

## FIBROMYXOME ODONTOGENE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

---

**Auteurs :** Raotoson H<sup>1</sup>, Nomenjanahary L<sup>2</sup>, Randriamanantena T<sup>3</sup>, Rakotoarimanana FVA<sup>4</sup>, Haminason LS<sup>4</sup>, Andriamanantena RH<sup>4</sup>, Rasolondraibe AF<sup>4</sup>, Rakotoarison RA<sup>5</sup>, Razafindrabe JAB<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Service de Chirurgie maxillofaciale CHU PZAGA Mahajanga (Madagascar)

<sup>2</sup> UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU-JRA Antananarivo (Madagascar)

<sup>3</sup> Service de Chirurgie maxillofaciale CHU Fianarantsoa (Madagascar)

<sup>4</sup> Service de Chirurgie maxillofaciale CHU JDR Antananarivo (Madagascar)

<sup>5</sup> Service de Chirurgie maxillofaciale CENHOSOA Antananarivo (Madagascar)

**Auteur correspondant :** RAOTOSON Herisitrika

Service de Chirurgie maxillofaciale CHU PZAGA Mahajanga (Madagascar)

[sitrakerymaxillo@yahoo.fr](mailto:sitrakerymaxillo@yahoo.fr)

### Résumé

Le fibromyxome ou myxome est une tumeur mésenchymateuse. Il s'agit d'une lésion bénigne, rare, dont les caractéristiques ne sont pas encore parfaitement définies.

Nous rapportons un cas d'une femme de 27 ans, qui avait présenté une tuméfaction du maxillaire gauche, non inflammatoire, d'allure bénigne, et diagnostiqué après exérèse complète et examen histologique comme un fibromyxome du maxillaire.

Bien que bénigne, le fibromyxome est localement invasif. Le maître symptôme est la tuméfaction. Les signes cliniques et radiologiques sont variés et l'examen histologique permet de confirmer le diagnostic.

Le traitement du fibromyxome est chirurgical, le taux de récurrence étant peu documenté, un suivi clinique et radiologique à long terme est recommandé.

**Mots clés :** fibromyxome, myxome odontogène, tumeur bénigne.

### Abstract

*A fibromyxoma or myxoma is a mesenchymal tumor. It is a rare benign lesion whose characteristics are not yet perfectly defined.*

*We report a case of 27 year-old woman, who had a left maxillary tumefaction, non-inflammatory, diagnosed after complete excision and histological examination as maxillary fibromyxoma.*

*Although benign, fibromyxoma is locally invasive. Tumefaction is the constant sign. The clinical and radiological signs are varied, the histological examination confirms the diagnosis.*

*Surgery is the treatment. The rate of recurrence being poorly documented, clinical and radiological follow up is recommended for a long period.*

**Key words :** benign tumor, fibromyxoma, odontogenic myxoma.

## INTRODUCTION

Le fibromyxome, appelé aussi myxome est une tumeur mésoenchymateuse bénigne rare. Il représente 3% des tumeurs odontogènes et 0,6% des tumeurs de la cavité buccale [1]. Bien que bénin, il est localement invasif, et la manifestation clinique et l'imagerie sont variées, et font souvent suspecter une lésion maligne. Il a

été décrit pour la première fois par Thomas et Goldmann en 1947 [2]. Aucun cas malgache n'a encore été rapporté dans la littérature.

L'objectif de cette étude est de rapporter un cas en décrivant ses caractéristiques, et en le comparant aux cas rapportés dans la littérature.

## OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, qui était venue en consultation au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Professeur ZAFISAONA Gabriel Mahajanga, Madagascar pour une tuméfaction du maxillaire gauche évoluant depuis 4 ans. A l'examen physique, la patiente présentait une tuméfaction intéressant l'os maxillaire gauche, peu sensible, fixe par rapport à l'os, respectant la ligne médiane. La radiographie du crâne en incidence de face et de Blondevin a montré la présence d'une image radioopaque entourée d'une clarté avec présence de liséré de condensation, intéressant l'os maxillaire gauche. Le bilan d'extension à distance est négatif. Le diagnostic de tumeur du maxillaire gauche a été posé. Une tumorectomie sous anesthésie générale a été réalisée et la

pièce opératoire a été envoyée au service d'anatomie pathologique.

L'examen macroscopique a montré une pièce blanchâtre multifragmentée, mesurant en amas 11 cm de grand axe. Elle a présenté des tranches de section blanchâtres homogènes et gluantes. L'examen histopathologique avec la coloration hématoxyline-éosine a montré des cellules fusiformes d'allure fibroblastique, avec cytoplasme allongé et noyaux uniques ovalaires, à bout effilé. Elles ont été dépourvues d'atypies cytonucléaires, et aucune mitose n'a été observée. Ces cellules sont dispersées dans un stroma mucoïde, lâche et abondant, discrètement inflammatoire (figure 1). La vascularisation a été composée principalement de fins capillaires. Aucun îlot d'épithélium odontogène n'a été

observé, mais il y avait la présence de zone d'ossification (figure 2).

Considérant l'aspect macroscopique et histopathologique, nous avons posé le

diagnostic de fibromyxome odontogène.

Le contrôle au douzième mois post-opératoire n'a pas révélé de récurrence tumorale.

## COMMENTAIRES

Le fibromyxome est une tumeur mésenchymateuse rare. Il peut être localisé dans différent tissu, comme le cœur, l'os, la peau, le tissu sous-cutané, l'aponévrose, l'appareil génito-urinaire, et le muscle squelettique [3]. Au niveau de la sphère maxillofaciale, la mandibule est la localisation la plus fréquente. Le fibromyxome représente 0,5% à 19% des tumeurs odontogènes rapportées dans la littérature [4]. Une autre étude a rapporté 3% sur 706 cas de tumeurs odontogènes [5].

L'âge de diagnostic est entre 10 à 40 ans, avec un pic à la troisième décennie [6]. Des cas chez l'enfant de 3 et 17 mois ont été rapportés [4, 6].

La plupart des études rapportent une prédominance féminine [6], avec des sex ratio de 1/2 à 1/4. Mais Zhang *et al.* rapportent une prédominance masculine [7].

La localisation mandibulaire est la plus rapportée [6, 8, 9]. Les régions prémolaires et molaires sont les plus fréquentes [10, 11], mais il peut s'observer au niveau du

condyle et rarement au niveau de la gencive [12].

Bien que bénin, le myxome odontogène est invasif, et envahit l'os mandibulaire. Cette aptitude d'envahissement et destruction de l'os est l'effet de la sécrétion par la tumeur de métalloprotéinases 2 et 9 qui dégradent la matrice extracellulaire [13, 14].

Le myxome odontogène est une tumeur à développement lente, et les symptômes sont d'apparitions tardives. Le maître symptôme est la tuméfaction, mais parfois associé à une douleur, une paresthésie, une ulcération, et avulsion spontanée d'une ou des groupes de dents [4].

A la radiographie, le myxome odontogène a une caractéristique variée. Il peut être souvent radioclaire, ou mixte, c'est-à-dire radioclaire-radioopaque [11, 15]. Il peut être uni- ou multiloculaire, avec un aspect en bulles de savon, ou en nids d'abeille, détruisant l'os mandibulaire. Zhang J *et al.* en 2007 avaient divisé les aspects radiographiques des myxomes odontogènes en 6 types [7]:

- type I : en image uniloculaire ;

- type II : en image multiloculaire (comprenant les lésions sous forme de « nids d'abeille », en « bulles de savon » et en « raquette de tennis »),
- type III : avec une atteinte de l'os alvéolaire,
- type IV : avec une atteinte du sinus maxillaire,
- type V : avec une présence d'ostéolyse et de destruction osseuse,
- type VI : en image d'ostéolyse associée à une ostéogenèse ou ostéocondensation.

Les diagnostics différentiels radiologiques sont nombreux. Ils sont aussi bien bénins incluant l'améloblastome, l'angiome, le kyste anévrysmal, et les autres kystes dentaires, mais aussi malins comme l'ostéosarcome, le chondrosarcome, le rhabdomyosarcome, et sarcome fibromyxoïde [10, 11, 16]. Seul un examen anatomopathologique permet de les éliminer.

A l'examen macroscopique, le myxome odontogène est gris-blanchâtre, nodulaire, de consistance variée, partiellement encapsulé, avec une tranche de coupe

gélatineuse ou mucoïde [11], mais parfois non encapsulé et mal limité [12].

A l'histologie, le myxome odontogène est composé par un stroma fibreux et mixoïde ressemblant à la pulpe dentaire, accompagné de travées osseuses, ou de calcifications. Des îlots d'épithélium dentaire peuvent être observés mais ne sont pas nécessaire pour le diagnostic [6, 16].

Les cellules tumorales sont fusiformes, parfois étoilées, avec des petits noyaux hyperchromatiques. Il n'y a pas ou peu d'atypies cellulaires. Quelques mastocytes peuvent être observés dans le stroma [17].

Le traitement de choix est la chirurgie, dont le protocole dépend du site, de la taille tumorale, et de l'aspect de ses limites. Une approche conservatrice est recommandée en première intention, avant un traitement radical en cas de récurrence. L'énucléation ou le curetage sont à discuter selon l'aspect des limites tumorales [18]. La radiothérapie n'a pas d'intérêt dans le traitement car le myxome odontogène est radiorésistant [8].

Le myxome odontogène est très récidivant, avec un taux de 25% de récurrence après curetage [10]. Une surveillance pendant au moins 5 ans est ainsi recommandée.

## CONCLUSION

Le fibromyxome odontogène est localement invasif et touche surtout la mandibule, le développement est lent. La chirurgie reste le traitement de choix et la

technique doit être bien codifiée afin d'éviter la récurrence. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic.

## REFERENCES

- [1] Wong GB. Large odontogenic myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral ostectomy. *J Oral Mxfac Surg.* 1992;50:1221-4.
- [2] Thoma KH, Goldman HM. Central myxoma of the jaw. *Am. J. Orthod Oral Surg.* 1947;33 (7),B532–B40.
- [3] Kyriakos M. Tumours and tumour like conditions of the soft tissue. In: Kissane, J.M. (Ed.), *Anderson's Pathology*, vol. 2. ninthed. The CV Mosby Company, St. Louis, 1990;pp. 1838–1928.
- [4] Gonzalez-Garcia R, Rodriguez-Campo FJ, Naval Gias L, Munoz-Guerra MF, Sastre-Perez J, Diaz-Gonzalez FJ. Mandibular odontogenic myxoma. Reconstructive considerations by means of the vascularized fibular free flap. *Med. Oral Patol. Oral. Cir. Bucal.* 2006;11, E531–E35.
- [5] Regezi, JA. Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibrousseous, and giant cell lesions of the jaws. *Mod. Pathol.* 2002;15 (3),331–41.
- [6] Simon ENM, Merckx MAW, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJW. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int. J. Oral Maxillofacial Surg.* 2004;33,333–37.
- [7] Zhang J, Wang H, He X, Niu Y, Li X. Radiographic examination of 41 cases of odontogenic myxomas on the basis of conventional radiographs. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2007;36,160–67.
- [8] Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cysts and tumors of odontogenic origin. *A Textbook of Oral Pathology.* fourth ed. Elsevier-Saunders, Pennsylvania. 2003;pp.258–317.
- [9] Moore BA, Wine T, Burkey BB, Amedee RG, Butcher II RB. Sphenoid sinus myxoma: case report and literature review. *Ochsner J.* 2008;8,166–71.
- [10] Speight PM. Tumours of oral cavity. In: Fletcher, C.D.M. (Ed.), *Diagnostic Histopathology of Tumors*, vol. 1. fourth

ed. Elsevier Saunders, Philadelphia. 2013;pp.246–69.

[11] Li TJ, Sun LS, Luo HY. Odontogenic myxoma; a clinicopathologic study of 25 cases. Arch. Pathol. Lab Med. 2006;130,1799–806.

[12] Rius JM, Nadal A, Lahor E, Mtui B, Brunet L. Unusual presentation of localized gingival enlargement associated with a slow-growing odontogenic myxoma. Int. J. Oral Sci. 2013;5,172–75.

[13] Mauro A, Lipari L, Tortorici S, Leone A, Gerbino A, Buscemi M. Expression of MMP-2 and MMP-9 in odontogenic myxoma in a child: report of a clinical case Odontology. 2013;101 (2),233–38.

[14] Miyagi SP, Hiraki KR, Martins MD, Marques MM. Expression of matrix metalloproteinases 2 and 9 in odontogenic myxoma in vivo and in vitro. J. Oral Sci. 2008;50 (2),187–92.

[15] Altug HA, Gulses A, Sencimen M. Clinico-radiographic examination of odontogenic myxoma with displacement of unerupted upper third molar: review of the literature. Int. J. Morphol. 2011;29 (3),930–33.

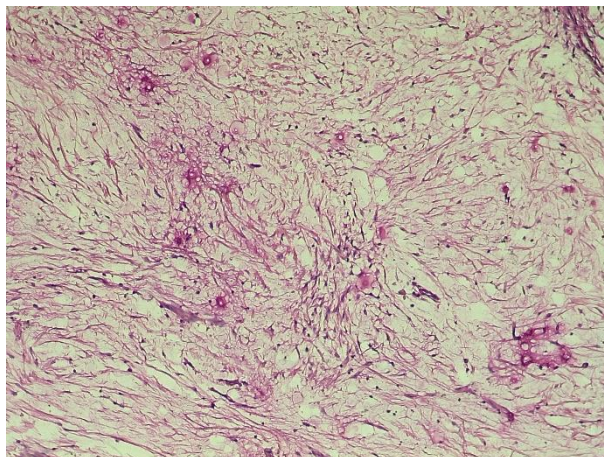
[16] Chrcanovic BR, Amaral MB, Andrade Marigo H, Freire-Maia B. An expanded odontogenic myxoma in maxilla. Stomatologija.2010;12,122–28.[17]

Martinez-Mata G. et al. Odontogenic myxoma: clinico-pathological, immunohistochemical and ultrastructural findings of a multicentric series. Oral Oncol. 2008;44 (6),601–07.

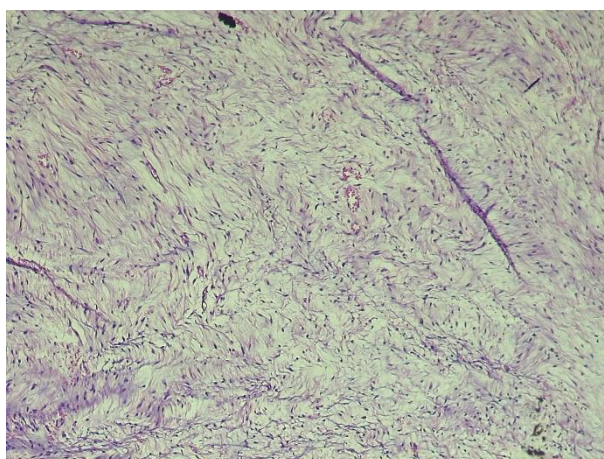
[18] Halfpenny W, Verey A, Bardsley V. Myxoma of the mandibular condyle. A case report and review of the literature. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Endod. 2000;90,348–53.



## ILLUSTRATIONS



**Figure 1** : Coloration à l'hématéine éosine. Grossissement x 10  
*Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU-JRA Antananarivo (Madagascar)*



**Figure 2** : Coloration à l'hématéine éosine. Grossissement x 10  
*Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU-JRA Antananarivo (Madagascar)*