Observation clinique

Fibrome cémento-ossifiant périphérique maxillaire postérieur

Inès Hachicha^{1,*}, Sameh Sioud¹, Leila Njim², Faten Ben Amor³, Jamil Selmi¹

¹ Service de Médecine et Chirurgie buccales, Clinique hospitalo-universitaire d'Odontologie, Monastir, Tunisie

² Service d'Anatomie et Cytologie pathologiques, Centre hospitalo-universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

³ Département d'Anatomie orale, Faculté de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

(Reçu le 26 août 2010, accepté le 16 septembre 2010)

Mots clés :

**fibrome cémento-ossifiant
périphérique / épulis
fibreuse calcifiée / lésion
gingivale / calcifications**

Key words:

**peripheral cemento-ossifying
fibroma / calcified fibrous
epulide / gingival lesion /
calcifications**

Résumé – Le fibrome cémento-ossifiant périphérique est une lésion gingivale réactionnelle, non néoplasique, caractérisée par la présence de tissu minéralisé au sein d'un stroma fibreux. Il affecte préférentiellement les femmes lors de la 2^e et la 3^e décades et touche surtout la région antérieure. Il est caractérisé par un taux de récurrence relativement élevé. Un cas de fibrome cémento-ossifiant périphérique maxillaire postérieur chez une femme de 60 ans est rapporté. Les aspects clinique, histologique, thérapeutique ainsi que les différentes controverses dans la littérature concernant la nomenclature et l'étiopathogénie sont discutés.

Abstract – **Peripheral cemento-ossifying fibroma at posterior maxilla location.** The peripheral cemento-ossifying fibroma (PCOF) is a non-neoplastic reactive enlargement of the gingiva characterized by the formation of mineralized product in a fibroblastic stroma. The large number of names used for PCOF indicates that there is much controversy surrounding the classification of this lesion. Although the etiology of PCOF remains unknown, it is thought to arise from periodontal ligament. It predominantly affects females at the 2nd and 3rd decade and occurs often in the anterior area. The recurrence rate of the PCOF is considered high for reactive lesions. The present report describes a case of PCOF in a 60 year-old female, localized in the posterior maxilla. Clinical and histological aspects, in addition to differential diagnosis and treatment are discussed.

En raison des nombreux facteurs irritants présents dans la cavité buccale (biofilm, tartre, prothèses, etc.), la gencive peut être le siège de lésions réactionnelles très diverses. Parmi ces proliférations gingivales non néoplasiques, le fibrome cémento-ossifiant périphérique (FCOP) présente la particularité d'associer différents tissus minéralisés (os, ciment, calcifications dystrophiques) dans un stroma fibreux. Dans la littérature, plusieurs termes ont été employés pour désigner le FCOP témoignant de l'ambiguïté qui entoure la nature exacte de cette lésion.

Les auteurs rapportent un cas rare de localisation maxillaire postérieure d'un FCOP en discutant les aspects clinique et histologique spécifiques de cette lésion gingivale ainsi que le diagnostic différentiel et l'attitude thérapeutique.

Observation

Une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été adressée au service de Médecine et Chirurgie buccales pour une tuméfaction gingivale maxillaire gauche siégeant sur le site d'extraction de la deuxième molaire. Cette dent a été extraite cinq mois auparavant, mais la patiente a précisé que la tumeur gingivale était en évolution bien avant l'extraction.

L'examen exobuccal est sans particularité. L'examen endobuccal révèle un nodule gingival de 2 cm environ dans son grand axe, pédiculé, de consistance ferme, ne saignant pas au contact, recouvert par une gencive d'aspect normal, ulcérée par endroits et présentant l'empreinte de la face occlusale de la dent antagoniste. La tumeur comble l'alvéole de la deuxième molaire et s'étend sur les versants vestibulaire et palatin de la crête alvéolaire (Fig. 1).

La radiographie panoramique montre une image légèrement radio-opaque occupant le site d'extraction de la

* Correspondance : ineshachicha@yahoo.fr

Fig. 1. Vue endobuccale montrant la tumeur gingivale siégeant dans la région de la 2^e molaire maxillaire gauche.

Fig. 1. Endobuccal view showing the gingival nodule occupying the place of the 2nd left maxillary molar.

deuxième molaire maxillaire gauche non cicatrisé et refoulant la dent de sagesse adjacente (Fig. 2).

Après confrontation des éléments cliniques et radiologiques, deux hypothèses diagnostiques ont été formulées : fibrome gingival ou granulome périphérique à cellules géantes. Après mise en état de la cavité buccale, la tumeur est excisée sous anesthésie locale et la dent de sagesse extraite. Un curetage appuyé des alvéoles de la deuxième molaire et de la dent de sagesse est réalisé.

La tumeur mesure 2,5 cm dans son grand axe. Elle est revêtue par un épithélium malpighien, ulcéré par endroits. Son axe est formé par un tissu conjonctif lâche, assez cellulaire, renfermant de nombreux plasmocytes et de multiples masses cémentaires arrondies avec de rares travées osseuses métaplastiques (Fig. 3). Devant cet aspect, le diagnostic de FCOP est retenu.

Le contrôle clinique et radiologique postopératoire, effectué six mois après l'intervention, montre une bonne cicatrisation muqueuse et osseuse, sans signes de récurrence (Fig. 4).

Commentaires

Le FCOP est une tumeur gingivale réactionnelle non néoplasique [1-4]. Plusieurs dénominations ont été proposées pour cette entité : épulis fibreuse calcifiée, fibrome périphérique avec calcifications, fibrome ossifiant périphérique, fibrome cémentifiant périphérique, granulome fibroblastique calcifié, fibrome odontogénique périphérique [5-7]. La diversité des termes retrouvés dans la littérature témoigne de la controverse concernant la classification de cette lésion. Le terme de FCOP est actuellement le plus utilisé [8].

Il s'agit d'une prolifération gingivale qui représente 2 % de toutes les lésions buccales [3] et entre 1 % et 3 % de toutes les lésions gingivales [6]. Sur 2 439 lésions gingivales réactionnelles biopsiées, Zhang *et al.* [4] retrouvent 431 cas de FCOP (17,67 %). Le FCOP est plus fréquent chez la femme avec un pic d'incidence lors de la 2^e et la 3^e décades [3,9,10]. Cette lésion peut toucher le maxillaire et la mandibule avec une prédominance dans la région antérieure [3,4,10,11]. Le cas rapporté une localisation postérieure peu fréquente chez une femme de 60 ans.

L'étiopathogénie du FCOP est mal connue. Plusieurs auteurs suggèrent que ce sont les cellules du ligament parodontal qui sont à l'origine de cette lésion. Cette hypothèse est soutenue par le fait que le FCOP se développe sur la gencive au contact du ligament parodontal, et par la présence de fibres oxytalane dans la trame organique de la masse minéralisée de certains FCOP [1,7]. Un facteur hormonal pourrait jouer un rôle dans la prolifération du FCOP, du fait de sa prédominance chez les femmes en période d'activité génitale [6,9].

Comme pour toutes les autres lésions gingivales réactionnelles, les facteurs irritants locaux sont incriminés dans le développement du FCOP : le biofilm, le tartre, les prothèses dentaires mal adaptées, les microtraumatismes de la mastication... [4]. Dans le cas rapporté, le tartre et la dent de sagesse fracturée ont pu jouer le rôle de facteurs irritants favorisant le développement du FCOP.

Cliniquement, il s'agit d'une tumeur gingivale qui se développe sur la papille interdentaire. Elle est pédiculée ou sessile, ne dépassant généralement pas 2 cm de diamètre, mais elle peut prendre des dimensions plus importantes [12]. La consistance est fibreuse ou dure selon l'importance des structures minéralisées. La gencive qui recouvre la tumeur peut être d'aspect normal ou ulcéré. Généralement, il s'agit d'une lésion isolée, mais un cas de FCOP multicentrique a été rapporté dans la littérature [13].

L'exploration radiographique n'objective, en général, pas de lyse osseuse sous-jacente à la lésion. La visualisation des calcifications dépend du degré de maturation du tissu minéralisé [7,10,11]. Dans le cas du FCOP rapporté, l'image radioclaire sous-jacente à la lésion semblait plus résulter de la non-cicatrisation de l'alvéole de la 2^e molaire maxillaire extraite six mois auparavant par envahissement de l'alvéole par le nodule gingival que d'une lyse osseuse secondaire au processus réactionnel.

L'aspect clinique du FCOP peut prêter à confusion avec les autres lésions gingivales réactionnelles, à savoir l'épulis fibreuse, le granulome pyogénique et le granulome périphérique à cellules géantes. Le granulome pyogénique se présente généralement sous forme d'un nodule gingival de petite taille, de consistance molle, le plus souvent ulcéré en surface et saignant facilement au contact [12,15]. Quelques auteurs suggèrent que la FCOP serait une forme mature du granulome pyogénique [16]. La chronicité de l'irritation et le retard de prise en charge de ces lésions permettraient la maturation du tissu fibreux et sa transformation en tissu minéralisé. Cette hypothèse n'est pas partagée par tous les auteurs, d'autant plus qu'un FCOP, diagnostiqué initialement comme

Fig. 2. Radiographie panoramique montrant une image légèrement radio-opaque occupant l'alvéole non cicatrisée de la 2^e molaire maxillaire gauche.

Fig. 2. Panoramic radiography showing a slightly radio-opaque image occupying the unhealed socket of the left 2nd maxillary molar.

Fig. 3. Aspect histologique. 3a. Tissu conjonctif lâche recouvert d'un épithélium malpighien ulcéré par endroits (HE, $\times 40$). 3b. Dans certaines zones, la tumeur est riche en masses cémentaires et osseuses (HE, $\times 40$). 3c. Masses arrondies constituées de ciment au sein d'un tissu conjonctif fibreux comportant peu de cellules (HE, $\times 200$). 3d. Travées osseuses métaplasiques contenant des ostéocytes (HE, $\times 200$).

Fig. 3. Histologic feature. 3a. A myxoid connective tissue covered by a partially ulcerated squamous epithelium (HE, $\times 40$). 3b. Focally, the tumor contains an abundant cementum-like material and bone deposits (HE, $\times 40$). 3c. Round masses of cementum in a cellular fibrous stroma (HE, $\times 200$). 3d. Metaplastic trabecular bone with some osteocysts (HE, $\times 200$).

Fig. 4. Vue endobuccale 6 mois après l'exérèse montrant l'absence de récurrence de la tumeur.

Fig. 4. Endobuccal view 6 months after the excision showing no recurrence.

une épulis congénitale, a été rapportée chez un nouveau-né de 7 jours [17]. Le granulome périphérique à cellules géantes présente une consistance moins ferme que la FCOP et il est généralement associé à une lyse osseuse due à la prolifération des cellules géantes multinucléées [9, 15].

Le FCOP a été longtemps confondu avec le fibrome odontogénique périphérique qui est une localisation périphérique du fibrome odontogène intra-osseux. Il est admis actuellement qu'il s'agit de deux entités pathologiques différentes [5, 10, 18] et Gardner [5] a proposé le terme de fibrome ossifiant périphérique pour éviter toute confusion avec le fibrome odontogène des maxillaires qui se différencie par la présence d'épithélium odontogène et de la dentine dysplasique. Des études immunohistochimiques ont montré qu'il n'y a pas de similitudes entre le FCOP et le fibrome ossifiant et que le potentiel prolifératif de ce dernier est plus important que celui du FCOP [2, 19].

Le diagnostic de certitude du FCOP est histologique. Il s'agit d'une tumeur non encapsulée, composée par un épithélium malpighien normal ou ulcéré, un tissu fibreux avec présence de fibroblastes et du tissu minéralisé. Ce tissu minéralisé peut être composé d'os, de matériel cémentoïde et/ou de calcifications dystrophiques [20].

Le taux de récurrence du FCOP est assez élevé (de 16 % à 20 %) pour une lésion gingivale considérée comme réactionnelle [6, 10, 20]. Cela peut être dû à une exérèse incomplète et/ou à la persistance du facteur irritant [9]. Le traitement du FCOP doit donc comporter l'exérèse complète de la tumeur et l'élimination des facteurs irritants. L'exérèse doit intéresser le ligament parodontal et le périoste pour éviter les récurrences [7, 15]. L'extraction de dents conservables, si elles sont au contact de la tumeur, est rarement nécessaire [11, 12].

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. De Marcos JA, de Marcos MJ, Rodríguez SA, Rodrigo JC, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci* 2010;52:95-9.
2. Ono A, Tsukamoto G, Nagatsuka H, Yoshihama Y, Santo Rivera R, Katsurano M, Yao M, Sasaki A. An immunohistochemical evaluation of BMP-2, -4 osteopontin, osteocalcin and PCNA between ossifying fibromas of the jaws and peripheral cement-ossifying fibromas of the gingival. *Oral Oncol* 2007;43:339-44.
3. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran. A review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45:288-92.
4. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int* 2007;38:103-10.
5. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;54:40-8.
6. Farquhar T, MacLellan J, Dymment H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *JADC* 2008;74:809-12.
7. Yadav R, Gulati A. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Oral Sci* 2009;51:151-4.
8. Thompson LDR. Head and neck pathology (p. 252-3). Elsevier, Philadelphia, 2006.
9. Das UM, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2009;27:49-51.
10. Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:378-82.
11. Delbem AC, Cunha RF, Silva JZ, Soubhia AM. Peripheral cement-ossifying fibroma in child. A follow-up of 4 years. Report of a case. *Eur J Dent* 2008;2:134-7.
12. Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:695-8.
13. Kumar SK, Ram S, Jorgensen M, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci* 2006;48:239-43.
14. Moon WJ, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dentomaxillofac Radiol* 2007;36:180-2.
15. Cohen D, Bhattacharyya I. Case of the month: peripheral ossifying fibroma. *Today's FDA* 2008;20:17-9.
16. 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;74:50-2.
17. Yip WK, Yeow CS. A congenital peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973;35:661-6.
18. Silvia CO, Sallum AW, do Couto-Filho CE, Costa Pereira AA, Hanemann JA, Tatakis DN. Localized gingival enlargement associated with alveolar process expansion: peripheral ossifying fibroma coincident with central odontogenic fibroma. *J Periodontol* 2007;78:1354-9.
19. Mesquita RA, Sousa SC, de Araujo NS. Proliferative activity in peripheral ossifying fibroma and ossifying fibroma. *J Oral Pathol Med* 1998;27:64-7.
20. Buchner A, Hansen LS, Francisco S. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:452-61.