibrome ossifiant périphérique à l'IRM (49)(47).

L'image de ce nodule gingival à l'IRM est de manière homogène de la même intensité que les tissus environnants ponctués de multiples régions hypodenses (zone noire) au sein de la masse ce qui suggère la présence de calcifications. Une légère érosion de la corticale est marquée par une légère hypodensité de la corticale en regard de la masse.

La correspondance entre l'aspect clinique du FOP et son aspect en IRM est illustré figures 12,13 et 14.



Figure 12 : *vue endobuccale d'un fibrome ossifiant périphérique siégeant au secteur mandibulaire, d'après Chaudhari (49).*



Figure 13 : *Coupe coronale pondérée en T1 montrant une masse de même intensité que les tissus environnants et siégeant dans le vestibule mandibulaire gauche, d'après Chaudhari (49).*



Figure 14 : Coupe axiale pondérée en T1 montrant une image bien délimitée, de même intensité que les tissus mou environnants et ponctuée de zones hypodenses, d'après Chaudhari(49).

1.10 Diagnostic différentiel

Le diagnostic du fibrome ossifiant périphérique repose sur des critères cliniques, épidémiologiques, radiologiques et anatomopathologiques.

L'absence des signes cliniques évocateurs permet d'éliminer d'emblée toute pathologie inflammatoire ou traumatique. L'évolution lente et progressive, indolore et sans trouble neurologique associé, plaide en faveur d'un processus néoplasique bénin. La localisation au niveau des maxillaires et la relation avec les dents doivent faire évoquer successivement une origine odontogène, puis non odontogène.

1.10.1 Diagnostic différentiel clinique :

Le diagnostic différentiel pose souvent un problème complexe du fait des nombreuses lésions gingivales de type nodulaire lui ressemblant cliniquement telles que :

-le granulome pyogénique : se présente généralement sous forme d'un nodule gingival de petite taille, de consistance molle, souvent ulcéré en surface et saignant facilement au contact ce qui permet de le différencier du fibrome ossifiant périphérique (4).

-le granulome périphérique à cellules géantes : présente une consistance moins ferme que le fibrome ossifiant périphérique et a une coloration souvent violette ou bleue (4).

-le fibrome périphérique odontogénique : nodule de petite taille dont la muqueuse de recouvrement est de la même couleur que la gencive environnante (4).

1.10.2 Diagnostic différentiel radiologique :

Pour ces lésions gingivales hyperplasiques, la radiologie apporte une aide très limitée pour le diagnostic. En effet, les images sont peu caractéristiques pour chacune de ces lésions.

- le granulome pyogénique : à la radiographie, il présente de très rares calcifications. A l'IRM, il a un signal hyperdense du fait que ce soit une lésion très vascularisée (26).

- le granulome périphérique à cellules géantes : à la radiographie, aucune image caractéristique n'est objectivable (4).

- le fibrome périphérique odontogénique : à la radiographie, aucune image n'est objectivable (37).

1.10.3 Diagnostic différentiel histologique :

Seul l'examen anatomopathologique permettra de donner un diagnostic de certitude.:

- le granulome pyogénique : histologiquement, il présente principalement un tissu de granulation hautement vascularisé .

- le granulome périphérique à cellules géantes : l'analyse histologique montre des cellules géantes multinuclées (4).

- le fibrome périphérique odontogénique : l'examen histologique montre la présence d'une dentine dysplasique et d'un épithélium odontogénique (50).

Ces principaux diagnostics différentiels sont illustrés dans le tableau 3 et les figures 15, 16 et 17.

	Clinique	Radio/IRM	Histologie
Granulome pyogénique	Consistance molle, saigne au contact, petite taille	Calcifications très rares/ signal hyperdense	Tissu de granulation très vascularisé
Granulome périphérique à cellules géantes	Coloration violette à bleue		Contient des cellules géantes multinuclées
Fibrome périphérique odontogénique	Nodule de petite taille, dont la couleur est la même que la gencive environnante		Epithélium odontogénique et dentine dysplasique

Tableau 3 : *tableau synthétique des différents diagnostics différentiels du fibrome ossifiant périphérique.*

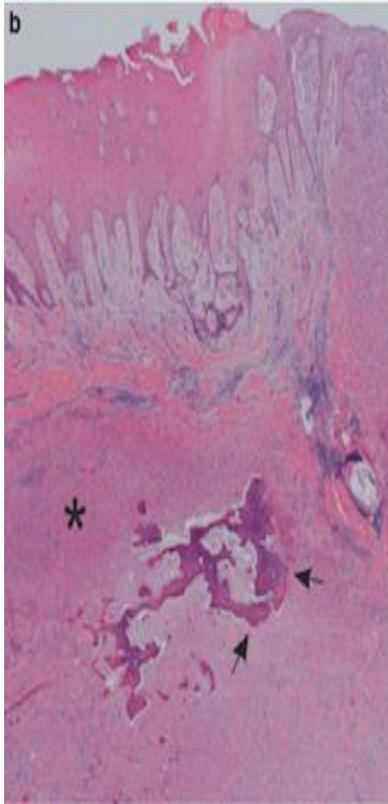


Figure 17 : **a** Fibrome ossifiant périphérique entre la canine et la première prémolaire. **b** vue microscopique d'un tissu conjonctif avec une prolifération fibroblastique (*) avec un tissu osseux hyperminéralisé d'après Trushnegg (10)

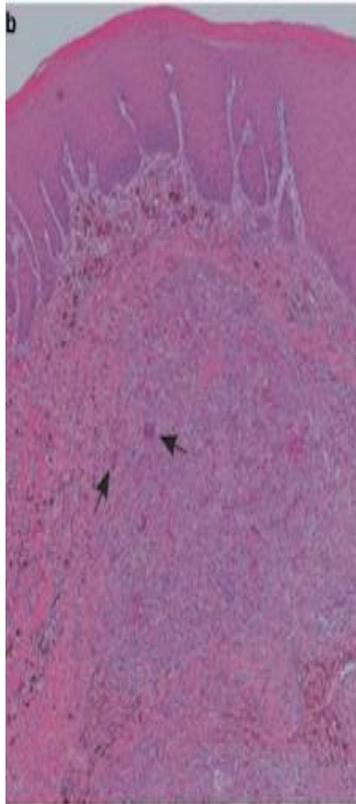


Figure 16 : **a** granulome péphérique à cellules géantes avec un aspect multinodulaire, localisé en palatin. **b** histologiquement, la lésion est composée de cellules géantes multinuclées (flèches), de fibroblastes et de capillaire d'après Trushnegg (10).

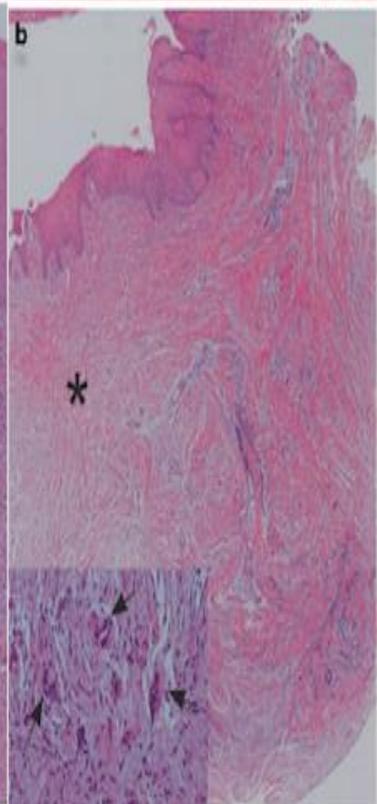


Figure 15 : **a** Fibrome odontogénique périphérique, nodule gingival mandibulaire entre la première et la seconde molaire situé en lingual. **b** au microscope, la lésion révèle un stroma fibreux (*) dans lequel un épithélium odontogénique est visible (flèche), d'après Trushnegg (10).

Les lésions vasculaires seront écartées en raison de leur croissance rapide, de leur survenue précoce (hémangiome) et des bruits vasculaires perceptibles à l'auscultation ou au doppler (malformation artério-veineuse)(51).

Les tumeurs osseuses malignes, quant à elles montrent des changements osseux plus inquiétants que la simple érosion des fibromes ossifiants périphériques, avec notamment une résorption osseuse très importante et un élargissement asymétrique important de l'espace desmodontal **(3)**.

1.11 Traitements

Les tumeurs requièrent un traitement chirurgical dès lors qu'elles se caractérisent par une surinfection ou encore une nette augmentation de volume à l'origine de répercussions fonctionnelles, de comblement des cavités naturelles, de disgrâces morphologiques et de risque fracturaire.

Le choix d'opter pour une solution thérapeutique conservatrice se fera en fonction de :

- l'âge du malade
- l'évolutivité du processus
- l'étude radiologique précisant le siège, les rapports de la lésion avec les structures avoisinantes (les dents, les sinus maxillaires, le nerf alvéolaire inférieur), le caractère uni ou plurifocal de la lésion et surtout son extension au sein de l'os et des corticales (ces dernières précisées par des incidences adaptées peuvent demeurer épaisses, ou au contraire être progressivement laminées puis effacées).

Le traitement conventionnel du fibrome ossifiant périphérique repose sur une élimination des facteurs étiologiques locaux comme par exemple la plaque bactérienne, un traitement chirurgical local et une surveillance post-opératoire.

L'élimination des facteurs étiologiques locaux se fait par une motivation à l'hygiène orale, un nettoyage professionnel de la plaque et du tartre, un remplacement des

restaurations rétentrices de plaque et une équilibration occlusale en cas de surcharge occlusale.

Le traitement chirurgical local devra permettre l'excision de la totalité de la lésion afin d'éviter tout risque de récurrence et permettre le diagnostic final par l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire. L'exérèse du fibrome ossifiant périphérique ainsi que le curetage des cellules du ligament desmondontal et du périoste à la base du défaut devront être réalisés (8). Néanmoins, les dents avoisinantes de la lésion, ne seront la plupart du temps pas extraites sauf dans de rares cas de migration dentaire secondaire à une alvéolyse qui ont été rapportés (52).

Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour le curetage exérèse de la lésion :

- le bistouri à lame froide et la curette : c'est la méthode la plus ancienne et encore la plus couramment utilisée. Elle entraîne un saignement *per* opératoire et des douleurs post-opératoires. Une perte de gencive kératinisée peut aussi survenir et impliquer un défaut tissulaire et une exposition radiculaire (53).

- la radiochirurgie ou l'électrochirurgie : cette méthode permet une meilleure hémostase mais l'agression thermique entraîne un retard de cicatrisation avec des défauts muco-gingivaux et une modification tissulaire de la pièce opératoire à analyser. Cette méthode est donc inappropriée pour une analyse anatomopathologique de qualité (54).

- le laser diode : utilisé avec une longueur d'onde de 810nm, il présente plusieurs avantages. Il permet en effet un saignement minimal avec un champ chirurgical clair et une diminution de la durée de la chirurgie. La cicatrisation est plus rapide et il n'y a pas de défaut des tissus mous. Les douleurs post-opératoires sont minimales ou inexistantes. Enfin, il n'y a pas d'altération de la pièce opératoire pour l'examen anatomopathologique, figures 18 à 21 (55).



Figure 18 : Photographie intra orale du fibrome ossifiant périphérique avant exérèse au laser diode, d'après Anuradha (55).



Figure 19 : Photographie du site après exérèse de la lésion au laser diode, d'après Anuradha (55).



Figure 20 : Photographie 1 semaine après exérèse montrant la cicatrisation du site, d'après Anuradha (55).



Figure 21 : Photographie du site 1 an après exérèse chirurgicale d'après Anuradha (55).

Le fibrome ossifiant périphérique présente fréquemment un plan de clivage entre lui même et l'os sain. Cela le rend donc accessible à l'énucléation suivie d'un curetage de la cavité résiduelle.

1.12 Suites opératoires

1.12.1 Les douleurs post-opératoires :

La complication immédiate majeure est la douleur post-opératoire suite à l'exérèse de la tumeur. Cette douleur sera limitée lors de l'usage d'un laser diode pour l'excision de la lésion. Elle pourra aussi être gérée par la prescription d'antalgique de niveau 1 ou 2 suite au traitement chirurgical.

1.12.2 La récurrence :

La complication secondaire la plus fréquemment retrouvée pour le fibrome ossifiant périphérique reste la récurrence. Des taux variables de 10 à 28% de récurrence sont rapportés après énucléation de la tumeur (30).

Un cas de récurrences itératives est illustré figure 22 (36).



Figure 22 : Photographie clinique intra buccale montrant une lésion extensive recouvrant les dents du maxillaire et de la mandibule (A,B,C). Image intra buccale de la seconde récurrence 8 mois après la première chirurgie (D). 1 an après la seconde récurrence, une nouvelle excroissance est observée (E) et est une nouvelle fois excisée (F). Nouvelle récurrence avec une gencive apparaissant rose claire (G, H). Enfin, une dernière récurrence pour ce même cas (I), d'après Lima (36).

1.12.3 Les défauts muco-gingivaux :

L'excision chirurgicale est le traitement de choix du fibrome ossifiant périphérique. Or, le maxillaire antérieur est le site de prédilection pour ce type de lésion. Lors de la cicatrisation, des défauts muco-gingivaux peuvent survenir et entraîner une gêne esthétique pour le patient. Ce défaut peut être d'autant plus important que plusieurs chirurgies d'excision sont menées sur un même site suite au taux de récurrence relativement important (18 à 20% pour rappel) des fibromes ossifiants périphériques. Le traitement d'un défaut muco-gingival suite à un traitement chirurgical de trop grande étendue est un réel défi car ce défaut gingival peut entraîner une gêne esthétique mais aussi une exposition et une sensibilité radiculaire qui peut empêcher une bonne hygiène et un bon contrôle de plaque (56).

Par conséquent, différentes techniques de chirurgie parodontale ont été décrites et permettent de réparer ou de régénérer ces défauts parodontaux parmi lesquels :

- le lambeau déplacé coronairement
- le lambeau déplacé latéralement
- la greffe épithélio-conjonctive
- la greffe de conjonctif enfoui (57)

1.12.3.1 Le lambeau déplacé coronairement :

Il s'agit de réaliser un lambeau de demi-épaisseur, de le libérer de toute traction et de le replacer sur la zone à greffer.

Indication : c'est la technique de choix pour un défaut muco gingival isolé.

Contre-indication : si la hauteur et l'épaisseur de gencive kératinisée sont trop peu importantes pour le défaut muco-gingivale à combler.

Avantages : c'est simple techniquement, bien toléré par le patient (pas de prélèvement de tissu au palais) et le résultat est esthétiquement excellent.

Inconvénients : la présence de gencive kératinisée en épaisseur et en hauteur doit être suffisante. La profondeur du vestibule est diminuée avec cette technique (57).

1.12.3.2 Le lambeau déplacé latéralement :

Il s'agit de prendre un lambeau disséqué en demi-épaisseur sur les papilles adjacentes.

Indication : quand les conditions anatomiques locales contre-indiquent le lambeau déplacé coronairement ; si on est en absence ou insuffisance de gencive kératinisée, si une insertion de frein dans la gencive marginale existe ou encore si le vestibule est peu profond.

Contre indication : patient avec exigences esthétiques très importantes.

Avantages : bien accepté par les patients (inconfort post opératoire léger car il n'y a pas de prélèvement palatin).

Inconvénients : cicatrices visibles dans les zones cicatrisantes en seconde intention (57).

1.12.3.3 La greffe épithélio-conjonctive :

Il s'agit d'une greffe libre prélevée au palais. Elle permet d'épaissir les tissus.

Indication : cette technique est indiquée quand les techniques précédentes sont contre indiquées.

Contre-indications : impératifs esthétiques car un effet rustine est observé.

Inconvénients : technique non prévisible (la survie du greffon n'est pas garantie), Inconfort post-opératoire pour le patient dû au prélèvement palatin, résultat esthétique peu acceptable (57).

1.12.4 La greffe de conjonctif enfoui :

C'est la technique la plus utilisée actuellement. Il s'agit de prélever du tissu conjonctif le plus souvent au palais ou en rétro-molaire.

Indications : pour toute chirurgie parodontale additive.

Contre-indications : si les antécédents médicaux du patient (trouble de la coagulation) contre-indiquent cette greffe.

Avantages : le résultat esthétique est excellent.

Inconvénients : la technique est plus difficile à mettre en œuvre que les techniques décrites ci-dessus (57).



Figure 23 : *vue endobuccale d'un fibrome ossifiant périphérique mesurant 10 à 11mm et s'étendant de la gencive marginale à la jonction muco-gingivale avec une surface éythémateuse, d'après Salaria (56).*

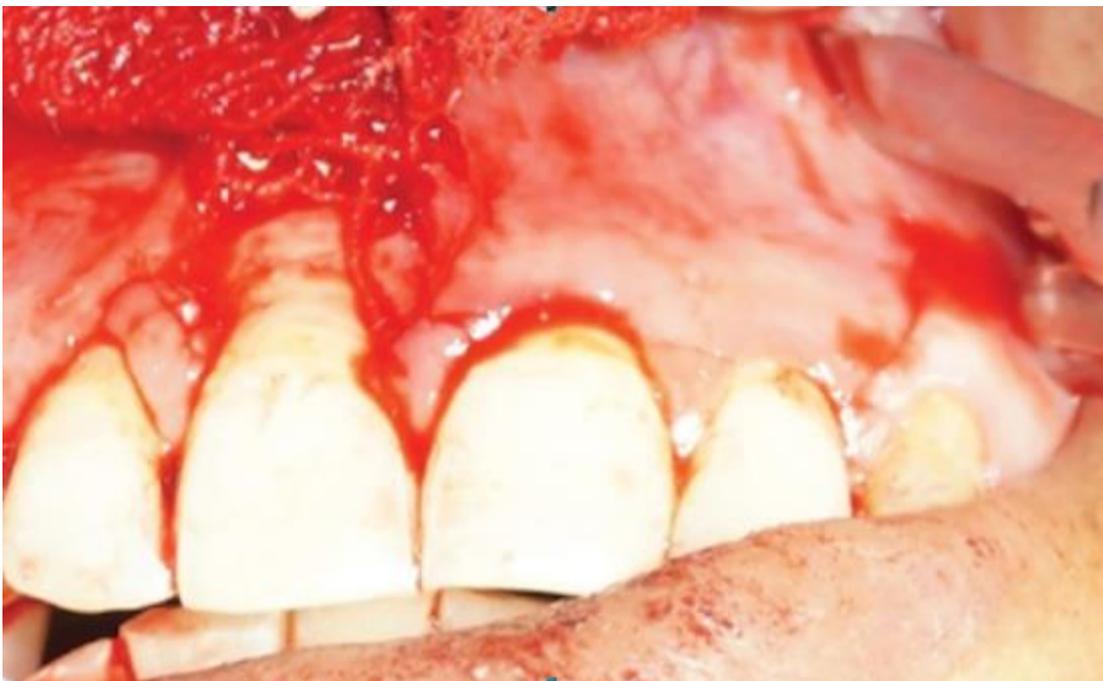


Figure 24 : *Défaut muco-gingival suite à la chirurgie d'exérèse du fibrome ossifiant périphérique de la photo précédente. Sur cette photo, on peut voir les tracés d'incision horizontale et de décharge verticale qui donneront au lambeau sa flexibilité pour lui permettre de recouvrir latéralement le défaut muco-gingival, d'après Salaria (56).*



Figure 25 : lambeau déplacé latéralement après suture, d'après Salaria (56).



Figure 26 : cicatrisation à J+9 mois post-opératoires , d'après Salaria (56).

Ces techniques de chirurgie muco-gingivale sont donc de très bonnes alternatives aux défauts muco-gingivaux post-exérèse de fibromes ossifiants périphériques, comme l'illustrent les figures 23 à 26.

2 Présentation du cas clinique

Résumé

Nous rapportons un cas de fibrome ossifiant périphérique chez une femme de 32 ans de type nord africain présentant une lésion gingivale nodulaire dans le secteur maxillaire droit postérieur sur la papille vestibulaire entre la 2^{ème} prémolaire et la 1^{ère} molaire maxillaires droite.

Une lésion gingivale de 1 cm de grand axe, indolore à la palpation était observée. La biopsie exérèse de la lésion a été réalisée par abord endobuccal.

L'examen anatomopathologique a conclu à un fibrome ossifiant périphérique.

Il s'avère que cette lésion est une récurrence d'un fibrome ossifiant périphérique dont l'exérèse a déjà été réalisée 4 ans auparavant.

Sept mois plus tard, une légère hypertrophie cicatricielle de la papille gingivale est observée. La patiente sera surveillée tous les 2 mois pour suivre l'évolution de cette région et pouvoir intervenir précocement en cas de récurrence avérée.

2.1 Introduction

Le fibrome ossifiant périphérique est une tumeur bénigne de type réactionnelle constituée de tissu fibreux contenant en quantité variable du matériel minéralisé ressemblant à de l'os et à du ciment. Cette lésion est rare, elle est d'évolution lente et progressive et atteint fréquemment les maxillaires.

2.2 Présentation du cas

2.2.1 Motif de consultation :

Mme X. est adressée le 10 novembre 2008 par son chirurgien dentiste au centre Abel Caumartin, CHRU de Lille, Service d'Odontologie du Dr. Laurent Nawrocki, Unité fonctionnelle de chirurgie buccale. Elle y est adressée pour une lésion gingivale située sur la papille vestibulaire entre la 15 et la 16 qui faisait l'objet d'une surveillance et qui avait augmenté de volume depuis la grossesse de la patiente et qui provoquait alors une gêne et une douleur fonctionnelle.

2.2.2 L'interrogatoire :

Mme X. est âgée de 32 ans et est agent d'entretien de profession. Elle est atteinte d'hypothyroïdie suite à une thyroïdectomie et est donc sous traitement de Lévothyrox®. Elle souffre aussi d'un diabète de type 2 équilibré par Diamicron® et Januvia®. Aucun n'antécédent familial n'est retrouvé. La patiente est non fumeuse.

2.2.3 Examen clinique :

2.2.3.1 L'examen exobuccal :

L'examen exobuccal réalisé par le chirurgien dentiste lors de la première consultation ne révèle aucune asymétrie faciale ni de déformation. Il faut noter aussi l'absence de paralysie ou d'hypoesthésie faciale ainsi que de trismus. L'examen des aires ganglionnaires ne révèle aucune adénopathie.

2.2.3.2 L'examen endobuccal :

L'examen endobuccal met en évidence une lésion gingivale nodulaire de type épuliforme de forme ovoïde de 1cm de diamètre pédiculé sur la papille gingivale vestibulaire entre la 15 et la 16. L'aspect de surface de la lésion est bosselé et la couleur de la lésion est rose, identique à la gencive voisine. La lésion commence à recouvrir les crêtes marginales des couronnes de la 15 et la 16, figure 27. La consistance de la lésion à la palpation est ferme.



Figure 27 : *photographie intrabuccale de la lésion gingivale papillaire entre la 15 et la 16.*

Les tests de vitalité de la 15 et la 16 sont positifs et les tests de percussion sont négatifs.

L'hygiène orale est moyenne avec de la plaque qui est collectable à la sonde.



Figure 28 : *schéma dentaire de la patiente, avec les soins conservateurs en bleu.*

2.2.4 Examen complémentaire :

2.2.4.1 La radiographie rétroalvéolaire :



Figure 29 : radiographie rétroalvéolaire de la patiente centrée sur la 15 et la 16.

La radiographie rétroalvéolaire centrée sur la 15 et la 16 montre une image de reconstitution sur la 16 avec l'absence de récurrence carieuse. Il faut noter l'absence d'image de lésion péri-apicale. En regard de la papille entre la 15 et la 16, le septum alvéolaire est décapité mais aucune image de la lésion n'est visible, figure 29.

2.2.4.2 La radiographie panoramique :

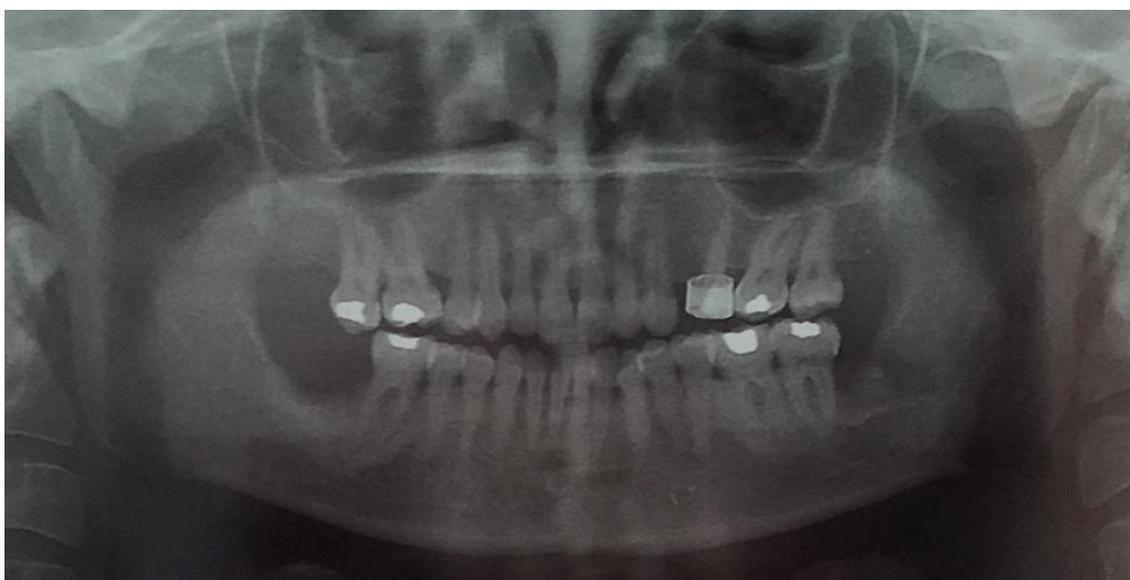


Figure 30 : radiographie panoramique de la patiente.

Sur la radiographie panoramique, aucune image de la lésion n'est visible, figure 30.

2.2.5 Le traitement chirurgical :

L'exérèse de la tumeur a été réalisée sous anesthésie locale dans le service de chirurgie buccale du centre Abel Caumartin, le 9 décembre 2008.

Une anesthésie papillaire des trois quarts de cartouche d'articaïne adrénalinée à 1/100 000ème est effectuée. L'exérèse de la tumeur est effectuée à la lame froide. La totalité de la tumeur a été énuclée. Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été revue en consultation post-opératoire 7 jours après l'intervention. La cicatrisation de seconde intention est acquise.

Un contrôle clinique bi-annuel est prévu afin de mettre en évidence une éventuelle réévolution ou récurrence.

2.2.6 Compte-rendu de l'examen anatomopathologique :

Prélèvement reçu le 10/12/2008

Compte-rendu rédigé le 22/12/2008

Renseignement clinique : épulis gingivale entre 15 et 16.

Le prélèvement mesure 1cm de grand axe. Il a été inclus en totalité. A l'examen microscopique, il intéresse une muqueuse bordée d'un épithélium malpighien kératinisé. Le chorion est centré par une structure osseuse d'aspect par endroits mature, ailleurs d'aspect jeune correspondant à une ostéogenèse. En périphérie de cette structure osseuse, on observe une prolifération de cellules fibroblastiques formant des faisceaux enchevêtrés. Les cellules sont dépourvues d'atypie cytonucléaire. Il n'est pas observé de figure de mitose. Il n'y a pas de zone de nécrose.

Conclusion :

Aspect histopathologique évoquant un fibrome ossifiant périphérique. A confronter aux données cliniques et radiologiques.

2.2.7 Suites opératoires et suivi

2.2.7.1 Prescription post-opératoire :

La prescription comprenait :

-Eludril® : à commencer 48h après l'intervention, à diluer dans 50% d'eau, à prendre après chaque brossage.

-Méridol® : dentifrice

-Inava® 15/100ème : brosse à dents.

2.2.7.2 Suivi post-opératoire :

Sept jours après l'intervention, un rendez-vous de contrôle est programmé. La cicatrisation se déroule de manière normale avec une absence de douleur ou de réaction inflammatoire post-opératoire.

Le 8 juin 2009 la patiente consulte le service pour des douleurs mandibulaires droites. Il n'y a alors pas de récurrence de fibrome ossifiant périphérique.

Les rendez-vous de contrôle de la lésion sont ensuite successivement manqués par la patiente. Il faut noter que la patiente est enceinte à partir d'août 2009

Le 26 avril 2013 la patiente consulte pour un bilan dentaire. L'examen exobuccal ne révèle aucune tuméfaction ou asymétrie. L'examen endobuccal montre une légère inflammation gingivale de la plaque et du tartre ainsi qu'une lésion gingivale épuliforme sur la papille vestibulaire entre la 15 et la 16. Une surveillance est mise en place et la décision d'exérèse est prise si la lésion persiste.

Les rendez-vous suivants ne sont pas honorés par la patiente.

1 an plus tard, le 8 avril 2014 suite à un rendez vous de contrôle, la lésion gingivale papillaire est toujours présente. Il faut noter que l'indice d'O' Leary est de 60% et que du tartre est retrouvé en regard des molaires maxillaires. De par la persistance de la lésion, la décision est prise de procéder à nouveau à une biopsie-exérèse avec examen anatomopathologique.

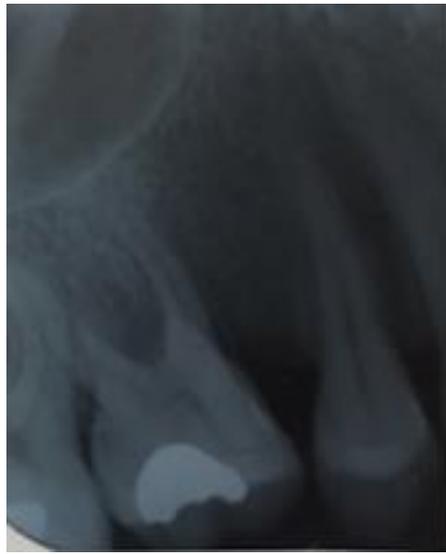


Figure 31 : radiographie rétroalvéolaire de la patiente centrée sur la 15 et la 16 datant du 10 novembre 2014.

Le 10 novembre 2014, une radiographie rétro-alvéolaire est prise, centrée sur la papille entre la 15 et la 16. Aucune image de la lésion n'est observée, figure 31.

L'exérèse de la lésion est effectuée sous anesthésie locale papillaire avec $\frac{3}{4}$ de cartouche d'articaine adrénaliné à 1/100 000ème. L'incision et l'énucléation sont réalisées à la lame froide. L'hémostase est faite par compression manuelle et une suture avec un fil résorbable 2.0 est réalisée afin de faciliter la cicatrisation, de même que la pose d'un pansement gingival de type Coepak®. Une prescription d'Exacyl® et d'Eludril® est faite à la patiente. Le prélèvement tissulaire est envoyé au laboratoire d'anatomopathologie qui confirme le diagnostic de récurrence de fibrome ossifiant périphérique :

Date de prélèvement : le 10/11/2014

Renseignements cliniques : antécédent de fibrome ossifiant périphérique. Suspicion de récurrence. Biopsie de papille d'une lésion entre les dents 15 et 16.

*Un fragment de 1,2*0,5*0,5cm, correspondant centré sur une lésion blanche de 0,6*0,5*0,2cm est inclus en totalité et étudié sur plans de coupes multiples.*

En microscopie, il s'agit d'une lésion centrée sur un fragment osseux mature avec associé à des calcifications au contact d'un tissu fibreux riche en fibroblastes jeunes, sans atypie, le tout s'inscrivant dans un tissu fibreux collagène riche en plasmocytes, le tout est coiffé d'un épithélium gingival régulier.

Conclusion :

Aspect histologique compatible avec un fibrome ossifiant.

Un contrôle à 1 semaine montre une bonne cicatrisation de seconde intention et une absence de douleur post-opératoire. Un contrôle bi-annuel est prévu afin d'éviter tout risque de récurrence.

Le 12/06/2015, lors d'un rendez-vous de contrôle, une lésion de 2mm de diamètre érythémateuse mais non indurée est détectée. La conduite à tenir a été la surveillance à 6 mois. Le suivi de la patiente n'a pas été mené à 6 mois car la patiente n'a pas donné de suite à ses rendez-vous.

2.2.8 Conclusion du cas clinique :

La localisation de ce fibrome ossifiant périphérique est classique ainsi que l'âge de survenue chez cette jeune patiente. De même, le phénomène de récurrence de la lésion à la même localisation est typique. Le phénomène de récurrence, fréquent avec ce type de lésion est aussi retrouvé dans ce cas.

2.3 Discussion

L'étiopathogénie du fibrome ossifiant périphérique reste un sujet à controverses, et ses mécanismes ne sont pas clairement élucidés. Certains auteurs considèrent que son processus est néoplasique tandis que d'autres pensent que le processus est plutôt réactionnel.

Dans tous les cas, le fibrome ossifiant périphérique semble tirer son origine des cellules du ligament desmodontal pour plusieurs raisons (30) :

- la survenue exclusive au niveau gingival,
- la proximité intime de la gencive avec le ligament desmodontal,
- la présence de fibres oxytalanes dans la matrice minéralisée,

- la même réponse fibrocellulaire retrouvée pour les fibromes ossifiants périphériques mais aussi pour des réactions gingivales comme le granulome pyogénique dont l'origine est le ligament desmodontal,
- la distribution du fibrome ossifiant périphérique selon l'âge qui est inversement proportionnel au nombre de dents sur arcade.

Néanmoins, Kumar et al. rapportent le cas d'un fibrome ossifiant périphérique multicentrique chez une femme de 49 ans et qui récidive dans un site édenté, malgré une hygiène méticuleuse (41).

Ce cas de fibrome ossifiant périphérique dans un site édenté pourrait faire douter de l'origine desmodontale de ces lésions. Toutefois, la lésion étant récidivante, le potentiel de récurrence pourrait persister sur site, même en l'absence de dents.

D'autres lésions épuliformes, multiples et multicentriques dans la cavité orale ont déjà été retrouvées dans certains syndromes comme le syndrome de Gardner ou le syndrome du carcinome à cellules basales névoïdes. Ces syndromes sont associés à des mutations génétiques. Il existe donc un potentiel lien entre la survenue de fibrome ossifiant périphérique multicentrique et des mutations génétiques qui entraîneraient une prédisposition aux lésions hyperplasiques gingivales contenant du matériel minéralisé.

Malheureusement, il existe peu de connaissance sur la pathogénie et le profil génétique de ces lésions.

Des analyses approfondies comme un caryotype pourrait donner des indications sur les éventuelles mutations associées au développement ou à la prédisposition à ce type de lésions.

3 Conclusion :

Le point sur les connaissances actuelles au sujet des fibromes ossifiants périphériques a été fait au travers de la littérature. Cette lésion gingivale de type nodulaire de prévalence rare a une croissance lente et limitée. Pour une majorité de cas, de longues périodes se passent avant que le patient ne consulte pour ce type de lésion. En effet, elles restent assez longtemps asymptomatique avant de provoquer une gêne fonctionnelle.

Les différents termes utilisés pour cette lésion ainsi que le manque de consensus sur la classification de ces lésions dites « épuliformes » sont une source d'erreur et de confusion dans le diagnostic. L'examen radio-clinique minutieux et un interrogatoire rondement mené peuvent orienter le diagnostic mais seule l'analyse anatomopathologique de la lésion après exérèse permettra d'établir un diagnostic de certitude.

Sur le plan thérapeutique, à l'heure actuelle, le traitement de premier choix est l'exérèse chirurgicale avec l'utilisation du laser diode 810nm. Il permet des douleurs post-opératoires minimales voire inexistantes et une cicatrisation plus rapide. Il n'y a pas d'altération de la pièce opératoire pour l'examen anatomopathologique.

Une surveillance approfondie tous les 6 mois permet de vérifier l'absence de récurrence et une intervention précoce si celle-ci se produit.

Table des illustrations :

Figure 1 : Topographie dermatome du trijumeau ; d'après Netter (9).....	23
Figure 2 : incidence des fibromes ossifiants périphériques selon l'âge, d'après Reichart (19).....	27
Figure 3 : localisation anatomique des différents types de lésions histopathologiques, d'après Trushnegg (11)	29
Figure 4 : Vue endobuccale (a) et pièce opératoire (b) du fibrome ossifiant périphérique pédiculé en regard de 36, d'après Guillet (33).....	34
Figure 5 : Coupe histologique colorée à l'hématéine et éosine ; aspect histopathologique d'un fibrome ossifiant périphérique mettant en évidence une région riche en cellules en haut et des structures minéralisées en bas. Notons que la région minéralisée montre une organisation parallèle de l'os trabéculaire et il existe une nette démarcation entre la partie minéralisée et la partie riche en cellules (A). Le haut de la lésion est fréquemment ulcéré avec la présence de cellules inflammatoires (B) ; les cellules prolifératives sont grosses, rondes et il n'y a pas de claire distinction entre elles. Des nodules de ciment peuvent être observés (C). L'os trabéculaire est immature avec des ostéoblastes à sa périphérie, cette zone est riche en vaisseaux (D), d'après Lima et al. (36).....	37
Figure 6 : vue intraorale de lésions multiples et multicentriques au maxillaire et à la mandibule de fibrome ossifiant périphérique, d'après Khan (25)	41
Figure 7 : vue occlusale chez le même individu des lésions d'un fibrome ossifiant périphérique multicentrique, d'après Khan,(25).....	41
Figure 8 : aspect clinique de la lésion, d'après Chaturvedy et al. (48).	46
Figure 9 : radiographie rétro alvéolaire mettant en évidence l'érosion osseuse superficielle, d'après Chaturvedy et al.(48).	47
Figure 10 : vue de l'érosion osseuse superficielle après un lever de lambeau d'après Chaturvedy et al. (48).	47
Figure 11 : image d'un fibrome ossifiant périphérique	48
Figure 12 : vue endobuccale d'un fibrome ossifiant périphérique siégeant au secteur mandibulaire, d'après Chaudhari (49).	49
Figure 13 : Coupe coronale pondérée en T1 montrant une masse de même intensité que les tissus environnants et siégeant dans le vestibule mandibulaire gauche, d'après Chaudhari (49).	50
Figure 14 : Coupe axiale pondérée en T1 montrant une image bien délimitée, de même intensité que les tissus mou environnants et ponctuée de zones hypodenses, d'après Chaudhari(49).	51

Figure 15 : <i>a Fibrome ossifiant périphérique entre la canine et la première prémolaire. b vue microscopique d'un tissu conjonctif avec une prolifération fibroblastique (*) avec un tissu osseux hyperminéralisé d'après Trushnegg (10).....</i>	54
Figure16 : <i>a granulome péiphérique à cellules géantes avec un aspect multinodulaire, localisé en palatin. b. histologiquement, la lésion est composée de cellules géantes multinuclées (flèches), de fibroblastes et de capillaire d'après Trushnegg (10).....</i>	54
Figure17 : <i>a Fibrome odontogénique périphérique, nodule gingival mandibulaire entre la première et la seconde molaire situé en lingual. b. au microscope, la lésion révèle un stroma fibreux (*) dans lequel un épithélium odontogénique est visible (flèche), d'après Trushnegg (10).....</i>	54
Figure 18 : <i>Photographie intra orale du fibrome ossifiant périphérique avant exérèse au laser diode, d'après Anuradha (55).</i>	57
Figure 19 : <i>Photographie du site après exérèse de la lésion au laser diode, d'après Anuradha (55).</i>	57
Figure 20 : <i>Photographie 1 semaine après exérèse montrant la cicatrisation du site, d'après Anuradha (55).</i>	57
Figure 21 : <i>Photographie du site 1 an après exérèse chirurgicale d'après Anuradha (55).</i>	57
Figure 22 : <i>Photographie clinique intra buccale montrant une lésion extensive recouvrant les dents du maxillaire et de la mandibule (A,B,C). Image intra buccale de la seconde récédive 8 mois après la première chirurgie (D). 1 an après la seconde récédive, une nouvelle excroissance est observée (E) et est une nouvelle fois excisée (F). Nouvelle récédive avec une gencive apparaissant rose claire (G, H). Enfin, une dernière récédive pour ce même cas (I), d'après Lima (36).</i>	59
Figure 23 : <i>vue endobuccale d'un fibrome ossifiant périphérique mesurant 10 à 11mm et s'étendant de la gencive marginale à la jonction muco-gingivale avec une surface éythémateuse, d'après Salaria (56).</i>	62
Figure 24 : <i>Défaut muco-gingival suite à la chirurgie d'exérèse du fibrome ossifiant périphérique de la photo précédente. Sur cette photo on peut voir les tracés d'incision horizontal et de décharge vertical qui donneront au lambeau sa flexibilité pour lui permettre de recouvrir latéralement le défaut muco-gingival, d'après Salaria (56).</i>	62
Figure 25 : <i>lambeau déplacé latéralement après suture, d'après Salaria (56).</i>	63
Figure 26 : <i>cicatrisation à J+9 mois post-opératoires , d'après Salaria (56).</i>	63
Figure 27 : <i>photographie intrabuccale de la lésion gingivale papillaire entre la 15 et la 16.....</i>	66

Figure 28 : schéma dentaire de la patiente, avec les soins conservateurs en bleu.....	66
Figure 29 : radiographie rétroalvéolaire de la patiente centrée sur la 15 et la 16...	67
Figure 30 : radiographie panoramique de la patiente.....	67
Figure 31 : radiographie rétroalvéolaire de la patiente centrée sur la 15 et la 16 datant du 10 novembre 2014.	70

Index des tableaux :

Tableau 1 : <i>Classification histologiques des tumeurs odontogéniques, seconde édition 1992, d'après Kramer et al. (7).</i>	18
Tableau 2 : <i>revue de la littérature avec l'évolution des définitions et des étiologies du fibrome ossifiant périphérique au cours du temps, d'après Khan et al. ((32). ...</i>	33
Tableau 3 : <i>tableau synthétique des différents diagnostics différentiels du fibrome ossifiant périphérique.</i>	53

Bibliographie :

1. Costa J-M, Delatour F, Faurisson F, Grünfeld J-P. Dictionnaire de médecine Flammarion. Kernbaum S, editor. Paris, France: Flammarion médecine-sciences; 1998. 1030 p.
2. Shear M, Speight P. Cysts of the oral and maxillofacial regions. Oxford,; Wiley-Blackwell; 2007.
3. Le Breton G. Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique. Vélizy, France: Éditions CdP; 1997. 512 p.
4. Brygo A, Leroy X, Maes J-M, Ferri J. Tumeurs et pseudotumeurs non odontogènes bénignes des maxillaires. EMC - Médecine Buccale. [28-550-M-10].
5. Wright JM, Odell EW, Speight PM, Takata T. Odontogenic Tumors, WHO 2005: Where Do We Go from Here? Head Neck Pathol. 2014 Nov 20;8(4):373–82.
6. Auriol M, Naour GL, Capron F. C 17-1 Panorama des tumeurs odontogéniques [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues003517680106SUP463](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/003517680106SUP463) [Internet]. 2008 Feb 22 [cited 2016 Feb 23]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/95116/resultatrecherche/7](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/95116/resultatrecherche/7)
7. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer. 1992 Dec 15;70(12):2988–94.
8. Mishra AK, Maru R, Dhodapkar SV, Jaiswal G, Kumar R, Punjabi H. Peripheral cemento-ossifying fibroma: A case report with review of literature. World J Clin Cases. 2013 Jun 16;1(3):128–33.
9. Netter FHA, Kamina PT. Atlas d'anatomie humaine. Hansen JT, editor. Paris, France: Masson, 2004; 2004. 542; 48 p.
10. Guérin C, Andrieux A, Lagarde A. Classification OMS (1992) et traitement des tumeurs, kystes et pseudo-tumeurs bénignes des maxillaires. France; 2003.
11. Truschnegg A, Acham S, Kiefer BA, Jakse N, Beham A. Epulis: a study of 92 cases with special emphasis on histopathological diagnosis and associated clinical data. Clin Oral Investig. 2015 Nov 18;
12. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. Quintessence Int Berl Ger 1985. 2007 Feb;38(2):103–10.
13. Chaturvedy V, Gupta AK, Gupta HL, Chaturvedy S. Peripheral ossifying fibroma, some rare findings. J Indian Soc Periodontol. 2014 Jan;18(1):88–91.
14. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985 Nov;60(5):505–11.

15. Sciubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 1989 Jul;18(6):315–21.
16. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Nov;84(5):540–9.
17. Yip WK, Yeow CS. A congenital peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973 May;35(5):661–6.
18. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatr Dent*. 1998 Dec;20(7):428–9.
19. Reichart PA, Philipsen HP. *Odontogenic tumors and allied lesions*. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; 2004. 387 p.
20. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994 Nov;78(5):611–20.
21. Mohiuddin K, Priya NS, Ravindra S, Murthy S. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Periodontol*. 2013 Jul;17(4):507–9.
22. Chang C-C, Hung H-Y, Chang JY-F, Yu C-H, Wang Y-P, Liu B-Y, et al. Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi*. 2008 Apr;107(4):288–94.
23. Mishra AK, Maru R, Dhodapkar SV, Jaiswal G, Kumar R, Punjabi H. Peripheral cemento-ossifying fibroma: A case report with review of literature. *World J Clin Cases WJCC*. 2013 Jun 16;1(3):128–33.
24. Kale L, Khambete N, Sodhi S, Sonawane S. Peripheral ossifying fibroma: Series of five cases. *J Indian Soc Periodontol*. 2014 Jul;18(4):527–30.
25. Khan FY, Jan SM, Mushtaq M. Multicentric peripheral ossifying fibroma: A case report and review of the literature. *J Indian Soc Periodontol*. 2013;17(5):648–52.
26. Wauters O, Sabatiello M, Nikkels-Tassoudji N, Choffray A, Richert B, Piérard G-E, et al. Le botryomycome. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2010 Mar;137(3):238–42.
27. Prasad S, Reddy SB, Patil SR, Kalburgi NB, Puranik RS. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? *N Y State Dent J*. 2008 Mar;74(2):50–2.
28. Farquhar T, Maclellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Can Dent Assoc*. 2008 Nov;74(9):809–12.
29. Franco-Barrera MJ, Zavala-Cerna MG, Fernández-Tamayo R, Vivanco-Pérez I, Fernández-Tamayo NM, Torres-Bugarín O. An update on peripheral ossifying fibroma: case report and literature review. *Oral Maxillofac Surg*. 2015 Nov 10;

30. Mohiuddin K, Priya NS, Ravindra S, Murthy S. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17(4):507–9.
31. El Latifi R, El Mghari G, Hiroual A, El Mansouri N, El Ansari N. Fibrome ossifiant révélant une hypercalcémie maligne. *Ann Endocrinol.* 2014 Oct;75(5–6):354–5.
32. Khan FY, Jan SM, Mushtaq M. Multicentric peripheral ossifying fibroma: A case report and review of the literature. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17(5):648–52.
33. Guillet J, Curien R, Maschino F, Viennet D. Fibromes ossifiants des maxillaires : des pièges diagnostiques ? *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2014;20(2):6.
34. Marck V, Sastre-Garau X. Manuel de techniques d’anatomo-cytopathologie: théorie et pratique. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2010. xii+183 p.
35. Tarragano H. Les cancers de la cavité buccale: du diagnostic aux applications thérapeutiques. Reuil Malmaison, France: Editions CdP; 2008. xi+138 p.
36. Lima MDM, Teixeira RG, Bonecker M, de Camargo Moraes P, Mantesso A. Recurrent multicentric peripheral ossifying fibroma-like lesion in a child: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:673.
37. Reddy SV, Medikonda SK, Konda A, Natta S. A rare benign odontogenic neoplasm: peripheral odontogenic fibroma. *BMJ Case Rep.* 2014;2014.
38. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987 Apr;63(4):452–61.
39. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol.* 2004 Oct;6(4):131–5.
40. Buchner A, Calderon S, Ramon Y. Localized hyperplastic lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 302 lesions. *J Periodontol.* 1977 Feb;48(2):101–4.
41. Kumar SKS, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci.* 2006 Dec;48(4):239–43.
42. Choudary SA, Naik AR, Naik MS, Anvitha D. Multicentric variant of peripheral ossifying fibroma. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res.* 2014 Apr;25(2):220–4.
43. Perrin D, Ahossi V, Larras P, Duran D. Manuel de chirurgie orale: technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien. Paris, France: Ed. CdP, impr. 2012; 2012. xxiii+511 p.
44. Imagerie dentomaxillaire [Internet]. EM-Consulte. [cited 2015 Oct 26]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/26119/imagerie-dentomaxillaire>
45. Imagerie dentomaxillaire [Internet]. EM-Consulte. [cited 2015 Oct 26]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/26119/imagerie-dentomaxillaire>

46. Tarragano H, Missika P, Moyal F, Roche Y. *La chirurgie orale*. Rueil-Malmaison, France: Éd. CdP; 2010. xvii+261 p.
47. Moon W-J, Choi S, Chung E, Kwon K, Chae S. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dentomaxillofacial Radiol*. 2007 Mar 1;36(3):180–2.
48. Chaturvedy V, Gupta AK, Gupta HL, Chaturvedy S. Peripheral ossifying fibroma, some rare findings. *J Indian Soc Periodontol*. 2014;18(1):88–91.
49. Chaudhari S, Umarji HR. Peripheral Ossifying Fibroma in the Oral Cavity: MRI Findings. *Case Rep Dent [Internet]*. 2011 [cited 2016 Mar 8];2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3335457/>
50. Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg*. 1989 Apr;47(4):378–82.
51. Halkias LE, Larsen PE, Allen CM, Steinberg MJ. Rapidly growing, expansile mass of the mandible in a 6-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 1998 Jul;56(7):866–71.
52. García de Marcos JA, García de Marcos MJ, Arroyo Rodríguez S, Chiarri Rodrigo J, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci*. 2010 Mar;52(1):95–9.
53. Barot VJ, Chandran S, Vishnoi SL. Peripheral ossifying fibroma: A case report. *J Indian Soc Periodontol*. 2013 Nov;17(6):819–22.
54. Chugh S, Arora N, Rao A, Kothawar SK. Laser excision of peripheral ossifying fibroma: Report of two cases. *J Indian Soc Periodontol*. 2014 Mar;18(2):259–62.
55. Anuradha BR, Penumarty S, Charan CR, Swati M. Application of 810-nm diode laser in the management of peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Periodontol*. 2015 Apr;19(2):224–6.
56. Salaria SK, Gupta N, Bhatia V, Nayar A. Management of residual mucogingival defect resulting from the excision of recurrent peripheral ossifying fibroma by periodontal plastic surgical procedure. *Contemp Clin Dent*. 2015 Sep;6(Suppl 1):S274–7.
57. Zucchelli G, Gori G, De Sanctis M. *Mucogingival esthetic surgery*. Milan, Italie, Allemagne, France; 2013. xii+820; 14 p.

Le fibrome ossifiant périphérique, à propos d'un cas /
Ramdani Missoum.- p. (nombre de pages) : ill. (si illustrations) ; réf. (57).

Domaines : Chirurgie et parodontologie.

Mots clés Rameau: Maxillaires-Gencives-Tumeur.

Mots clés FMeSH: Fibrome ossifiant périphérique-Maladie de la gencive-Tumeur de la gencive.

Résumé de la thèse :

Le fibrome ossifiant périphérique est une lésion gingivale de type nodulaire qui survient le plus fréquemment au maxillaire antérieur chez de jeunes adultes de sexe féminin. Il se définit par un néoplasme bien circonscrit et parfois encapsulé composé d'un tissu fibreux contenant des quantités variées de matériaux minéralisés comme de l'os ou du ciment.

Il est associé à des facteurs locaux d'irritation et peut entraîner une gêne et des difficultés de phonation ou de mastication.

L'examen clinique permettra de nous donner des indices pour son diagnostic mais seul l'examen anatomopathologique permettra d'en confirmer son diagnostic.

Nous présentons dans ce travail, le cas classique d'un fibrome ossifiant périphérique chez une femme de 32 ans.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume Penel

Assesseurs : Monsieur le Professeur Hervé Boutigny-Vella

Madame le Docteur Béatrice Louvet

Madame le Docteur Cécile Olejnik