

**PRISE EN CHARGE D'UN FIBROME GINGIVAL GEANT SOUS ANESTHESIE
LOCALE A L'HOPITAL GENERAL IDRISSE POUYE**

**MANAGEMENT OF A GIANT GINGIVAL FIBROMA UNDER LOCAL
ANESTHESIA AT THE IDRISSE POUYE GENERAL HOSPITAL**

RESUME

Introduction : Les fibromes gingivaux sont des tumeurs bénignes du tissu conjonctif, souvent considérées comme des hyperplasies réactionnelles consécutives à des irritations chroniques dû à la présence de dents acérées, d'aliments abrasifs ou de prothèses dentaires mal ajustées. Ils représentent environ 4,5 % de toutes les lésions bénignes de la muqueuse buccale et sont prédominants chez les femmes entre la troisième et la sixième décennie de la vie. L'objectif de ce travail était de décrire un cas rare de fibrome gingival géant pris en charge sous anesthésie locale au service d'odontostomatologie de l'hôpital Général Idrissa POUYE (HOGIP) de Dakar.

Observation : Il s'est agi d'une femme âgée de 32 ans, mélanoderme sans antécédents médicaux, référée à l'Hôpital Général Idrissa Pouye pour une tuméfaction jugale droite évoluant depuis plusieurs années. L'examen exobuccal révélait un visage asymétrique dû à une tumefaction de la région génienne droite avec un effacement du sillon naso-genien. En endobuccal, la masse était ferme, indolore, mobile et pédiculée. La présence d'empreintes dentaires (secteur molaire) à sa surface était visible. L'examen a également révélé une hygiène buccale défectueuse. L'orthopantomogramme a révélé une image ostéolytique circonscrite autour des racines des dents 17 et 18, associée à une destruction coronaire totale des 17, 18 et 48. Ces éléments cliniques et paracliniques militaient en faveur d'un fibrome gingival. Le traitement avait consisté en une exérèse chirurgicale sous anesthésie locale. Après incision et décollement du lambeau mucopériosté suivi d'une dissection selon le plan de clivage, la masse tumorale a été complètement retirée. Les restes radiculaires ont été extraites (17-18) et les adhérences de la base de la tumeur à l'os alvéolaire ont été éliminées par le curetage. Des sutures en points simples ont été réalisées.

Conclusion : la prise en charge, par voie d'abord endobuccal avait permis l'exérèse de la tumeur et l'avulsion de restes radiculaires. Les suites opératoires étaient bonnes sans complications notées.

Mots clés : Prise en charge, Fibrome, Gencive, Geant

ABSTRACT

Introduction: Gingival fibromas are benign connective tissue tumors, often considered reactive hyperplasias resulting from chronic irritation due to sharp teeth, abrasive foods, or ill-fitting dental prostheses. They represent approximately 4.5% of all benign oral mucosal lesions and are predominant in women between the third and sixth decades of life. The objective of this study was to describe a rare case of a giant gingival fibroma managed under local anesthesia in the Odontostomatology Department of the Idrissa POUYE General Hospital (HOGIP) in Dakar.

Case Report: The patient was a 32-year-old dark-skinned woman with no significant medical history, referred to the Idrissa Pouye General Hospital for a right cheek swelling present for several years. Extraoral examination revealed facial asymmetry due to a swelling in the right buccal region with effacement of the nasolabial fold. Intraorally, the mass was firm, painless, mobile, and pedunculated. Dental imprints (molar region) were visible on its surface. The examination also revealed poor oral hygiene. An orthopantomogram revealed a circumscribed osteolytic image around the roots of teeth 17 and 18, associated with total coronal destruction of teeth 17, 18, and 48. These clinical and paraclinical findings were consistent with a gingival fibroma. The treatment consisted of surgical excision under local anesthesia. Following incision and elevation of a mucoperiosteal flap, along with dissection along the cleavage plane, the tumor mass was completely removed. The residual root fragments (teeth 17-18) were extracted, and adhesions of the tumor base to the alveolar bone were eliminated by curettage. Simple interrupted sutures were placed.

Conclusion: Management via an intraoral approach allowed for complete tumor excision and extraction of the root remnants. The postoperative course was favorable, with no notable complications.

Keywords: Management, Fibroma, Gingiva, Giant

INTRODUCTION

Les fibromes gingivaux sont des tumeurs bénignes du tissu conjonctif, souvent considérées comme des hyperplasies réactionnelles consécutives à des irritations chroniques dû à la présence de dents acérées, d'aliments abrasifs ou de prothèses dentaires mal ajustées [1, 2]. Ils représentent environ 4,5 % de toutes les lésions bénignes de la muqueuse buccale et sont prédominants chez les femmes entre la troisième et la sixième décennie de la vie [3]. Les fibromes gingivaux sont généralement de petites tailles avec une évolution lente et asymptomatique[4]. Toutefois, des formes géantes bien que rares peuvent survenir entraînant des désordres fonctionnels et esthétiques.

La consultation est principalement motivée par la gêne liée à l'apparition d'une tuméfaction indurée, bien délimitée et indolore pouvant entraîner une véritable asymétrie faciale sans adénopathie associée [5].

La prise en charge est chirurgicale avec une exérèse complète de la tumeur et suppression des facteurs irritatifs locaux afin d'éviter les risques de récurrence[6]. La taille et la rareté de cette tumeur, la difficulté diagnostique et la complexité de cette prise en charge ont motivé ce travail dont l'objectif était de décrire un cas rare de fibrome gingival géant pris en charge sous anesthésie locale au service d'odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa POUYE (HOGIP) de Dakar.

95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'est agi d'une femme âgée de 32 ans, mélanoderme sans antécédents médicaux. Elle a été référée à l'HOGIP pour une tuméfaction jugale droite évoluant depuis plusieurs années. L'anamnèse a révélé une gêne lors de la mastication, de la phonation et à l'ouverture buccale, sans antécédent de traumatisme local ni symptomatologie associée telle que douleur ou saignement. L'état général de la patiente était conservé. L'examen exobuccal, à l'inspection montrait un visage asymétrique dû à une tumefaction de la région génienne droite avec un effacement du sillon naso-genien. La tumefaction s'étendait du rebord sous orbitaire jusqu'à la commissure labiale inférieure. La région cutanée jugale était luisante laissant apparaître quelques veinules (figure1). L'étirement du commissure labial droit était noté. La palpation était indolore de consistance ferme avec une conservation de la sensibilité cutanéomuqueuse. La tonicité musculaire était normale et l'examen des articulations temporo-mandibulaires était sans particularité (figure 1).



Figure 1: Asymetrie du visage liée à une tumefaction genienne droite

À l'examen endobuccal, l'inspection a révélé une masse de couleur rose pâle, à surface lisse et aux contours irréguliers, de forme ovale. Celle-ci occupait la totalité du vestibule au niveau des secteurs prémolo-molaires, à la fois maxillaire et mandibulaire, et était fixée à la gencive alvéolaire du maxillaire droit (figure 2). À la palpation, la masse était ferme, indolore, mobile et pédiculée. L'examen a également révélé une hygiène buccale défectueuse avec une gingivite induite par la plaque (figure 2).



À l'issue de l'interrogatoire et de l'examen clinique, les hypothèses diagnostiques évoquées étaient celle d'une tumeur bénigne de la muqueuse buccale de type fibrome, épilus ou d'une tumeur à cellules géantes.

Pour mieux affiner ce diagnostic, une imagerie a été prescrite. L'orthopantomogramme a révélé une image ostéolytique circonscrite autour des racines des dents 17 et 18, associée à une destruction coronaire totale des 17 et 18, ainsi qu'un édentement postérieur bilatéral au niveau mandibulaire (figure 3).



Figure 1: image ostéolytique radioclaire bien circonscrite entourant les racines des 17 et 18

Au terme des examens cliniques et radiographiques qui avaient montré la présence de facteurs irritatifs (restes radiculaires), l'orientation diagnostique était en faveur d'un fibrome gingival irritatif.

La décision thérapeutique s'est portée sur une exérèse chirurgicale sous anesthésie locale, du fait de l'aspect pédiculé de la tumeur. En pré- et post-opératoire, un traitement médicamenteux a été prescrit : Amoxicilline (2g/j), Paracétamol (3g/j), et un antiseptique buccal à base de Chlorhexidine.

L'exérèse a été effectuée sous anesthésie locale au niveau du pédicule tumoral (Articaïne adrénalinée 1/100 000) selon un protocole standard : incision à la base, décollement d'un lambeau mucopériosté, dissection selon le plan de clivage, ablation complète de la masse. Les restes radiculaires des 17 et 18 ont été extraites et les adhérences de la base de la tumeur à l'os alvéolaire ont été éliminées par le curetage. L'hémostase locale et des sutures points par points ont été réalisées (figure 4).



Figure 2: Vue endobuccale apres exeresse et sutures

La pièce opératoire mesurant 6,5 cm sur son grand axe a été fixée au formol et adressée pour examen anatomopathologique(figure 5).



Figure 3: piece opératoire montrant les faces : Jugale (A), Gingiale (B) et la coupe transversale de la tumeur montrant une couleur blanchatre (C)

Les résultats de l'examen anatomopathologiques avaient mis en évidence une masse nodulaire non encapsulée, composée de tissu conjonctif fibreux avec des faisceaux de collagène entremêlés de fibroblastes, de vaisseaux sanguins et de cellules inflammatoires chroniques dispersées sur une surface sus-jacente de l'épithélium squameux (figure 6).

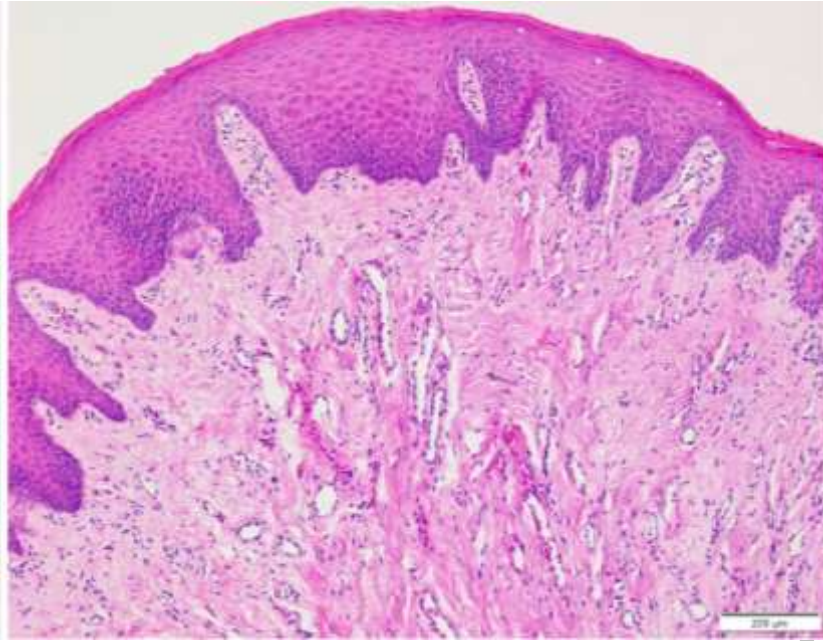


Figure 6 : Coupe histologique de fibrome gingival montrant de masse fibreuse avec une couche épaissie de parakeratine (coloration à l'hématoxyline-éosine x 200)

Les suites opératoires étaient simples. Des contrôles cliniques avaient été réalisés le lendemain (J1), une semaine après (J7), à J15. L'évolution était bonne à 30 jours en postopératoire sans aucune récurrence (figure 7).



Figure 7: vue exobuccale 30 jours après

COMMENTAIRES

Le fibrome est une tumeur bénigne mésenchymateuse composée de tissu conjonctif fibreux, souvent considérée comme une hyperplasie réactionnelle plutôt qu'un véritable néoplasie[3, 4, 7]. Il se développe plus fréquemment chez les femmes entre la seconde et quatrième décennies de la vie[3,4,7]. Ces résultats corroborent ce cas qui a été décrit chez une patiente âgée de 32 ans. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par une influence hormonale [2]. La joue et les gencives marginales ont été comme des sites de localisation les plus rencontrés[4, 7], le cas rapporté était localisé au niveau gingival.

Les facteurs étiologiques sont divers ; une irritation persistante ainsi qu'un traumatisme de faible intensité conduisent à l'altération de la muqueuse [1]. Chez cette patiente les dents en regard et au contact de la tumeur étaient acérées causant une irritation continue favorable à l'apparition du fibrome.

Le fibrome gingival irritatif siège plus fréquemment au maxillaire et concerne dans environ 60 % des cas la région antérieure, principalement la région incisivo-canin, et plus rarement le secteur postérieur [8]. Dans notre cas le fibrome était postérieur occupant tout le vestibule et la face interne de la joue. La masse tumorale interférait avec la fonction orale et créant une gêne à la mastication et à l'élocution.

La croissance de ces fibromes est lente et dépasse rarement 1,5 cm de diamètre [1,9]. Chez cette patiente le fibrome se présentait sous la forme d'une volumineuse masse exophytique de consistance solide à ferme, avec une surface lisse, rose à couleur clair mesurant 6,5 cm selon son grand axe . Très peu de cas de fibromes géants ont été rapportés dans la littérature [9,14].

Par ailleurs les examens paracliniques restent déterminant dans l'orientation diagnostique. L'orthopantomogramme dont nous disposons, mettait en évidence une image ostéolytique bien circonscrite de la région du trigone entourant les restes radiculaires des deuxième et troisième molaires (17-18) maxillaires et un édentement bilatéral postérieur à la mandibule.

L'apport du bilan radiographique est important, cependant l'étude anatomopathologie est nécessaire pour confirmer le diagnostic[9].

Ainsi l'étude histologique de la pièce opératoire a mis en évidence une muqueuse malpighienne ulcérée, le chorion siège d'une prolifération de fibres collagène non atypiques élaboration de substances ostéoides densifiées.

Cet aspect a été rapporté par Badge et al. [10] Guedes et al. [11] qui ont décrit histologiquement le fibrome irritatif comme une masse composée de tissu conjonctif fibreux avec des faisceaux de collagène. Des plages ostéoides peuvent apparaître lorsque la base de la tumeur est attachée à une structure osseuse comme constaté sur ce cas rapporté.

Ainsi le fibrome irritatif gingival géant doit être différencié du granulome pyogène, du granulome à cellules géantes périapical, des fibromatoses gingivales agressives, du fibrome odontogène périapical et du fibrome à cellules géantes [12]. Ce diagnostic différentiel avec les lésions malignes par l'examen histopathologique est déterminant dans l'approche thérapeutique.

Le traitement chirurgical du fibrome géant est l'exérèse complète [2, 13]. L'anesthésie générale est réalisée pour les fibromes dont la taille est supérieure à trois centimètre ou infiltrant profondément les tissus sous-jacents nécessitant une dissection étendue avec lambeau et une hémostase importante [1]. Chez cette patiente très motivée, l'exérèse complète de la tumeur sous anesthésie locale a été possible du fait de l'existence d'un plan de clivage, l'insertion superficielle et du caractère non infiltrant de la tumeur.

Des thérapies complémentaires tels que le laser, la cryochirurgie ou l'injection intralésionnelle de stéroïdes peuvent être explorés, lorsque l'examen histopathologique confirme le diagnostic de bénignité [14].

Dans de rares cas, une récurrence peut se développer à la suite d'un traumatisme ou d'une irritation répétés au même site [15]. Chez cette patiente aucune récurrence n'a été observée.

Des racines résiduelles ont été extraites et l'assainissement de la cavité buccale pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire a été effectuée. Ce choix thérapeutique est un moyen préventif des récurrences dues à des facteurs irritatifs locaux.

Les lésions incomplètement excisées ont un potentiel de croissance élevé de 8 à 20 %, aussi un suivi post chirurgical à long terme est crucial [1, 13] pour éviter la récurrence et assurer une guérison complète de la tumeur. En règle générale, une période de suivi de six mois après l'excision chirurgicale est recommandée [16].

CONCLUSION

Le fibrome est une hyperplasie fibreuse secondaire à une irritation chronique fréquente. L'examen histologique reste déterminant dans l'approche thérapeutique. L'anesthésie générale est préconisée pour les fibromes de grande taille car ils infiltrant profondément les tissus sous-jacents et leur exérèse nécessite, le plus souvent, une dissection étendue avec lambeau et une hémostase importante. L'exérèse sous anesthésie locale reste possible et permet une prise en charge en ambulatoire des fibromes géants. La suppression des facteurs irritatifs est essentielle pour prévenir les récurrences.

REFERENCES

1. **Okbah AA, Yahya Rajeh SA, Al-kibsi TA, Al-Shamahy HA, Al-Shamahi EH.**Prevalence of Oral Irritation Fibroma and Associated Risk Factors in Sana'a City. J Clinical Resea Reports.2025;21(4):1-7.
2. **Lapitskaya A, Cahuana- Bartra P, Brunet- Llobet L.**Oral irritation fibroma associated with thepathological migration of a primary tooth. BMJ Case Re. 2022; 15:249-369.
3. **Narayan V, Ahmed SA, Suri C, Tanveer S.** Myofibroma of the gingiva: a rare case report and literature review. Case Rep Dent. 2015;2015:243894.
4. **Lanjekar A, Kulkarni S, Akhade S, Sonule S, Rathod U.** An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Region.Case Rep Dent. 2016; 2016:5202181.
5. **El-Mofty S.** Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: two distinct clinicopathologic entities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002;93(3):296-304.
6. **Makoto T, Tomonori M, Keizo K.** Irritation fibroma of the oral mucosa: a clinicopathological study of 129 lesions in 124 cases. Oral Med Pathol. 2001;6(1):91-94.
7. **Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO.** Focal reactive lesions of the gingiva: An analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria. Niger Med J. 2011;52(1):35-40.
8. **Tsikopoulos A, Festas C, Fountarlis A.**Large irritation fibroma of hard palate: a case report of a rare clinical entity.Pan Afr Med J. 2021; 38:61.
9. **Alqutub AW, Alzahrani AB, Sayed SA, Balhmer SY, Ghazzawi WO, Demyati AK.** Irritation Fibroma on the Tongue Tip Associated With Mandibular Incisors Diastema in a 53-Year-Old Woman: a case Report. Am J Case Rep. 2025;26:949736.
10. **Bagde H, Waghmare A, Savitha B, Vhanmane P.**Irritation fibroma – A case report. Int J Dent.Clinics. 2013;5(1):39-40.
11. **Guedes MM, Albuquerque R, Monteiro M, Lopes CA, do Amaral JB, Pacheco JJ, Monteiro LS.**Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight-year retrospective analysis. J Clin Exp Dent. 2015;7(5):640-8.

- 299 **12. Ives L.C.V, Carvalho P.H.R.** Surgical Strategies and Monitoring in the Treatment of
300 Oral Fibroma: Case Report. *Braz J Dent Oral Radiol.* 2023;25(1):1-4.
- 301 **13. Lalchandani CM, Tandon S, Rai TS, Mathur R, Kajal A.** Recurrent irritation
302 fibroma "what lies beneath": a multidisciplinary treatment approach. *Int J Clin Pediatr*
303 *Dent.* 2020;13:306-309.
- 304 **14. Pisano M, Sammartino P, Di Vittorio L, Iandolo A, Caggiano M, Roghi M, et**
305 **al.** Use of Diode Laser for Surgical Removal of Pyogenic Granuloma of the Lower Lip
306 in a Pediatric Patient: A Case Report. *Am J Case Rep.* 2021;19;22:e929690.
- 307 **15. Eboungabeka Trigo E, Mahamane M, Bancolé Pognon S A, Tamba B.** Le Fibrome
308 Ossifiant des Maxillaires : à propos d'un Cas. *Health Sci.* 2021;22(1):111-114.
- 309 **16. Lakkam BD, Astekar M, Alam S.** Relative frequency of oral focal reactive
310 overgrowths: an institutional retrospective study. *Oral Maxillofac Pathol.* 2020; 24:76–
311 80.

312
313
314
315 **NB : Les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêt et que le travail a été effectué sur**
316 **fonds propres**
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330

UNDER PEER REVIEW JNHM