

APPORT DE LA TECHNIQUE COMBINÉE GINGIVECTOMIE-FRÉNECTOMIE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN ACCROISSEMENT GINGIVAL ASSOCIÉ À UN FREIN PATHOLOGIQUE: À PROPOS D'UN CAS

CONTRIBUTION OF THE COMBINED GINGIVECTOMY-FRENECTOMY TECHNIQUE IN THE MANAGEMENT OF GINGIVAL GROWTH ASSOCIATED WITH A PATHOLOGICAL FRENULUM: ABOUT A CASE

KOUADIO KF¹, POCKPA ZAD², KOUADIO-AHNOUX A³, MOBIO GS⁴, KOFFI-COULIBALY NT⁵

- 1- KOUADIO Koffi François, Assistant Chef de Clinique - Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire.
- 2- POCKPA Zocko Ange Désiré, Maître Assistant - Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire.
- 3- KOUADIO-AHNOUX Ahnooda, Maître Assistant- Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire.
- 4- MOBIO Gnaba Samson, Maître de Conférences Agrégé - Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire.
- 5- KOFFI-COULIBALY Nadin Thérèse, Professeur Titulaire - Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire



Correspondance: KOUADIO Koffi François

Assistant Chef de Clinique - Département de Parodontologie, UFR Odonto Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, CHU COCODY, 22 BP 612 Abidjan 22, Cote d'Ivoire.

E-mail : kouafranco@gmail.com

Cel: (225) 01 41 02 68 57

RÉSUMÉ

Introduction : La prise en charge de l'accroissement gingival repose sur un entretien médical bien mené, un examen clinique rigoureux, un diagnostic bien posé et une exérèse chirurgicale. Cependant, une récurrence de la lésion peut être observée avec un rendu gingival souvent inesthétique. L'objectif de ce travail était d'illustrer, à travers un cas clinique, l'apport de la gingivectomie et de la frénectomie dans la prise en charge d'un accroissement gingival associé à un frein pathologique.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 27 ans, venu consulter pour un problème esthétique lié à une excroissance gingivale. L'examen exo-buccal a mis en évidence, une asymétrie faciale dans le sens horizontal. La lésion gingivale était visible au sourire et évoluant depuis plus de 5 ans. L'examen endo-buccal a relevé la présence d'une gingivite induite par le biofilm, d'un frein de type 4 de Placek associés à un accroissement gingival pédonculé saignant au contact et siégeant entre la 11 et la 21.

Après la thérapeutique initiale et une réévaluation, une gingivectomie à biseau interne (GBI) associée à une frénectomie ont été réalisées. L'examen anatomo-pathologique a mis en évidence un épulis fibreux ou fibrome périphérique avec absence de signes histologiques de malignité. L'évolution après 6 mois est marquée par une muqueuse gingivale cliniquement saine avec absence de récurrence.

Conclusion : L'apport de la gingivectomie et de la frénectomie est un atout important en termes de résultat clinique et de limitation de récurrences dans l'exérèse des excès gingivaux combinés à un frein labial pathologique.

MOTS-CLÉS : ACCROISSEMENT GINGIVAL, GINGIVECTOMIE, FREIN LABIAL, FRÉNECTOMIE.

SUMMARY

Introduction: Gingival growth is a change in the size and/or multiplication of cells, the gingival vascular system and the extracellular matrix. Management is based on a well-conducted medical interview, a rigorous clinical examination, a well-made diagnosis and surgical excision. However, a recurrence of the lesion can be observed with an often unsightly gingival rendering. The objective of this work was to illustrate, through a clinical case, the contribution of gingivectomy and frenectomy in the management of gingival growth associated with a pathological frenulum.

Observation: It was a patient aged 27 who came to consult for an aesthetic problem related to a gingival growth. The exo-oral examination highlighted, a facial asymmetry in the horizontal direction. The gum lesion was visible on the smile and had been evolving for more than 5 years. The endo-oral examination noted the presence of biofilm-induced gingivitis, a type 4 Placek frenulum associated with pedunculate gingival growth bleeding on contact and sitting between 11 and 21.

After initial therapy and reassessment, an internal bevel gingivectomy (IGG) combined with frenectomy was performed. The anatomo-pathological examination revealed fibrous epulis or peripheral fibroid with absence of histological signs of malignancy. The evolution after 6 months is marked by a clinically healthy gingival mucosa with no recurrence.

Conclusion: The contribution of gingivectomy and frenectomy is an important asset in terms of clinical outcome and limitation of recurrence in the excision of excess gingival combined with a pathological labial frenulum.

KEYWORDS: GINGIVAL GROWTH, GINGIVECTOMY, LABIAL FRENULUM, FRENECTOMY.

INTRODUCTION

L'accroissement gingival (AG) est une modification de taille et/ou de multiplication des cellules, du système vasculaire gingival ainsi que de la matrice extracellulaire. C'est une excroissance localisée ou généralisée de la muqueuse gingivale avec rarement une modification du tissu osseux sous-jacent. La muqueuse gingivale est un élément constitutif du parodonte avec l'os alvéolaire, le desmodonte et le cément. ^[1]

L'accroissement gingival est une anomalie relativement courante qui touche les personnes de tout âge. Il est source de problèmes esthétiques et fonctionnels. En fonction des facteurs étiologiques, l'accroissement gingival peut être d'origine inflammatoire, médicamenteuse, associé à des états physiopathologiques, idiopathiques ou néoplasiques ^[2]. En fonction de la localisation, l'accroissement est dit localisé, généralisé ou forme pédonculée. L'accroissement gingival peut être modifié ou amplifié par des facteurs de risque locaux tels que le frein labial à attachement papillaire. Du point de vue anatomique, un frein pathologique est un repli muco-conjonctif qui s'insère d'une part sur la face interne de la lèvre, et s'étend d'autre part jusqu'à la gencive marginale ou la gencive papillaire jusqu'à la papille rétro-incisive ^[3].

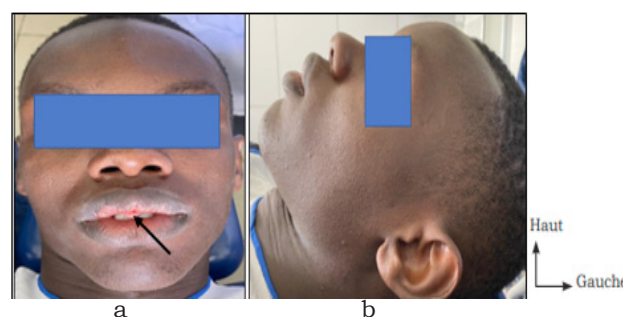
La prise en charge d'une telle lésion repose principalement sur une thérapeutique initiale et un traitement chirurgical: gingivectomie/gingivoplastie ^[4]. Selon Borghetti et Monnet-Corti ^[4], la gingivectomie est définie comme étant l'excision ou l'élimination de la muqueuse gingivale en excès ou de la paroi molle de la poche parodontale. Elle est habituellement associée à un remodelage de la gencive afin de rétablir une architecture physiologique (gingivoplastie). Cependant, une récurrence de la lésion peut être observée avec un rendu gingival souvent inesthétique (bride cicatriciel, récession gingivale etc.). Les causes sont multiples : diagnostic mal posé, non suppression des facteurs de risques locaux, techniques chirurgicales non adaptées, exérèse partielle etc. L'objectif de ce travail était d'illustrer, à travers un cas clinique, l'apport de la gingivectomie et de la frénectomie dans la prise en charge d'un accroissement gingival associé à un frein pathologique.

OBSERVATION

Un patient âgé de 27 ans, a été référé au service de parodontie du Centre de Consultations et de Traitements Odonto Stomatologiques du CHU de

Cocody-Abidjan pour un problème esthétique lié à une excroissance gingivale. Il s'agissait d'une lésion gingivale visible au sourire évoluant depuis plus de 5 ans. Cette lésion a été prise en charge sans succès dans plusieurs centres hospitaliers. Les antécédents médicaux du patient étaient sans particularités.

L'examen exo-buccal a montré une asymétrie faciale dans le sens horizontal et un profil convexe avec une absence d'adénopathie cervico-faciale et de douleur (figure 1).



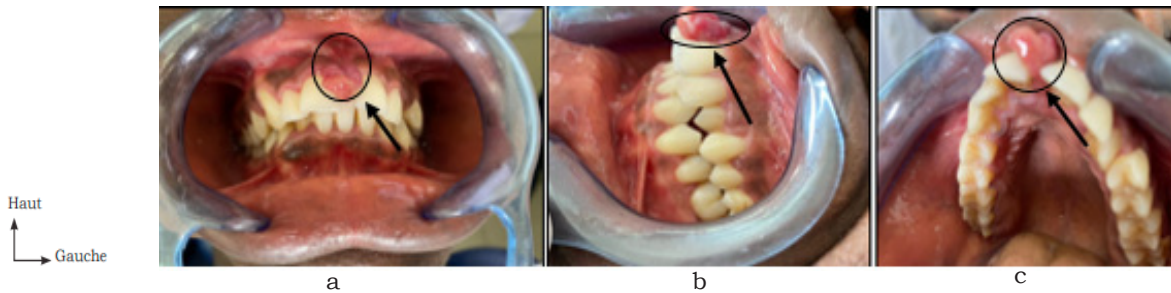
Figures 1: 1a) patient vu de face avec une partie de la lésion visible ; 1b) patient vu de profil

Le patient présentait une gêne esthétique et psychologique due à la présence d'une partie de la lésion visible en position de repos des lèvres. L'examen endo-buccal de la muqueuse gingivale a mis en évidence une masse indolore, de forme ovale, ferme, sessile, polylobée, saignant au contact et siégeant entre la 11 et la 21. La lésion était dans la continuité de l'insertion papillaire du frein labial supérieur et allait jusqu'à la papille bunoïde centrale. Elle occupait toute la papille interdentaire et plus des 2/3 des hauteurs coronaires de la 11 et de la 21. Elle mesurait 36 mm de longueur sur 17 mm de largeur (figures 2).

L'examen endo-buccal a également révélé un contrôle de plaque faible-caractérisé par des dépôts de tartres et de plaques localisés avec un indice de plaque d'OLEARY de 41%. L'inspection des muqueuses buccales était sans particularité. Le frein labial était un type 4 de Placek ^[5] : attachement papillaire pénétrant. Le frein rejoignait le septum gingival en se confondant avec la papille inter-dentaire. Le diastème inter-incisif était important avec une vestibulo-version des 11 et 21, une ligne inter incisive déviée à gauche associée à une endo-position de la 23. Les muqueuses gingivales et alvéolaires autour de la lésion étaient marquées par une coloration rouge vif, une consistance molle et œdémateuse. L'inflammation gingivale était caractérisée par un indice de saignement au sondage (BOP) de 15%.

Il n'y avait pas de poche parodontale et de perte d'attache. En complément des données cliniques et des informations recueillies lors de l'entretien

médical, un bilan radiographique panoramique a été prescrit (figure 3). L'analyse de la radiographie panoramique n'a pas révélé d'alvéolyse.



Figures 2: 2a) vue clinique de face montrant la lésion et le frein ; 2b) vue clinique de profil montrant la lésion ; 2c) vue clinique arcades desserrée montrant la lésion et l'insertion papillaire pénétrante du frein

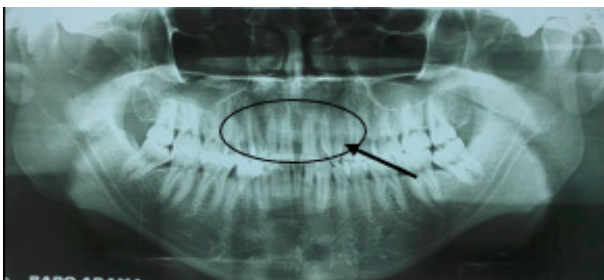


Figure 3: radiographie panoramique avec absence d'alvéolyse au niveau de la 11 et de la 21

Les données cliniques et radiologiques étaient très évocatrices du diagnostic d'épulis associé à un frein labial de type 4 de Placek^[5] dans un contexte de gingivite induite par le biofilm. Le bilan pré opératoire comprenant la numération de la formule sanguine (NFS), le taux de prothrombine (TP) et le temps de coagulation (TC) n'a rien révélé d'anormal.

TRAITEMENT

Après une thérapeutique parodontale étiologique basée sur la motivation et l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire d'une part, et un détartrage sus et sous gingival d'autre part, l'ablation chirurgicale de la lésion par gingivectomie à biseau interne (GBI) associée à une frénectomie labiale supérieure a été réalisée. Un examen anatomopathologique de la pièce opératoire a été fait.

La thérapeutique initiale ou étiologique avait pour objectif essentiel de désorganiser et contrôler le biofilm bactérien afin de le rendre compatible avec l'état de santé parodontale. Au cours de cette étape, une motivation au contrôle de plaque, une instruction aux techniques d'hygiène bucco-dentaire et un détartrage ultrasonique suivi d'un polissage ont été réalisés. La prescription d'une brosse à dent souple et d'un bain de bouche à

base de Chlorhexidine a été faite. Un contrôle a suivi, une semaine plus tard pour évaluer le niveau de coopération du patient, le niveau de contrôle de plaque et le degré d'inflammation gingivale afin de vérifier si rien ne contre-indique la thérapeutique chirurgicale.

La thérapeutique chirurgicale combinée (gingivectomie (GBI) / frénectomie) avait pour objectifs de réparer les séquelles occasionnées par la tumeur et restaurer l'esthétique et la fonction. Le matériel nécessaire à l'acte opératoire a été mis en place (Figures 4).



Figure 4: matériel d'intervention (paire de gant, miroir, sonde n°6, sonde parodontale, précelles, seringue à anesthésie, manche + lame n°15, pince à disséquer, décolleur, curette de Gracey, seringue 5ml + solution à irriguer, pince à suturer, fil de suture 3/0, compresse).

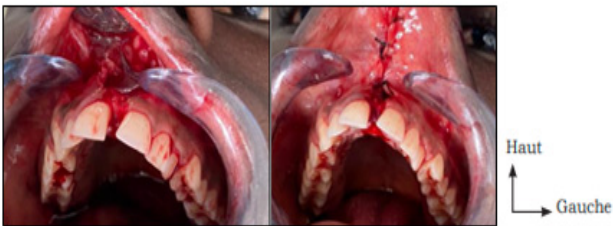
Puis, une anesthésie locale avec vasoconstricteur a été faite. Le marquage du contour de la lésion est fait à l'aide de précelles de Deppeler. Dans un premier temps, la gingivectomie à biseau interne a été réalisée à partir d'une incision à 45° par rapport à l'axe des dents concernées mais en direction corono-apicale aux points de marquage, à l'aide d'une lame de bistouri n°15^[4;6]. Ensuite, le frein a été mis en évidence par traction sur la lèvre supérieure et la partie blanchie a été saisie à l'aide d'une pince hémostatique^[4;7]. Il a été incisé comme suit :

- deux incisions sagittales de pleine épaisseur se rejoignant au niveau de la papille bunoïde. Ces traits d'incision ont été réalisés de part et d'autre de la pince hémostatique qui saisit le frein ;
- une incision horizontale de pleine épaisseur a sectionné l'insertion supérieure du frein ;
- les traits d'incisions ont englobé toute la lésion et l'ensemble des insertions frénales jusqu'à la papille palatine (figures 5).



Figures 5: 5a) mise en évidence du frein et de la lésion ; 5b) dissection du frein et de la lésion

Les résidus de tissu adhérent aux surfaces ont été éliminés à l'aide d'une curette de Gracey. Le site opératoire a été nettoyé avec une compresse imbibée de solution antiseptique. Ensuite, des sutures en « O » ont été réalisées uniquement au niveau des muqueuses alvéolaires et labiales (figures 6).



Figures 6: 6a) vue clinique du site opératoire après l'exérèse ; 6b) vue clinique du site opératoire après sutures

RÉSULTATS

AU NIVEAU CLINIQUE

A 3 mois, l'hygiène bucco-dentaire et l'état gingival étaient caractérisés par des indices de plaque et de saignement inférieurs à 10%. La muqueuse gingivale autour de la 11 et de la 21 était cliniquement saine avec : couleur rose corail avec des pigmentations noires, consistance

A la fin, la pièce opératoire a été expédiée dans un tube contenant du formol au laboratoire pour une analyse anatomo pathologique (figures 7).

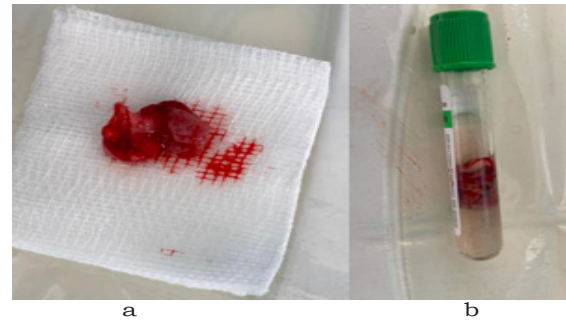


Figure 7: 7a) vue de la pièce opératoire sur une compresse; 7b) vue de la pièce opératoire dans un tube pour analyse anatomo-pathologique

Une prescription médicamenteuse (paracétamol 3g par jour ; amoxicilline 2g par jour et un bain de bouche à base de Chlorhexidine pendant 7 jours a été faite. Les fils de sutures ont été déposés une semaine après la chirurgie.

Une réévaluation a été faite trois mois après l'intervention avec pour objectifs d'apprécier le niveau de coopération du patient, la réponse tissulaire au traitement et de décider d'éventuels traitements complémentaires. Au cours de cette phase, un examen clinique avec une réévaluation des indices de plaque et de saignement a été faite. Une phase de maintenance parodontale ou thérapeutique de soutien a été instaurée tous les 3 mois puis tous les 6 mois dans le but de maintenir les résultats obtenus lors des thérapeutiques précédentes mais aussi prévenir les récurrences. Au cours de cette phase, un détartrage a été instauré. (Figures 8).

ferme, contour régulier avec biseau franc, texture granitée (figure 8b). Le sulcus présentait une profondeur normale (2-3mm) au niveau de la 11 et de la 21 avec une absence de poche parodontale et de récession gingivale. Par ailleurs, l'absence de récurrence, de brides cicatricielles et de récessions gingivales au niveau du site opératoire témoigne du succès de cette technique chirurgicale combinée. Les mêmes résultats ont été observés à 6 mois (figure 8c).



Figures 8: 8a) vue clinique de face montrant la lésion avant l'intervention ; 8b) vue clinique de face 3 mois après l'intervention ; 8c) vue clinique de face 6 mois après l'intervention

AU NIVEAU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Deux semaines après l'intervention, les résultats de l'examen anatomo-pathologique ont révélé une formation tissulaire nodulaire pesant 4,2 g et mesurant 3,4 x 1,9 x 0,5cm, de consistance ferme à contours réguliers. A la coupe, l'aspect était blanchâtre, homogène, sans foyer de remaniement nécrotico-hémorragique. Les fragments tissulaires ont montré une perte de substance recouverte d'un enduit fibrino-leucocytaire en dessous de laquelle se trouvait une prolifération de vaisseaux présentant une disposition radiaire. Il n'y avait pas d'atypie cytonucléaire, ni de mitose. Il n'apparaît pas d'érosion osseuse associée. L'examen anatomo-pathologique a conclu à un épulis fibreux ou fibrome périphérique avec absence de signes histologiques de malignité.

COMMENTAIRES

L'épulis gingivale fait partie des pseudotumeurs hyperplasiques de la gencive [8]. Il s'agit de proliférations réactionnelles du tissu conjonctif gingival dues à une irritation chronique. La plupart des lésions désignées par le terme « épulis » sont inflammatoires plutôt que néoplasiques. Ces pseudotumeurs réactionnelles de la gencive peuvent résulter d'une réponse des tissus face à des facteurs de risque locaux (des irritants locaux) et/ou une irritation chronique comme c'est le cas dans notre étude avec le frein labial supérieur à insertion papillaire pénétrante.

Les freins labiaux sont des replis de muqueuse qui s'insèrent dans certains cas trop près des incisives centrales provoquant ainsi la persistance d'un diastème et parfois des poches parodontales et ou des récessions gingivales lorsqu'ils sont volumineux [5 ; 9]. L'influence d'un frein labial pathologique sur le parodonte peut provoquer différents mécanismes qui peuvent être distincts ou associés [4 ; 9]. En effet, la traction d'un frein sur la gencive marginale peut provoquer une ouverture du sillon gingivo-dentaire, favorisant ainsi la pénétration de la plaque bactérienne et l'apparition ou l'aggravation d'une maladie parodontale. La pression du frein peut également provoquer, une ischémie de la gencive marginale parfois en relation avec l'apparition d'une récession gingivale, surtout en l'absence de gencive kératinisée. Lorsque le frein pathologique est associé à d'autres facteurs de risque tel qu'une épulis gingivale, la maladie parodontale peut présenter un risque d'apparition et ou de progression beaucoup plus élevé.

La démarche diagnostique de telle lésion doit pouvoir éliminer une hypertrophie d'origine osseuse telle que l'exostose ou torus (excroissance osseuse de l'os alvéolaire), l'abcès parodontal, le papillome ou, plus rarement une tumeur maligne (carcinomes, sarcome etc.) [10]. Il faut également rechercher une cause évidente (abcès dentaire, polype, traitement médicamenteux inducteur, maladie systémique). En cas d'accroissement gingival localisé avec une absence d'étiologie clairement identifiée, une biopsie de la lésion ou un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est indispensable. Dans notre étude, l'analyse anatomo-pathologique avait mis en évidence une épulis fibreuse avec absence de signes histologiques de malignité. Cependant, en l'absence de traitement adéquat, il peut avoir des récessions gingivales et ou des récurrences de la lésion. Les conséquences sont généralement des gênes fonctionnelles et esthétiques qui impactent la vie socio- professionnelle des patients. Les conséquences locales sont les mobilités dentaires et dans les stades ultimes, la perte de la dent. Des complications générales telles que l'anémie ont été mentionnées dans la littérature [2 ; 3]. En effet, les épulis sont des tumeurs hémorragiques de la muqueuse buccale. Elles peuvent facilement occasionner un saignement chronique avec pour corollaire une anémie et une altération de l'état général. Dans certains cas, la tumeur disparaît d'elle-même, mais peut aussi entraîner une gêne fonctionnelle à cause de l'augmentation de son volume, voire s'ossifier partiellement en l'absence de traitement [11 ; 12].

A ce jour, avec les innovations médicales et technologiques sont proposés mais le traitement de choix de l'épulis gingival reste toujours la chirurgie [6 ; 9 ; 12]. Dans notre étude, l'exérèse chirurgicale a été couplée à une frénectomie à cause du frein labial supérieur à insertion papillaire pénétrante qui est un facteur de risque local. La frénectomie a permis de repositionner l'attachement du frein de façon à créer une zone de gencive attachée entre la gencive marginale et le frein. C'est un acte de chirurgie muco-gingivale réalisé avant l'étape du traitement orthodontique pour la fermeture d'un diastème inesthétique ou pour éviter l'agrandissement de petit diastème. Selon Prashant [13], le succès du traitement est dû à la pluridisciplinarité de la prise en charge : détartrage, ablation complète de la lésion, soins dentaires et des contrôles réguliers de la plaque. En plus de la chirurgie, il faut éliminer tous les facteurs de risque locaux et motiver les patients au contrôle de plaque. La gingivectomie-

gingivoplastie combinée à la frénectomie permet de créer un environnement gingival favorable et de rétablir un contour physiologique de la gencive en éliminant l'excroissance gingivale ce qui améliore l'esthétique. Elle favorise l'accès aux manœuvres d'hygiène buccodentaire.

Dans notre étude, les résultats obtenus par cette technique combinée sont l'absence de récurrence, de brides cicatricielles, de récessions gingivales avec une muqueuse gingivale cliniquement saine (couleur rose corail avec des pigmentations noires, consistance ferme, contour régulier avec biseau franc, texture granitée). Notre patient a été mis sous médication à base d'antibiotique, d'antalgique et d'antiseptique. Les traitements antibiotiques et anti-inflammatoires, en réduisant les phénomènes inflammatoires et infectieux, diminuent les risques de récurrence. En effet, ces phénomènes constituent les principaux facteurs favorisant le processus de régénération de la pseudotumeur ^[13; 14].

CONCLUSION

L'accroissement gingival regroupe un ensemble des tumeurs de la gencive parmi lesquelles figure l'épulis. Son étiologie précise demeure encore mal élucidée. Divers facteurs de risque locaux tels que le frein labial à insertion papillaire peuvent amplifier son installation et son évolution.

Une meilleure prise en charge repose nécessairement sur un entretien médical, un examen clinique avec un diagnostic bien posé et un plan de traitement incluant une thérapeutique initiale, une thérapeutique chirurgicale adaptée et un suivi parodontal. Dans notre cas, la technique de chirurgie combinée de gingivectomie associée à une frénectomie labiale supérieure est un atout important dans l'exérèse des excès gingivaux ainsi que des facteurs de risque aggravants tels que les malpositions des freins labiaux.

RÉFÉRENCES

- 1- SIBAUD V, VIGARIOS S, TAVITIAN P *et al.* Accroissements gingivaux : Approche pragmatique. *An Dermat et Vén* 2016; 143 : 467-481.
- 2- GASSAMA BC, KANE M, TAMBA B *et al.* Aspects cliniques et diagnostiques des tumeurs bénignes de la muqueuse buccale : à propos de 60 cas colligés de l'hôpital général de grand-Yoff de Dakar. *Rev Col Odontol Afr Chir Maxillo-fac* 2019; 26 (2): 37-41.
- 3- BENJELLOUN L, EL HARTI K ET HARMOUCH A. Hyperplasies réactionnelles de la cavité buccale : caractéristiques cliniques et histologiques. *Rev Odont Stomat* 2016; 45: 151-164.
- 4- BORGHETTI A, MONNET-CORTI V. Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire. 3^{ème} édition CdP, Paris 2017; 115-125.
- 5- MIRKO P, MIROSLAV S, LUBOR M. Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part I. Classification and epidemiology of the labial frenum attachment. *J Periodontol* 1974; 45 (12): 891-4.
- 6- BOUCHARD P. Parodontologie dentisterie implantaire. Editions Lavoisier, Vol 1 Paris 2015; 682 p.
- 7- KAVITA S, ARUNA N, SHWETA B *et coll.* Frenectomy : A literature review. *J of Surg in Fish Sc* 2023; 10 (1) : 871-875.
- 8- ROLLIN M, YACCOUB L, DAVIT-BÉAL T, TAIHI I. Les hyperplasies gingivales spongieuses juvéniles localisées. *An Dermatol et Vénériol* 2023; 3 (1) : 22-27.
- 9- MONNET-CORTI V, La frénectomie vestibulaire en chirurgie plastique parodontale, *Rev Orthop Dento Faciale* 2018 ; 52 (1) : 53-63.
- 10- JALLADAUD M, SALGADO P, DE GLATIGNY F *et al.* Difficulté de diagnostic d'une maladie gingivale rare. *J Parodontol implant orale* 2019; 38: 123-129.
- 11- ADOUKO-AKA JA, ASSOUAN C, N'GUESSAN D *et al.* Cas clinique et revue de la littérature. Épulis géante ulcérée : un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2015; 21: 225-227.
- 12- SIHAME A, AFAF TA ET AMINE C. Aménagement parodontal du granulome périphérique à cellules géantes: à propos d'un cas clinique. *Afr J Dent & Implantol* 2022; 21 : 1-7.
- 13- PRASHANT N. An observational study of benign oral lesions in central India *Int J Otorhino laryngol Head Neck Surg* 2017; 3 (4) : 816-820.
- 14- BAYET K, BONTEMPS L, DRIDI SM *et al.* Gingival cancer don't miss it!. *J parodontol* 2019; 38: 91-100.