

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

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

9 **RESUME**

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

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

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

35 **Mots clés :** Prise en charge, Fibrome, Gencive, Géant

36

37

38

39 **ABSTRACT**

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

47 Case Report: The patient was a 32-year-old dark-skinned woman with no significant medical
48 history, referred to the Idrissa Pouye General Hospital for a right cheek swelling present for
49 several years. Extraoral examination revealed facial asymmetry due to a swelling in the right
50 buccal region with effacement of the nasolabial fold. Intraorally, the mass was firm, painless,
51 mobile, and pedunculated. Dental imprints (molar region) were visible on its surface. The
52 examination also revealed poor oral hygiene. An orthopantomogram revealed a circumscribed
53 osteolytic image around the roots of teeth 17 and 18, associated with total coronal destruction
54 of teeth 17, 18, and 48. These clinical and paraclinical findings were consistent with a
55 gingival fibroma. The treatment consisted of surgical excision under local anesthesia.
56 Following incision and elevation of a mucoperiosteal flap, along with dissection along the
57 cleavage plane, the tumor mass was completely removed. The residual root fragments (teeth
58 17-18) were extracted, and adhesions of the tumor base to the alveolar bone were eliminated
59 by curettage. Simple interrupted sutures were placed.

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

63 **Keywords:** Management, Fibroma, Gingiva, Giant

64

65

66

67

68

69

70

71 **INTRODUCTION**

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

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

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

89

90

91

92

93

94

95
96
97
98
99
100
101
102
103
104

105 **OBSERVATION CLINIQUE**

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



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

118

119

120

121 À l'examen endobuccal, l'inspection a révélé une masse de couleur rose pâle, à surface lisse et
122 aux contours irréguliers, de forme ovale. Celle-ci occupait la totalité du vestibule au niveau
123 des secteurs prémolo-molaires, à la fois maxillaire et mandibulaire, et était fixée à la gencive
124 alvéolaire du maxillaire droit (figure 2). À la palpation, la masse était ferme, indolore, mobile
125 et pédiculée. L'examen a également révélé une hygiène buccale défectueuse avec une
126 gingivite induite par la plaque (figure2).



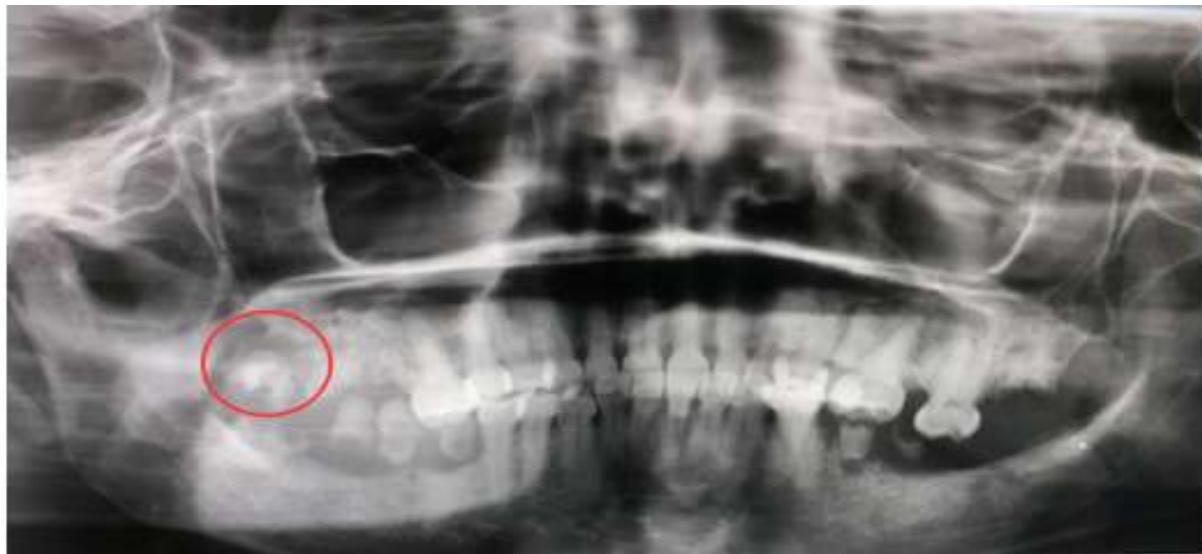
127

128

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

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

136



137

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

139

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

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

147 L'exérèse a été effectuée sous anesthésie locale au niveau du pédicule tumoral (Articaïne
148 adrénalinée 1/100 000) selon un protocole standard : incision à la base, décollement d'un
149 lambeau mucopériosté, dissection selon le plan de clivage, ablation complète de la masse. Les
150 restes radiculaires des 17 et 18 ont été extraits et les adhérences de la base de la tumeur à l'os
151 alvéolaire ont été éliminées par le curetage. L'hémostase locale et des sutures points par points
152 ont été réalisées(figure4).

153



154

155

156

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

159



160

161

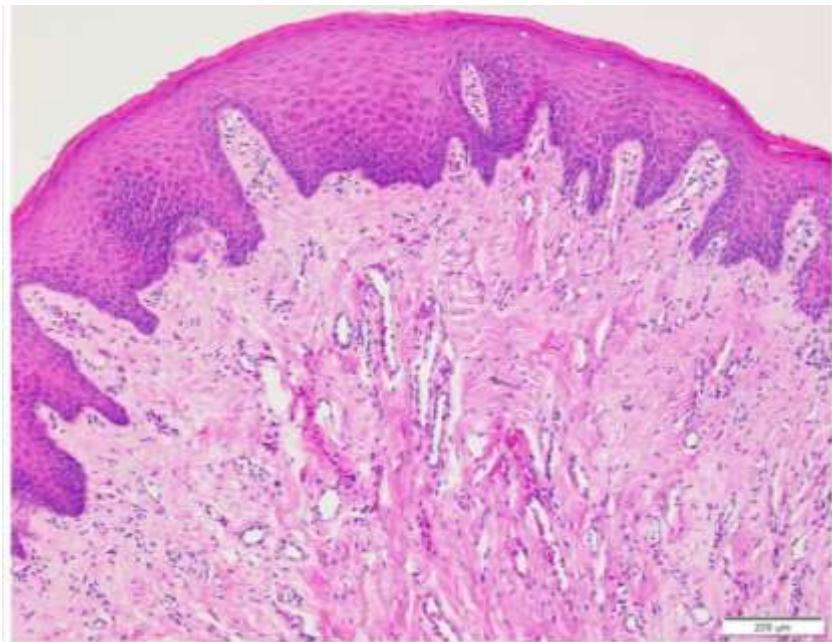
162

163

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

168

169



170

171

172 **Figure 6 :** Coupe histologique de fibrome gingival montrant de masse fibreuse avec une
173 couche épaisse de parakeratine (coloration à l'hématoxylène-éosine x 200)

174

175

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



179
180 **Figure 7:** vue exobuccale 30 jours après
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196

UNDER PEER REVIEW

UNJHM

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 quatrièmes 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 rencontrées[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 disposions, mettait en évidence une image ostéolytique bien circonscrite de la région du trigone entourant les restes radiculaires des deuxièmes et troisièmes 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.

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

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

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

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

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

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

254 CONCLUSION

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

262

263

264

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. **Narayen 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