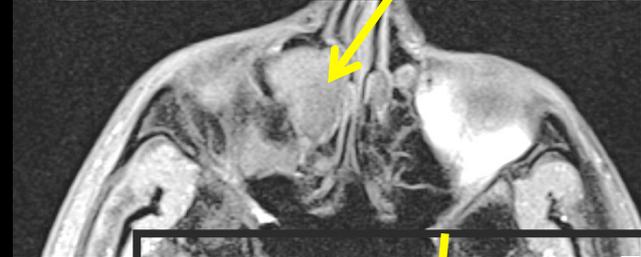
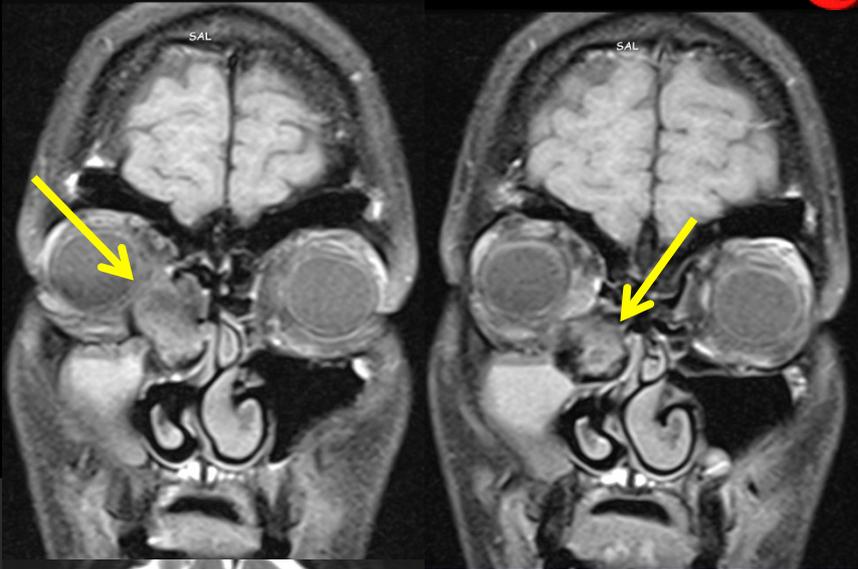


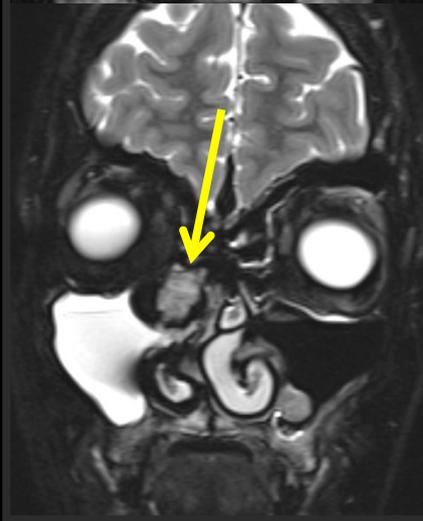
Jeune homme 17 ans ,déviation de la cloison nasale congénitale , énoptalmie droite , lésion indurée du canthus interne droit et larmoiement depuis un an .Quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir



T1

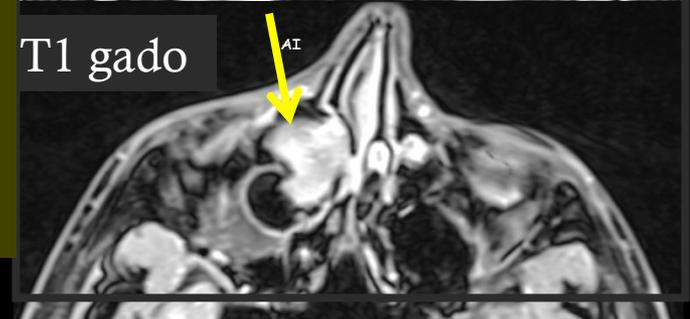
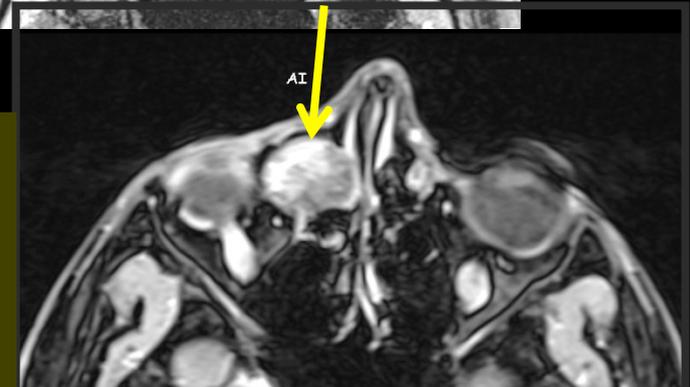


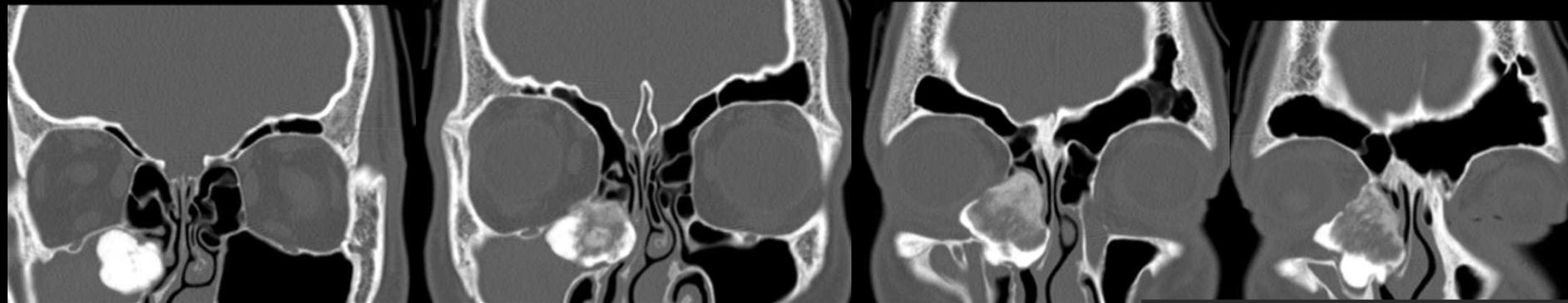
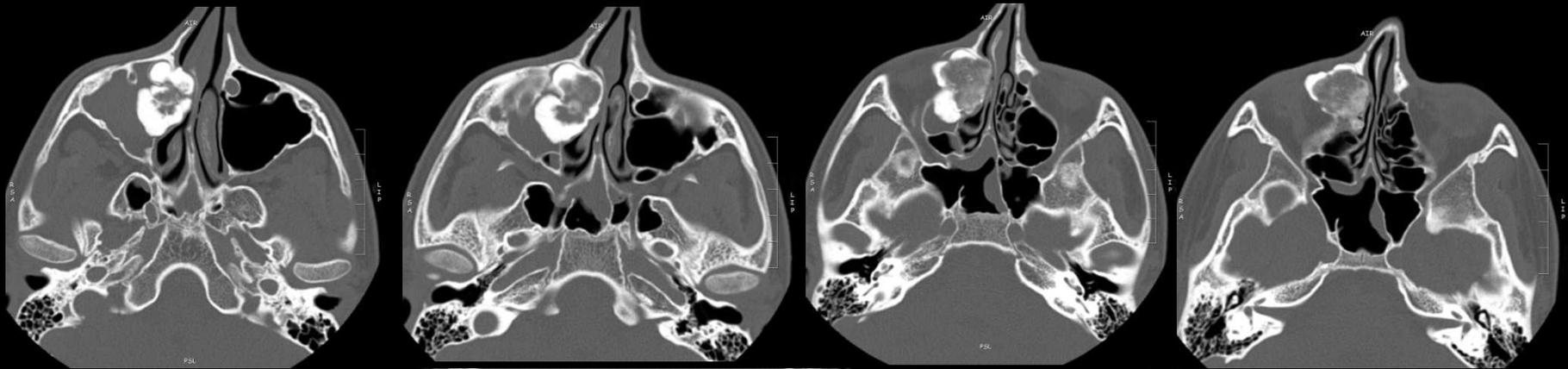
T2



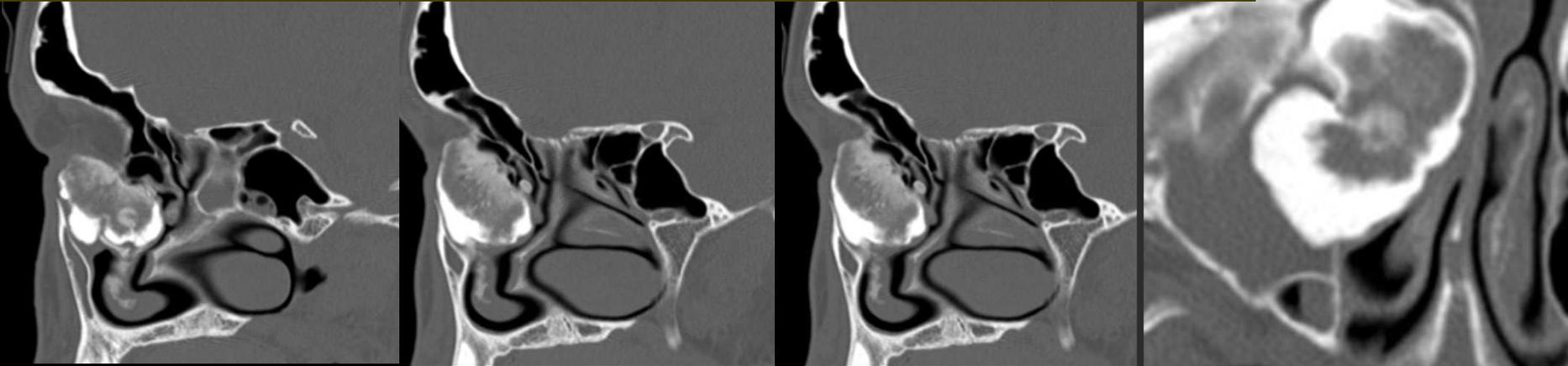
À coté d'un comblement liquide de l'antre maxillaire il existe une masse charnue en discret hypersignal T 1 et T2 , qui se rehausse de façon homogène et intense progressivement après injection de gadolinium

A l'entour présence d'une coque épaisse vide de signal en T 1 comme en T 2 , non rehaussée





Le scanner en fenêtre "os" montre clairement une couronne calcifiée (ou plus exactement "ossifiée") qui cerne les contours de la masse charnue , ce qui permet de confirmer le diagnostic de **fibrome ossifiant** ethmoïdo-antral



Fibrome ossifiant

Généralités

Tumeur bénigne composée de **tissu fibreux central** et d'une **coque d'os mature périphérique**, généralement assez épaisse, peuvent être associée à du **cément** dans les localisations mandibulaires

Parfois des foyers épars de tissus fibreux au sein de tissu ossifié

Ossification progressant de la périphérie vers le centre

Femme de 20 à 40 ans moy 31 ans (sex ratio 5 F / 1 H)

Localisation principale : **mandibule** dans 75 à 90 % des cas
touche l'os maxillaire dans 10 à 20% des cas

Clinique

Asymptomatique, de découverte fortuite

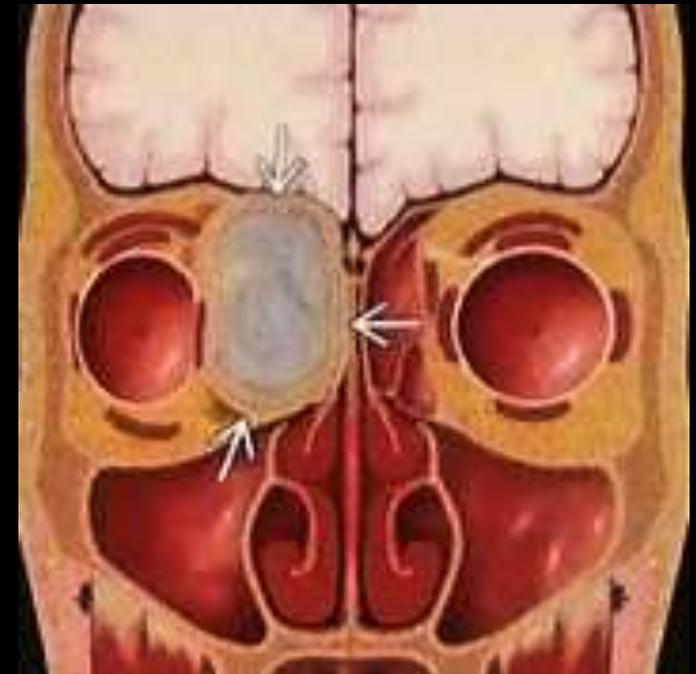
Sinusite chronique

Obstruction nasale ou rhinorrhée

Déformation

Douleur

Dysfonction oculaire, exophtalmie, diplopie, baisse d'acuité visuelle...



Imagerie

Scanner

Masse souvent **uniloculée** expansive bien circonscrite , mélangant des densités tissulaires **et osseuses**.



Ne permet pas de différencier avec certitude de la dysplasie fibreuse monostotique .



IRM

T1 : Isosignal pour le tissu fibreux et hyposignal du tissu calcifié

T2 : hypersignal pour le tissu fibreux et hyposignal du tissu calcifié. Quelques niveaux liquide-liquide parfois. Hypersignal des secretions (-> obstruction)

T1 gado : rehaussement hétérogène de la portion fibreuse

Evolution

< 0,5% de risque de transformation maligne (peut -être favorisée par une irradiation thérapeutique)

Peut obstruer les sinus et favoriser la formation d'une mucocèle

Evolution **lente** mais **localement agressive parfois**

Localisations paranasales plus agressives que les localisations mandibulaires

Pronostic excellent après résection complète

Haute fréquence des récurrences après résection incomplète

Radiothérapie contre-indiquée.

Diagnostics différentiels

Dysplasie fibreuse monostotique

Ostéome

Fibrome ossifiant actif (psammomatoïde), plus agressif : masse expansive à parois amincies , soufflées , "en coquille d'oeuf".

Dysplasie cemento-osseuse pour les localisations mandibulaires

Take home message

Le **fibrome non ossifiant** est une lésion tumorale bénigne rencontrée surtout chez la **femme jeune** et siégeant le plus souvent au niveau de la **mandibule**

Les localisations sinusiennes ethmoïdo-antrales sont plus rares mais exposent à un risque plus élevé de récurrence après excision ; elles sont également plus fréquemment symptomatiques : asymétrie faciale , douleurs , hyperesthésie

Le pronostic est excellent si la résection chirurgicale peut être complète

En imagerie , l'association d'une masse charnue homogène cernée par une **coque ossifiée assez épaisse** (témoignant d'une faible évolutivité) est assez évocatrice ; la dysplasie fibreuse monostotique doit être discutée ainsi que le fibrome ossifiant actif caractérisé par des signes d'agressivité : coque calcifiée périphérique mince et "soufflée" , en coquille d'œuf ; évolution rapide

