

FASCIITE NODULAIRE DE LA CAVITE BUCCALE

M. MAAMOURI, R. B HAMOUDA, N. BOU ALI, S. MANSOUR, I. CHITOU, R. DAOUD,
A. DOGGAZ *, S. CHATTY*.

SERVICE D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE.
* SERVICE D'ANATOMOPATHOLOGIE.
CHU M. T. MAÂMOURI NABEUL.

RESUME

Introduction: La fasciite nodulaire est une pseudotumeur fibroblastique bénigne. Elle siège habituellement dans les tissus sous cutanés du tronc et des extrémités et rarement dans la cavité buccale. Elle peut être confondue avec un sarcome, due à sa riche cellularité, son activité mitotique et son évolution rapide.

Materiel et méthode: Les auteurs se proposent de rapporter une observation originale d'un cas de fasciite nodulaire de la face interne de la joue, de décrire les modalités diagnostiques, thérapeutiques à la lumière d'une revue de la littérature.

Observation: Il s'agissait d'une femme de 50 ans, sans antécédent de traumatisme buccal antérieur, ayant consulté pour une tuméfaction de la face interne de la joue évoluant depuis 1 mois. L'examen de la cavité buccale, objective une masse de 4 cm de grand axe. Nous avons pratiqué une biopsie sous anesthésie locale avec examen histopathologique. Une exérèse de la tumeur a été menée sous anesthésie générale par voie endobuccale. Les suites opératoires ont été simples. En particulier, nous n'avons pas observé de récurrence avec un recul d'un an.

Conclusions: La fasciite nodulaire est une entité caractérisée par sa croissance rapide avec une forte cellularité et activité mitotique sans caractère malin. Son diagnostic est immunohistologique. Son traitement est chirurgical avec exérèse complète.

Mots clés: Fasciite nodulaire, Cavité orale, Chirurgie.

SUMMARY

Introduction: Nodular fasciitis is a benign tumour-like lesion characterized by fibroblastic proliferation. It is common in subcutaneous fascia, usually of the upper extremity but it's very rare in the oral cavity. Frequently misdiagnosed as sarcoma due to its rapid growth, rich cellularity and mitotic activity.

Patients and Methods: One patient with an oral nodular fasciitis and a review of literature are reported in order to describe the diagnostic and therapeutic management of this tumour.

Case presentation: A 50-year-old female with an intraorally swelling that had been growing progressively over one month. There was no history of trauma. Clinical examination revealed a firm mass palpable measuring approximately 4 cm in diameter. She had an excisional biopsy under local anaesthesia with histopathological analysis. The lesion was surgically removed under general anaesthesia through an intraoral approach. One year after excision of the tumour, the oral cavity was free of tumour.

Conclusion: Nodular fasciitis is an entity characterized by rapid growth, rich cellularity and mitotic activity, although it is not malignant. It can only be diagnosed by histopathological examination of a biopsy with immunohistochemical staining. The treatment of choice is the complete surgical excision.

Keywords: Nodular fasciitis, Oral cavity, Surgical treatment.

INTRODUCTION

La fasciite nodulaire est une pseudotumeur fibroblastique de nature bénigne. Il s'agit d'une entité rare. La moitié des cas recensés dans la littérature intéresse les membres supérieurs. La région cervico-faciale est touchée dans 20 % des cas et la localisation à la cavité buccale est rare. L'originalité de cette lésion vient de sa croissance rapide et de sa richesse cellulaire simulant à tort un sarcome.

On se propose de rapporter une observation originale

rare de fasciite nodulaire intéressant la face interne de la joue et de préciser les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie à partir d'une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agissait du cas d'une dame de 50 ans qui s'est présentée à la consultation externe pour une sensation de corps étranger intra buccal que la patiente a associé rapidement à l'apparition, un mois auparavant, d'une



grosseur de la face interne de la joue droite visible dès l'ouverture buccale.

L'interrogatoire ne retrouvait aucun antécédent pathologique notable, ni général ni local. On ne notait notamment pas de notion de traumatisme buccal antérieur. La patiente ne relatait aucune autre gêne fonctionnelle particulière. L'état général était parfaitement conservé. L'examen de la face ne retrouvait pas de déformation jugale. L'examen de la cavité buccale, vers lequel l'examineur était rapidement orienté, objectivait l'existence d'une masse de 4 cm de grand axe, plaquée contre la face interne de la joue droite. Le touché protégé notait son caractère ferme, l'existence d'un pédicule et l'absence de caractère battant. Il n'y avait aucun signe inflammatoire local. Aucune douleur n'était ressentie au cours de cette investigation. La palpation cervicale ne retrouvait pas d'adénopathies palpables (Figure 1).



Fig. 1 : Formation tumorale de la face interne de la joue

Devant l'absence de caractère vasculaire patent et après avoir vérifié la normalité d'un bilan biologique rapide, une simple biopsie de la masse pour examen histopathologique fut programmé sous anesthésie locale. L'examen histopathologique concluait à l'existence d'une prolifération de cellules fusiformes reposant sur un fond myxoïde, fibreux avec présence de lacs mucoïdes. Les cellules présentaient un aspect myofibroblastique avec un noyau ovalaire, relativement régulier, à chromatine claire nucléolée et un cytoplasme éosinophile. On notait la présence de quelques mitoses (Figure 2).

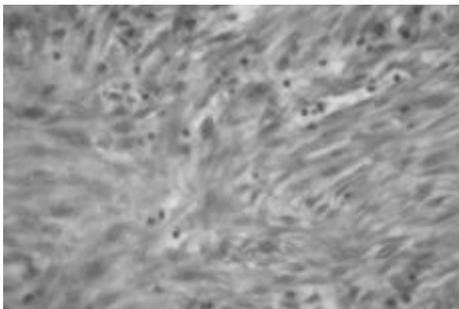


Fig. 2 : (HEx40) Cellules fusiformes sur un fond myxoïde

L'immunomarquage cellulaire montrait une positivité pour l'anti-actine musculaire lisse alpha. T et une négativité pour les anti-pancytokératines de type AE1/AE3 ainsi que pour les cytokératine 5/6, P63, EMA, CD34 et les protéines S100 et ALK1 (Figure 3).

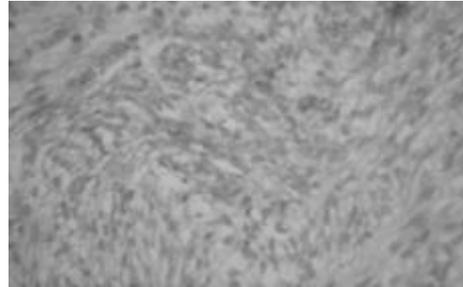


Fig. 3 : Actine musculaire lisse(+)

Cet examen concluait au diagnostic de fasciite nodulaire. Une exérèse de la tumeur fut alors programmée. Elle fut menée sous anesthésie générale, par voie endobuccale avec section autour du pédicule en muqueuse saine (Figure 4).



Fig. 4 : Pièce opératoire

Les suites opératoires furent bonnes. La patiente est actuellement en bonne santé et ne présente pas de récurrence avec un recul d'une année (Figure 5).



Fig. 4 : Examen après une année : absence de récurrence



DISCUSSION

Plusieurs termes ont été utilisés pour désigner cette lésion dans la littérature : fasciite pseudo sarcomateuse, fasciite proliférative, fasciite infiltrative ou fibromatose pseudo sarcomateuse (1, 2). Tous font état de sa croissance rapide. En fait il s'agirait, plutôt que d'une néoplasie maligne, d'un processus inflammatoire non spécifique (3, 4, 5, 6).

L'étiologie exacte n'est pas encore connue. La notion d'un traumatisme local est retrouvée dans 10 à 15 % (1, 2, 4, 5, 7).

C'est une tumeur qui touche essentiellement l'adulte jeune entre 20 et 35 ans, avec une répartition similaire entre l'homme et la femme (2, 3, 4, 6).

Les localisations qui peuvent être intéressées sont, par ordre de fréquence décroissante : les membres supérieurs 46%, la tête et la nuque 20 %, le tronc 18 %, très rarement les membres inférieurs. Les pieds et les mains sont moins fréquemment touchés. De rares localisations comme la muqueuse buccale, comme dans notre observation, et vaginale ont été décrites dans la littérature (1, 2, 3, 4).

La radiologie, quel que soit l'imagerie demandée, n'a rien de spécifique. Nous n'avons pas jugé utile de la demander vu le caractère non battant et le siège éloigné de l'os de la formation (2, 4).

L'étude cytologique après ponction aspiration peut être utilisée comme élément d'orientation diagnostique (2, 8). Elle ne nous semble en aucun cas intéressante à demander car la certitude diagnostique ne peut venir que de l'étude histologique de la pièce d'exérèse (2).

Price classe la fasciite nodulaire en 3 types histologiques : myxomateux, intermédiaire ou fibromateux (1).

Le type myxomateux (type 1) se caractérise par un stroma central abondant presque acellulaire, avec en périphérie des fibroblastes abondants et souvent renflés.

La vascularisation est assez riche. Les capillaires se présentent en disposition parallèle.

Le type intermédiaire (type 1), plus cellulaire, contient davantage des fibres, lesquelles sont souvent orientées en faisceaux. De nombreux espaces en forme de fente contenant souvent des érythrocytes, des lymphocytes et des macrophages ont été observés.

Le type fibromateux (type 3) est similaire au type 2 mais contiennent plus de fibres collagènes, disposées en faisceaux entrecroisés. De plus les fibroblastes ont une forme plus fusiforme qu'arrondie.

Il convient toutefois de noter qu'aucune corrélation n'a été observée entre les types histologiques et les caractéristiques cliniques des nodules (1).

Sur le plan immunohistochimique, la majeure partie des cellules sont positives aux anticorps antivimentine, anti-actine muscle lisse (myofibroblaste). Il existe des cas occasionnels mais rares de réponse positive aux anticorps antidesmine et anti protéine S 100 (1,2, 3,7, 9).

Devant la nature bénigne de la fasciite nodulaire, une exérèse complète chirurgicale emportant une margelle de tissu périphérique sain est suffisante (1,2). La récurrence est rare (1 à 2 % des cas). Les rares cas de récurrence concernent généralement des tumeurs incomplètement excisées (1,2).

CONCLUSION

La fasciite nodulaire est une lésion pseudo tumorale bénigne. L'évolution après exérèse complète est généralement parfaitement simple, sans récurrence. Cette lésion très rare, exceptionnelle dans la localisation endobuccale que nous avons présentée, tient son originalité de sa croissance rapide avec une forte cellularité la faisant facilement prendre à tort pour un sarcome. Le problème qu'elle pose est donc essentiellement diagnostique. Il ne peut être résolu que par un examen histologique minutieux avec immunohistochimie, seule manière de rassurer les patients qui en sont atteints.

REFERENCES

1. Hadded A. J, Avon S. L, Cameron M.L, George K.B. Fasciite nodulaire de la cavité buccale. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(11):664-7.
2. Rimani M, Zrara I, Cherradi N, Al Bouzidi A, Harket A, Nassih M, Rzin A, Labraimi A, Mahi M, Benomar S. Fasciite nodulaire ou pseudosarcomateuse. *Pathol Biol* 2001 ; 49 : 808-11.
3. Han W, Hu Q, Yang X, Wang Z, Huang X. Nodular fasciitis in the orofacial region. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2006; 35: 924-7.
4. Shina JH, Leea HK, Chob KJ, Hanc MH, Nad DJ, Choia CG, Suha DC. Nodular fasciitis of the head and neck Radiographic findings. *Journal of Clinical Imaging* 2003; 27:31-37.
5. Badia DM, Rossi L, Sorci AR, Riminucci M. Oral Nodular Fasciitis. A Case Report. *OraL Oncof, Eur J Cancer*, 1994; 30(3) : 221-2.
6. Ringsted J, Ladefoged C, Bjerre P. Cranial Fasciitis of Childhood. *Acta Neuropathol* 1985;66:337-9.
7. Naira P, Barrett AW, Theodossya T. Oral nodular fasciitis: case report. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2004; 42: 360-2.
8. Fernando SS, Gune S, George S, Van Gelderen P. Nodular fasciitis: a case with unusual clinical presentation initially diagnosed by aspiration cytology. *Cytopathology*. 1993;4(5):305-9.
9. Eversole LR, Christensen R, Ficarra G, Pierleoni L, SappJP. Nodular fasciitis and solitary fibrous tumor of the oral region Tumors of fibroblast heterogeneity. *Oral Surg Med Pathol Radiol Endod* 1999;87:471-6.