



Article DOI: 10.21474/JNHM01/119
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/JNHM01/119>

RESEARCH ARTICLE

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

Gassama Bintou Catherine¹, Seck Khadim¹, Kane Mouhammad¹, Diatta Mamadou^{1,2}, Kounta Alpha¹ and Tamba Babacar^{1,2}

1. Service de chirurgie Buccale, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal.

2. Service Odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye, Dakar, Sénégal.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 4 November 2025

Accepted: 6 December 2025

Published: January 2026

Key words:-

Management, Fibroma, Gingiva, Giant

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.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Corresponding Author:- Gassama Bintou Catherine

Address: Service de chirurgie Buccale, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal.



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.

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 assymptomatique[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 récidive[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.

Observation Clinique:-

Il s'est agi d'une femme âgée de 32 ans, mélanodrème 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).

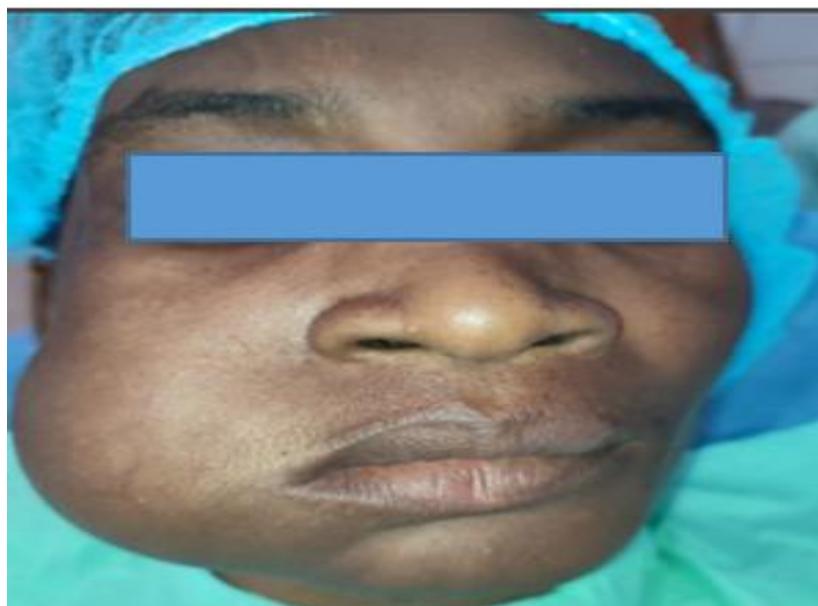


Figure 1: Asymétrie du visage liée à une tumefaction génienne droite

À l'examen endobuccal, l'inspection a révélé une masse de couleur rose pâle, à surface lisse et aux contours irréguliers, de forme ovulaire. Celle-ci occupait la totalité du vestibule au niveau des secteurs prémololo-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 étaient 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 adrénaline 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 extraits et les adhérences de la base de la tumeur à l'os alvéolaire ont été éliminées par le curetage. L'hémostase locale et des suturespoints par points ont été réalisées(figure4).



Figure 2: Vue endobuccale apres exerese et sutures

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

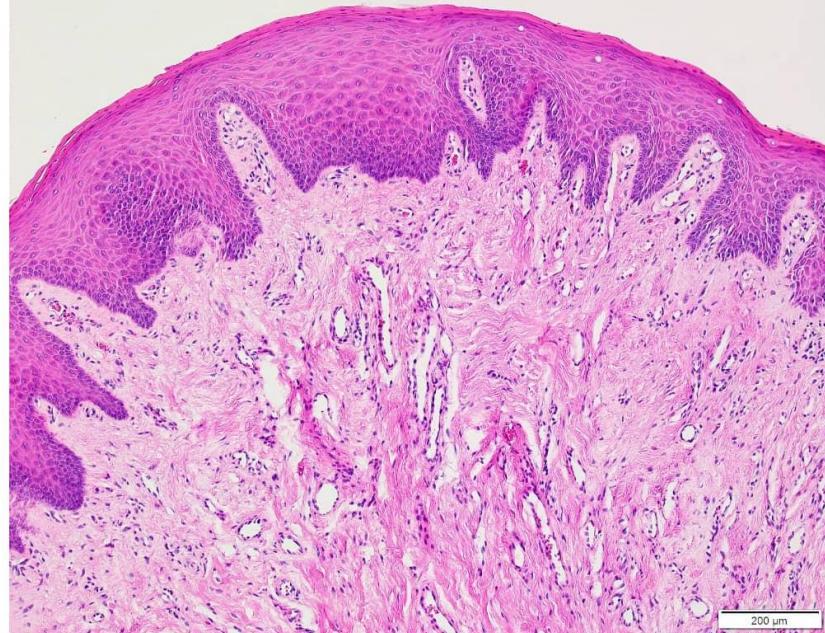


Figure 6 : Coupe histologique de fibrome gingival montrant de masse fibreuse avec une couche épaisse de parakeratine (coloration à l'hématoxylène-éosine x 200)

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 récidive (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 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 disposons, 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 anatomo-pathologie est nécessaire pour confirmer le diagnostic[9]. Ainsi l'étude histologique de la pièce opéraptoire 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 jascent 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 explorées, lorsque l'examen histopathologique confirme le diagnostic de bénignité [14]. Dans de rares cas, une récidive peut se développer à la suite d'un traumatisme ou d'une irritation répétées au même site [15]. Chez cette patiente aucune récidive 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 récidives 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 récidive 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 infiltrent profondément les tissus sous jascent 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 récidives.

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