

Année 2018

N° 3490

**FIBROMATOSE GINGIVALE :
REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*présentée
et soutenue publiquement par*

Lucas CHEVALIER
Né le 16 Septembre 1987

le 4 juillet 2018 devant le jury ci-dessous

<i>Président</i>	Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN
<i>Assesseur</i>	Monsieur le Docteur Zahi BADRAN
<i>Assesseur</i>	Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
<i>Assesseur</i>	Madame le Docteur Charlotte BARON

Directrice de thèse : Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX

UNIVERSITE DE NANTES			
Président		Pr LABOUX Olivier	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE			
Doyen		Pr GIUMELLI Bernard	
Assesseurs		Dr RENAUDIN Stéphane	
		Pr SOUEIDAN Assem	
		Pr WEISS Pierre	
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.			
Monsieur	AMOURIQ Yves	Madame	ALLIOT-LICHT Brigitte
Monsieur	GIUMELLI Bernard	Madame	PEREZ Fabienne
Monsieur	LE GUEHENNEC Laurent	Monsieur	SOUEIDAN Assem
Monsieur	LESCLOUS Philippe	Monsieur	WEISS Pierre
Professeurs des Universités			
Monsieur	BOULER Jean-Michel		
Professeurs Emérites			
Monsieur	BOHNE Wolf	Monsieur	JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers			
Madame	DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)	Madame	HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)
Madame	LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier)	Madame	GOAMAERE GALIERE Hélène (Praticien Attaché)
Maîtres de Conférences des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.		Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.	
Monsieur	AMADOR DEL VALLE Gilles	Monsieur	ABBAS Amine
Madame	ARMENGOL Valérie	Monsieur	AUBEUX Davy
Monsieur	BADRAN Zahi	Madame	BARON Charlotte
Madame	BLERY Pauline	Madame	BEAURAIN-ASQUIER Mathilde
Monsieur	BODIC François	Madame	BERNARD Cécile
Madame	DAJEAN-TRUTAUD Sylvie	Monsieur	BOUCHET Xavier
Madame	ENKEL Bénédicte	Madame	BRAY Estelle
Monsieur	GAUDIN Alexis	Madame	CLOITRE Alexandra
Monsieur	HOORNAERT Alain	Madame	LE LAUSQUE Julie
Madame	HOUCHMAND-CUNY Madline	Madame	LEMOINE Sarah
Madame	JORDANA Fabienne	Monsieur	LOCHON Damien
Monsieur	KIMAKHE Saïd	Madame	MERCUSOT Marie-Caroline
Monsieur	LE BARS Pierre	Monsieur	NEMIROVSKY Hervé
Madame	LOPEZ-CAZAUX Serena	Monsieur	OUVRARD Pierre
Monsieur	NIVET Marc-Henri	Monsieur	RETHORE Gildas
Madame	RENARD Emmanuelle	Monsieur	SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Monsieur	RENAUDIN Stéphane	Madame	WOJTIUK Fabienne
Madame	ROY Elisabeth		
Monsieur	STRUILLOU Xavier		
Monsieur	VERNER Christian		
Maître de Conférences			
Madame	VINATIER Claire		
Enseignants Associés			
Monsieur	KOUADIO Ayepa	Madame	MERAMETDJIAN Laure
Madame	LOLAH Aoula	Madame	RAKIC Mia

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilitation à Diriger des Recherches, PEDR

Chef du Département de Parodontologie

Référent de l'Unité d'Investigation Clinique Odontologie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury,

Pour la qualité de vos enseignements dispensés au cours de mes années universitaires,

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Pédiodontie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,

Pour votre aide précieuse, votre patience, votre gentillesse ainsi que votre disponibilité qui m'ont permis de mener à bien ce travail,

Pour la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques dispensés tout au long de mes études,

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Zahi BADRAN

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilitation à Diriger des Recherches

Département de Parodontologie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet,

Pour la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques dispensés tout au long de mes études,

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Chef du Département de Pédiodontie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,

Pour la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques dispensés tout au long de mes études,

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Charlotte BARON

Assistante Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires
Département de Pédiodontie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,

Pour avoir accepté de m'aider et ta disponibilité quand j'en ai eu besoin,

Trouve ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
I. GENERALITES	14
I.1. Prévalence	14
I.2. Signes cliniques et radiologiques	14
I.2.1. Signes cliniques	14
a) Signes cliniques intra-buccaux	14
b) Signes cliniques extra-buccaux	16
I.2.2. Signes radiologiques.....	17
I.3. Classifications	19
I.3.1. En fonction de la période d'apparition	19
I.3.2. En fonction du degré d'atteinte gingivale.....	19
I.4. Démarche diagnostique	20
I.4.1. Diagnostic positif.....	20
a) Interrogatoire et histoire de la maladie	20
b) Examen clinique et radiologique	20
I.4.2. Diagnostic différentiel	21
I.4.3. Examens complémentaires	21
a) Examens biologiques.....	21
b) Examen anatomo-pathologique	22
I.4.4. Bilan génétique.....	23
I.5. Prise en charge.....	27
I.5.1. Motifs de consultation	27

I.5.2. Principes de traitement	27
a) Prise en charge non chirurgicale.....	27
b) Prise en charge chirurgicale.....	27
II. REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE	31
II.1. Objectifs de l'étude	31
II.2. Méthodologie.....	31
II.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
II.2.2. Recherche des articles	31
II.2.3. Tri des articles	32
II.2.4. Recueil des données des cas cliniques.....	34
a) Informations sur le patient.....	34
b) Motifs de consultations évoqués	34
c) Anamnèse	34
d) Examen clinique	35
e) Examen radiographique.....	36
f) Examens complémentaires effectués.....	36
g) Diagnostic.....	36
h) Prise en charge.....	36
i) Suivi.....	37
j) Récidive.....	37
II.2.5. Analyse statistique.....	37
II.3. Résultats	38
II.3.1. Généralités.....	38

a)	Description de la population incluse dans l'étude	38
b)	Description des données issues de l'anamnèse.....	39
c)	Description des différents syndromes associés à la FG.....	41
II.3.2.	Motifs de consultation	42
II.3.3.	Problématique bucco-dentaire	44
a)	Description des caractéristiques cliniques exo-buccales	44
b)	Description des caractéristiques cliniques endo-buccales	44
c)	Caractérisation de la FG	47
d)	Description des caractéristiques radiologiques.....	50
e)	Description des examens complémentaires	52
II.3.4.	Choix thérapeutiques	53
a)	Prise en charge préopératoire	53
b)	Prise en charge peropératoire	53
c)	Prise en charge post-opératoire	58
II.3.5.	Suivi.....	59
a)	Durée	59
b)	Prise en charge complémentaire.....	59
II.3.6.	Récidive.....	60
a)	Globale	60
b)	En fonction d'autres critères cliniques	61
II.3.7.	Bilan des observations.....	63
III.	DISCUSSION	66
	CONCLUSION	70

BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	79
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	107
TABLE DES TABLEAUX	110

INTRODUCTION

Décrite pour la première fois par Goddard et Gross en 1856 (1), la fibromatose gingivale (FG) est une hyperplasie gingivale fibreuse d'évolution lente et progressive (2–4), bénigne, non douloureuse et non-hémorragique (2,5–7) affectant la muqueuse gingivale attachée, libre et inter-papillaire (4,8). Elle épargne le ligament parodontal (6), et ne s'étend pas au-delà de la ligne muco-gingivale (8,9).

La FG est une pathologie que l'on peut retrouver sous différents noms dans la littérature, tels qu'élargissement gingival, éléphantiasis des gencives, hypertrophie congénitale des gencives (8), hyperplasie gingivale héréditaire ou fibromatose gingivale idiopathique (6). Tous ces termes décrivent une même pathologie : la fibromatose gingivale, ne faisant pas de distinction particulière entre hyperplasie gingivale (augmentation du nombre de cellules) et hypertrophie gingivale (augmentation de la taille des cellules).

La FG est une pathologie rare. Elle peut être isolée ou faire partie d'un syndrome (2,5–7), être héréditaire ou idiopathique (8). Cliniquement, elle peut avoir des répercussions fonctionnelles (sur la mastication, phonation) et esthétiques majeures. Sa prise en charge, notamment chez l'enfant, nécessite une bonne connaissance de cette pathologie.

L'objectif de notre travail est de caractériser cette pathologie et sa prise en charge. Après une première partie décrivant des généralités concernant la FG, nous réaliserons dans une deuxième partie une analyse systématique de la littérature concernant les publications portant sur des patients âgés de 0 à 16 ans.

I. GENERALITES

I.1. PREVALENCE

La FG est une pathologie rare. Bien que certains auteurs rapportent une prévalence de 1/175000 (5,10–14) ou de 1/350000 (14,15), la prévalence majoritairement retrouvée dans la littérature est de **1/750 000** (3,4,6,8,9,16–20).

D'autre part, elle touche indifféremment les hommes ou les femmes (3,4,20).

I.2. SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

I.2.1. SIGNES CLINIQUES

Les signes cliniques intra-buccaux et extra-buccaux retrouvés lors de l'examen ne sont pas pathognomoniques de la FG, mais leur association guidera vers le diagnostic de FG.

a) Signes cliniques intra-buccaux

Lors de l'examen intra-buccal, on observe une **gencive hyperplasique, rose**, avec un aspect en « peau d'orange », **ferme** à la palpation, similaire à une muqueuse gingivale saine (5,6), non douloureuse (2), sans signes inflammatoires particuliers (5).

De plus, la FG peut **toucher la muqueuse** maxillaire et/ou mandibulaire (6) de **tous les secteurs**, antérieurs et/ou postérieurs, aussi bien au niveau vestibulaire que palatin/lingual. Elle sera dite **localisée ou généralisée** (3) en fonction de l'importance des secteurs touchés par l'hyperplasie gingivale. La forme généralisée est aussi appelée « symétrique », alors que la forme localisée est appelée « nodulaire » (9,16,21). La forme localisée affecte principalement les tubérosités maxillaires et la muqueuse gingivale linguale au niveau des molaires mandibulaires (11,13,20,22).

Par ailleurs, le recouvrement dentaire par l'hyperplasie peut aller d'un **recouvrement coronaire partiel** (figure 1) dans le cas d'une hyperplasie légère à modérée, jusqu'à un **recouvrement coronaire total** (figure 2) dans les cas les plus sévères (2,5).



Figure 1 : Photographie d'une hyperplasie gingivale avec recouvrement coronaire partiel (2)



Figure 2 : Photographie d'une hyperplasie gingivale avec recouvrement coronaire total (14)

L'hyperplasie gingivale peut aussi influencer la mise en place des différentes dentures. Il peut y avoir des **retards d'exfoliation** (la dent temporaire (DT) va être retenue par la masse fibreuse importante) (6,16,20), des **retards d'éruption** des dents temporaires et des dents permanentes (DP) (2,3), ainsi que des **malpositions** (figure 3) (pouvant occasionner des occlusions inversés, des béances antérieures) (3), des **rotations** (2), et des **diastèmes** (2,3).



A



B

Figure 3 : Photographies préopératoires (A) et postopératoires (B) d'un cas clinique avec malpositions dentaires dues à l'hyperplasie gingivale (16)

Du fait de cette hyperplasie, le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire peut parfois être difficile (2). Dans les cas d'un contrôle de plaque insuffisant, une inflammation marginale gingivale peut être objectivée.

Au niveau parodontal, du fait de l'augmentation du volume gingival, peuvent apparaître de pseudo-poches parodontales (2), à différencier des poches parodontales « classiques ». Elles sont appelées pseudo-poches car il n'y a pas de perte du niveau de l'attache parodontale (2). Cependant, ces dernières peuvent être le point de départ vers le développement d'une maladie parodontale du fait de la **difficulté à maintenir une hygiène bucco-dentaire** correcte (2,3).

De plus, du fait de l'hyperplasie gingivale et d'une mise en place de la denture perturbée, on peut parfois observer des lésions plus rares telles que des ulcérations traumatiques gingivales dues à une occlusion atypique (6,23,24).

b) Signes cliniques extra-buccaux

On ne retrouve pas souvent de signes extrabuccaux. Cependant, en cas d'hyperplasie gingivale sévère, la FG peut être responsable d'un **profil convexe** avec **protrusion maxillaire** (6), et d'une **inocclusion labiale** plus ou moins importante (3) (figure 4).



A



B

Figure 4 : Photographies exo-buccales d'une patiente présentant un profil convexe (A) et une inocclusion labiale (B) dus à une hyperplasie gingivale importante (25)

I.2.2. SIGNES RADIOLOGIQUES

Afin de compléter l'examen clinique, un examen radiologique sera effectué. A cet effet, plusieurs types de radiographies pourront être employés. Les principaux sont les suivants :

- Radiographie **panoramique**
- Radiographies **rétro-alvéolaires**
- Clichés occlusaux

La FG n'impliquant que la gencive on ne devrait pas retrouver d'ostéolyse. Cependant, le maintien d'une bonne HBD étant plus difficile en raison de l'hyperplasie gingivale, des maladies parodontales pourront se développer. Une ostéolyse pourra donc être associée à la FG (8) (Figure 5).

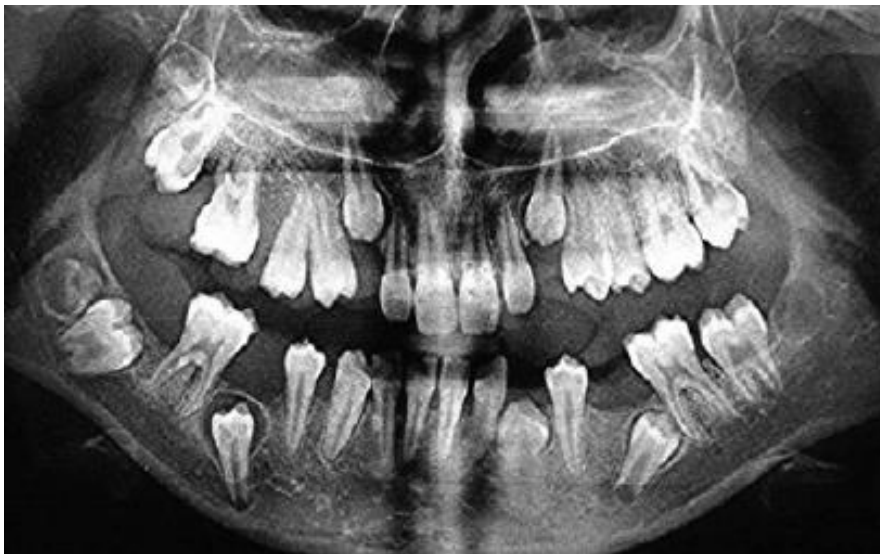


Figure 5 : Radiographie panoramique d'une patiente de 14 ans atteinte de FG. On note une alvéolyse secteur 1 postérieur et des dents permanentes incluses (10)

L'examen radiologique permet de caractériser l'absence d'éruption dentaire. Deux situations peuvent se présenter :

- Les **dents n'ont pas de retard de maturation** et sont en position normale même si elles ne sont pas visibles cliniquement en bouche, du fait de la FG (figure 6).
- Les **dents ont un retard de maturation dentaire ou n'ont pas évoluées en direction de la cavité buccale**. Elles sont donc absentes de la cavité buccale avec d'autres problèmes associés à la FG (figure 7).



A



B

Figure 6 : Photographies intra-buccales (A) et radiographie panoramique (B) d'une patiente de 15 ans. On ne note pas de retard de maturation dentaire malgré une absence d'éruption clinique de la majorité des dents (13)



Figure 7 : Radiographie panoramique d'une patiente de 14 ans. Uniquement les blocs antérieurs maxillaires et mandibulaires ont fait leur éruption (4)

I.3. CLASSIFICATIONS

I.3.1. EN FONCTION DE LA PERIODE D'APPARITION

La FG se développe le plus souvent au moment de l'éruption des dents permanentes (5,26), mais peut avoir un début plus précoce - au moment de l'éruption des dents temporaires ou parfois même présente à la naissance - et peut aussi apparaître plus tardivement, après la mise en place de la dentition permanente (8).

Takagi et coll. (27) ont définis différentes périodes d'apparition de la fibromatose gingivale en fonction de l'âge du patient :

- Naissance
- Période pré-éruptive (< 6 mois)
- Dentition temporaire (6 mois – 6 ans)
- Dentition mixte (6 ans – 12 ans)
- Dentition permanente (12 ans – 20 ans)
- Dentition permanente (> 20 ans)

I.3.2. EN FONCTION DU DEGRE D'ATTEINTE GINGIVALE

Il n'existe pas de classification propre à la fibromatose gingivale pour caractériser le degré d'atteinte gingivale des patients. Cependant, DeAngelo et coll (28) font référence à une classification du degré d'élargissement gingival qui est la suivante :

- Grade 0 : absence d'hyperplasie gingivale
- Grade 1 : hyperplasie gingivale limitée à la papille inter dentaire
- Grade 2 : hyperplasie gingivale impliquant la papille et la gencive marginale
- Grade 3 : hyperplasie gingivale couvrant $\frac{3}{4}$ ou plus de la couronne

Cette classification semblerait manquer de précision. En effet, la FG impliquant la papille inter dentaire, la gencive attachée et la gencive libre, elle est classée en grade 3 des hyperplasies gingivales. Cependant, certaines atteintes de FG couvrent moins des $\frac{3}{4}$ de la couronne et se situent entre les grades 2 et 3 de De Angelo et coll.

On pourrait alors proposer une classification complémentaire en fonction du degré de recouvrement coronaire :

- Stade 0 : absence de recouvrement coronaire
- Stade 1 : hyperplasie gingivale couvrant moins de la moitié de la couronne
- Stade 2 : hyperplasie gingivale couvrant entre la moitié et totalité de la couronne, et ne recouvrant pas la surface occlusale et/ou le bord incisif
- Stade 3 : hyperplasie gingivale recouvrant totalement la couronne

I.4. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

La FG peut être :

- Isolée ou non syndromique : seule l'hyperplasie gingivale est présente
- Syndromique : d'autres signes cliniques extra-buccaux sont retrouvés, formant divers syndromes.

Afin d'aboutir au diagnostic de FG, la démarche diagnostique est importante. Ce diagnostic va reposer sur un faisceau d'éléments qui orientera vers la FG :

- Anamnèse
- Examen clinique
- Examens complémentaires

I.4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

a) Interrogatoire et histoire de la maladie

L'anamnèse permettra de retracer l'histoire de la maladie, de la symptomatologie décrite par le patient : point de départ (au moment de l'éruption des dents temporaires, etc...), évolution de la symptomatologie (apparition progressive ou non, suite à un évènement particulier, ...).

D'autre part, la recherche d'éventuels antécédents familiaux est essentielle, car la fibromatose gingivale apparaît comme une pathologie héréditaire.

b) Examen clinique et radiologique

L'examen clinique et radiologique qui fait suite permettra de recueillir les signes physiques décrits précédemment.

Tous ces éléments amènent à formuler des hypothèses diagnostiques, qui guideront les demandes d'examen complémentaires, et permettront de faire le diagnostic de FG.

I.4.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il faut distinguer l'hyperplasie gingivale présente dans la FG d'une hyperplasie gingivale liée à d'autres facteurs.

Les différentes étiologies des hyperplasies gingivales généralisées sont classées en :

- Causes locales (29)
 - Mauvaise hygiène bucco-dentaire
 - Restaurations prothétiques inadaptées
 - Malpositions dentaires
- Causes générales (30)
 - Troubles hormonaux (31) :
 - Pendant la grossesse
 - Pendant la puberté
 - Prise de contraceptifs oraux oestroprogestatifs
 - Carence en Vitamine C (Scorbut)
 - Iatrogénie médicamenteuse (31,32)
 - Antiépileptiques : phénytoïne, phénobarbital, acide valproïque, vigabatrine
 - Immunosuppresseurs : ciclosporine, tacrolimus
 - Antagonistes du calcium : nifédipine, amlodipine, félodipine, nicardipine, nitrendipine, diltiazem, vérapamil
 - Hémopathies
 - Leucémies

I.4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens complémentaires vont permettre de confirmer ou infirmer certaines hypothèses diagnostiques.

a) Examens biologiques

Différents examens de laboratoire peuvent être effectués, en rapport avec les différentes étiologies d'ordre général évoquées précédemment (2)

Les différents examens biologiques pouvant être réalisés sont :

- Numération de la formule sanguine (33–39)
- Analyses rénales (34)
- Analyses hépatiques (34)

- Analyses endocrinologiques
 - Axe thyroïdienne [T3, T4, TSH] (33,34,36)
 - Axe corticotrope [Cortisol, ACTH] (40)
 - Axe gonadotrope [FSH, LH, Œstradiol] (40)
 - Axe somatotrope [GH] (40)
- Analyses urinaires (35,36,41) [μAlb, Cl, Na, K, Ca, Mg, Acide urique, Zn] (40)

b) Examen anatomo-pathologique

Au cours de la prise en charge des patients, lors de la gingivectomie, une analyse histologique des tissus excisés sera effectuée. Les modifications histologiques retrouvées lors de ces analyses ne sont pas pathognomoniques, mais sont fréquemment observées lors de FG non syndromique (42,43).

Sur les coupes histologiques de patients atteints de FG, on retrouve :

- un épithélium stratifié parakératinisé (44) acanthosique, hyperplasique, avec des crêtes épithéliales (épidermiques) fines et allongées se projetant dans le derme sous-jacent (5,6,45,46).
- un tissu conjonctif dense, relativement avasculaire, dans lequel on retrouve quelques fibroblastes et peu de cellules inflammatoires. Les fibres de collagène sont abondantes, et orientées dans toutes les directions (2,6) (figure 8).

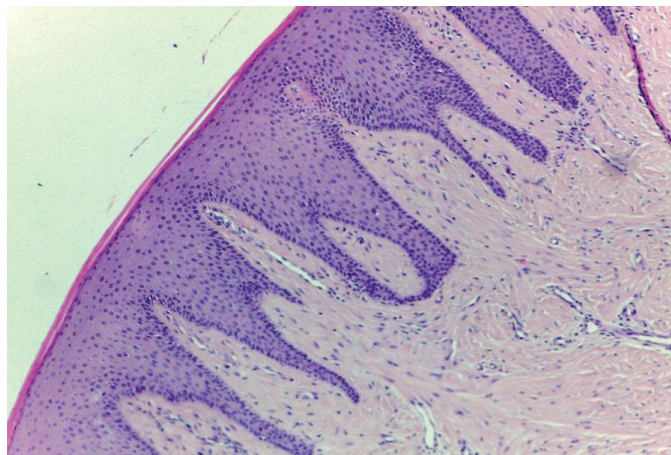


Figure 8 : Coupe histologique d'un patient atteint de FG (5)

L'histopathologie peut être différente dans les cas de fibromatose gingivale syndromique (47). Par exemple, dans le cadre d'une fibromatose juvénile hyaline, on peut retrouver des zones de dépôts de collagène hyalinisé dense et une infiltration de cellules plasmatiques prononcée dans le tissu conjonctif de la muqueuse gingivale.

I.4.4. BILAN GENETIQUE

Un diagnostic génétique n'est pas fait systématiquement. Les raisons invoquées sont :

- La combinaison des signes cliniques, histologiques et familiaux qui est souvent suffisante afin de réaliser le diagnostic de FG.
- La présence d'une hétérogénéité génétique (5,48) de la FG ne permettant pas la détection d'une mutation chez tous les patients présentant une FG non syndromique. Hart et coll. ont mis en évidence une mutation du gène SOS1 (49) dans une famille avec plusieurs membres atteints de FG non-syndromique. Cependant, cette mutation de SOS1 n'est pas systématiquement retrouvée dans tous les cas de FG non-syndromique (50).

Cependant, face à une FG, il faut penser également à la possibilité d'une atteinte syndromique. Il faudra savoir orienter le patient vers une consultation génétique en cas de présence de signes d'alertes extra-oraux pouvant évoquer un syndrome.

Les principaux syndromes pouvant présenter une FG associée sont répertoriés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Principaux syndromes pouvant présenter une fibromatose gingivale

NOM	GENE IMPLIQUE	CARACTERISTIQUES CLINIQUES	
		FREQUEMMENT RETROUVEES	POUVANT ETRE RETROUVEES
MUCOLIPIDOSE TYPE II (51–53) (OMIM : 252500 / ORPHA : 576)	GNPTAB	Retard de croissance Anomalies osseuses/squelettiques Dysmorphie faciale Peau indurée Retard de développement Cardiomégalie Hyperplasie gingivale	
SYNDROME D'AMELOGENESE IMPARFAITE - FIBROMATOSE GINGIVALE (51,54) (OMIM : 24259279 / ORPHA : 171836)	Inconnu	Fibromatose gingivale Amélogénèse imparfaite hypoplasique généralisée Calcifications pulpaire Retards d'éruptions dentaires	Retard mental
SYNDROME D'AMELOGENESE IMPARFAITE - NEPHROCALCINOSE (55, 56) (OMIM : 204690 / ORPHA : 1031)	FAM20A	Amélogénèse imparfaite Absences ou retards d'éruptions dentaires Fibromatose gingivale Néphrocalcinose	
SYNDROME DE CROSS SYNDROME OCULO-CEREBRAL D'HYPOMELANISATION (57, 58) (OMIM : 257800 / ORPHA : 2719)	Inconnu	Hypopigmentation cutanée et oculaire Anomalies oculaires (opacité de la cornée et du cristallin, ectropion spastique et /ou nystagmus) Retard de croissance Déficience intellectuelle Anomalies neurologiques progressives (une tétraplégie spastique, une hyperréflexie et/ou des mouvements athétoïdes)	Anomalies des voies urinaires Malformation de Dandy-Walker (hydrocéphalie, agénésie partielle ou totale du vermis cérébelleux, kyste de la fosse cérébrale postérieure en communication avec le IVème ventricule) Hernie inguinale bilatérale

SYNDROME DE FIBROMATOSE GINGIVALE - DEFICIT EN HORMONE DE CROISSANCE (59–61) (OMIM : - / ORPHA : -)	Inconnu	Fibromatose gingivale Petite taille	
SYNDROME DE FIBROMATOSE GINGIVALE - DYSMORPHIE FACIALE (46, 62) (OMIM : 228560 / ORPHA : 2025)	Inconnu	Fibromatose gingivale Dysmorphie faciale : macrocéphalie relative, sourcils épais avec synophris, hypertélorisme, fentes palpébrales orientées vers le bas, racine du nez aplatie et palais ogival	
SYNDROME DE FIBROMATOSE GINGIVALE – HYPERTRICHOSE (63, 64) (OMIM : 135400 / ORPHA : 2026)	ABCA5	Fibromatose gingivale Hypertrichose	Epilepsie Retard mental
SYNDROME DE JONES (65) (OMIM : 135550 / ORPHA : 2027)	Inconnu	Fibromatose gingivale Surdité neurosensorielle progressive	
SYNDROME DE MURRAY- PURETIC-DRESCHER SYNDROME DE FIBROMATOSE HYALINE (66– 69) (OMIM : 228600 / ORPHA : 2028)	ANTXR2	Douleurs sévères aux mouvements Contractures articulaires progressives Hyperpigmentation des macules / nodules au niveau de proéminences osseuses articulaires Papules nacrées (tête et cou) Fibromes hyalins sous-cutanés multiples Fibromatose gingivale Multiples destructions osseuses de type ostéolytique	Déficit intellectuel Hypersudation Hépatomégalie Risque de fractures augmenté Infections récurrentes Diarrhée

SYNDROME DE PRUNE-BELLY (70, 71) (OMIM : 100100 / ORPHA : 2970)	CHRM3	Hypo-développement ou absence des muscles abdominaux Cryptorchidie Anomalies du tractus urinaire (dilatation vésicale et urétrale)	
SYNDROME DE RAMON (8, 72) (OMIM : 266270 / ORPHA : 3019)	Inconnu	Chérubisme Fibromatose gingivale Déficience intellectuelle Retard de croissance Palais étroit Ostéolyses Epilepsie	Anomalies de la pigmentation rétinienne Hypertrichose généralisée Anomalies de l'émail Eruptions dentaires retardées
SYNDROME DE RUTHERFORD SYNDROME OCULO-DENTAIRE (8) (OMIM : 180900 / ORPHA : 2709)	Inconnu	Dystrophie cornéenne Fibromatose gingivale Retards d'éruptions dentaires	
SYNDROME DE ZIMMERMAN-LABAND (8, 73–77) (OMIM : 135500 ; 616455 / ORPHA : 3473)	KCNH1 ATP6V1B2	Fibromatose gingivale Dysmorphie faciale : nez bulbeux, lèvres épaisses, grandes oreilles aux lobes épais Absence ou hypoplasie des ongles ou phalanges distales des mains et des pieds	Hyper extensibilité des petites articulations Hépatosplénomégalie Hypertrichose Surdit�� D��ficit intellectuel l��ger

I.5. PRISE EN CHARGE

I.5.1. MOTIFS DE CONSULTATION

Les patients atteints de FG se présentent le plus souvent en consultation avec pour doléances principales des « gencives qui gonflent » depuis un certain nombre d'années, entraînant des répercussions fonctionnelles importantes sur la phonation et la mastication (3, 4, 7), cette dernière devenant parfois douloureuse (6).

Un autre motif de consultation souvent évoqué est l'inquiétude des parents face à un retard d'éruption des dents temporaires et/ou permanentes de leur enfant, et/ou un retard d'exfoliation des dents temporaires (22).

De plus, les patients rapportent un préjudice esthétique important (2–4, 6), qui peut avoir un impact psychologique (4), sur l'estime de soi, et qui pourra parfois aboutir à un isolement social de la personne atteinte de FG (5, 78).

I.5.2. PRINCIPES DE TRAITEMENT

La FG ne se résout pas spontanément (5), donc face à l'hyperplasie gingivale, va se poser la question de sa prise en charge.

La prise en charge va associer un versant non-chirurgical et un versant chirurgical.

a) Prise en charge non chirurgicale

Il peut être fait le choix d'une abstention avec surveillance régulière (3), en attendant la fin de la mise en place de la dentition et de la croissance pour évaluer les différentes possibilités thérapeutiques (3).

La prise en charge non chirurgicale se focalisera sur l'hygiène bucco-dentaire, à l'aide de séances de motivation à l'hygiène orale lors de visites de contrôle régulières. Lors de ces visites seront réalisés détartrages et surfaçages si la situation clinique le nécessite. Dans les cas d'hyperplasie gingivale légère, cette prise en charge non chirurgicale est parfois suffisante pour contrôler l'évolution de la pathologie (2, 3).

b) Prise en charge chirurgicale

Dans le cas d'une FG plus sévère, une prise en charge chirurgicale sera effectuée (2). Cette prise en charge consiste principalement en une gingivectomie (figure 9), parfois associée à une gingivoplastie.

Plusieurs techniques chirurgicales peuvent être utilisées, en fonction de la situation clinique ainsi que des préférences des praticiens réalisant l'intervention.

On peut classer les différentes techniques en fonction de l'instrumentation utilisée pour réaliser la gingivectomie :

- Bistouri « classique »
 - Incision à biseau externe
 - Incision à biseau interne
- Bistouri électrique
- Laser
 - CO₂
 - Diode



A



B



C



D

Figure 9 : Photographies intra-buccales d'une prise en charge chirurgicale. Photographies préopératoires (A), peropératoires (B et C) et postopératoires (D). La gingivectomie visible sur la photographie C a été réalisée par un laser diode (23).

Lorsque une parodontopathie est associée à la FG, la gingivectomie peut alors être associée à d'autres chirurgies parodontales telles que la réalisation de lambeaux d'accès avec ou sans repositionnement apical, afin de permettre un surfaçage radiculaire.

Une fois la gingivectomie effectuée, un suivi régulier sera nécessaire, afin de contrôler dans un premier temps les suites post-opératoires, et dans un second temps afin de surveiller une éventuelle récurrence de l'hyperplasie gingivale, qui n'est pas un phénomène isolé et est fréquente (2).

Le taux et la rapidité des récurrences diffèrent d'une famille à l'autre, mais également au sein des membres d'une même famille. Gawron (2) a rapporté le cas d'une famille pour laquelle le patient a présenté une récurrence légère de la FG après seulement un mois, sa mère après 1 an, alors que sa sœur n'a pas présenté de récurrence de la fibromatose gingivale après gingivectomie de celle-ci.

Maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, avec un nettoyage professionnel et des soins quotidiens, est nécessaire afin de minimiser les risques de récurrence (44, 45). Les bénéfices postopératoires de la chirurgie parodontale sur le long terme ne peuvent pas être prédits, la récurrence ne pouvant être prévue (45).

II. REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

II.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est de faire une analyse de la littérature concernant la fibromatose gingivale chez les enfants de 0 à 16 ans, et d'analyser les différentes données cliniques recueillies dans les publications afin de mieux caractériser cette pathologie et d'optimiser la prise en charge.

II.2. METHODOLOGIE

II.2.1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être **inclus** dans notre revue systématique de littérature, les articles doivent :

- Porter sur un cas de fibromatose gingivale (idiopathique ou héréditaire)
- Comporter des informations sur la prise en charge effectuée
- Concerner les enfants entre 0 et 16 ans

Ont été exclus de l'analyse, les articles :

- Dont le diagnostic était imprécis et ceux n'étant pas des cas de fibromatose gingivale
- Concernant des patients de plus de 16 ans
- Ne mentionnant pas la prise en charge effectuée (se limitant juste à une description clinique)
- Rédigés dans une autre langue qu'anglaise ou française

II.2.2. RECHERCHE DES ARTICLES

Afin de sélectionner les articles, une première **recherche préliminaire** a été effectuée sur PubMed, via le terme « gingival fibromatosis ». Cette recherche a permis de mettre en évidence les mots clés, afin de rédiger l'**équation de recherche** la plus adaptée pour répondre à notre problématique.

La liste des mots clés utilisée a été établie sur :

- Les terminologies médicales les plus utilisées pour décrire la fibromatose gingivale : gingival fibromatosis, idiopathic gingival fibromatosis et hereditary gingival fibromatosis
- Le type d'article ciblé : case report, case et clinical
- Les termes faisant référence à la prise en charge : treatment, management, gingivectomy et intervention

L'équation de recherche entrée sur PubMed a donc été la suivante :

("gingival fibromatosis" OR "idiopathic gingival fibromatosis" OR "hereditary gingival fibromatosis") AND
(("case" OR "clinical" OR "case report") AND ("treatment" OR "management" OR "gingivectomy" OR
"intervention"))

La recherche a été conduite sans limite temporelle.

II.2.3. TRI DES ARTICLES

Un premier tri a été fait sur les articles identifiés grâce aux titres et résumés. Ils ont été classés selon 3 catégories :

- « Non » pour les articles ne respectant pas les critères d'inclusion déterminés.
- « Oui » pour les articles qui présentent les critères d'inclusion dans les résumés. Ces articles ont ensuite été lus afin de confirmer leur inclusion, ou de les exclure.
- « A vérifier » pour les références dont le résumé ne permet pas une sélection claire et ceux dont le résumé n'est pas disponible. Pour les articles n'ayant pas de résumé accessible, une recherche en bibliothèque a été menée. Ces articles seront lus afin de savoir s'ils remplissent les critères d'inclusion.

Ensuite, une recherche ascendante a été menée dans la bibliographie des articles sélectionnés afin d'inclure des références n'ayant pas été mise en évidence via la recherche PubMed.

Le diagramme de flux de la revue bibliographique est présenté ci-dessous (figure 10).

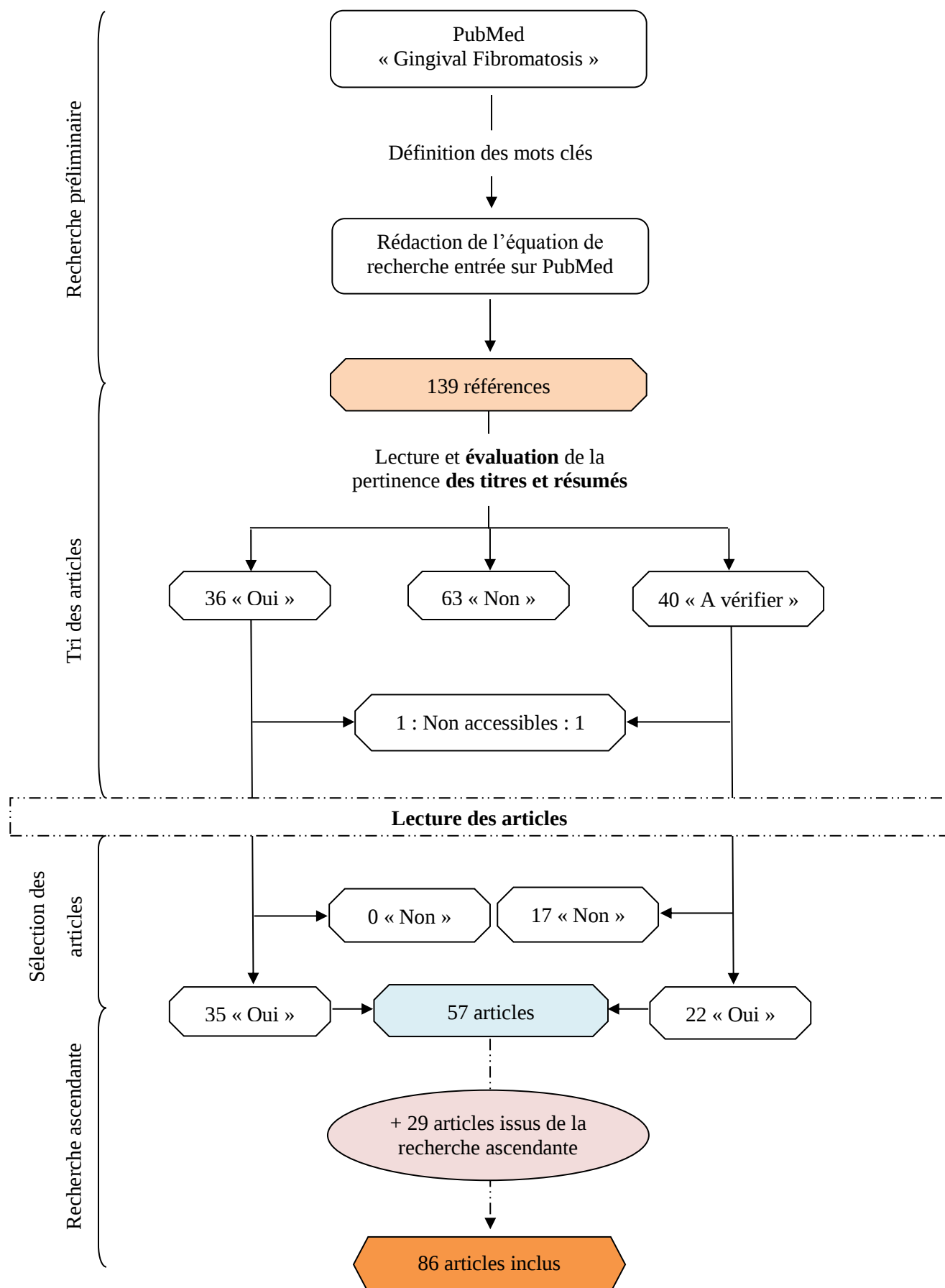


Figure 10 : Diagramme de flux de la sélection d'articles pour la revue systématique de la littérature

II.2.4. RECUEIL DES DONNEES DES CAS CLINIQUES

Différentes données cliniques ont été répertoriées et collectées à l'aide d'un tableau Excel (cf. Annexe 1). Ces différentes données et le mode de remplissage du tableau pour chacune d'entre elles sont listés ci-dessous.

a) Informations sur le patient

- **Genre** : Masculin / Féminin
- **Age** du patient **au moment de la présentation** du cas clinique
- **Période d'apparition de l'hyperplasie gingivale** : selon la classification de Takagi (cf. page 19) / NP

b) Motifs de consultations évoqués

- **Gencives gonflées**
 - **Inocclusion labiale**
 - **Eversion labiale**
 - **Troubles de la phonation**
 - **Troubles de la mastication**
 - **Troubles de la déglutition et/ou nutrition**
 - **Troubles de la respiration**
 - **Douleurs** buccales, gingivales
 - **Saignements gingivaux**
 - **Retard d'exfoliation** des DT
 - **Retard d'éruption** des DT et/ou DP
 - **Malpositions / malocclusions**
 - **Préjudice esthétique**
 - **Impact psychosocial** dû à l'HG
- Oui / Non / Non précisé (NP)

c) Anamnèse

- Présence d'**antécédents familiaux** d'hyperplasie gingivale : Oui / Non / NP
- **Mode de transmission** éventuel : Autosomique dominant / Autosomique récessif / NP
- Antécédents de **prises médicamenteuses** : Oui / Non / NP

d) Examen clinique

- EXO-BUCCAL

- **Profil convexe**
 - **Protrusion maxillaire**
 - **Inocclusion labiale**
 - **Asymétrie faciale**
- } Oui / Non / NP

- ENDO-BUCCAL

- Caractéristiques « dentaires »
 - **Retard d'exfoliation des DT**
 - **Retard d'éruption des DT et/ou DP**
 - **Malpositions**
 - **Diastèmes**
 - **Occlusion inversée**
 - **Béance antérieure**
 - **Supraclusion**

} Oui / Non / NP
- Caractéristiques « parodontales »
 - **Hygiène bucco-dentaire** : Correcte / Insuffisante
 - **Saignement au sondage**
 - Présence de **pseudo-poches** parodontales
 - Présence de **poches parodontales**
 - Présence d'**ulcérations gingivales**

} Oui / Non / NP
- Autres
 - **Protrusion linguale**
 - **Limitation de l'ouverture buccale**

} Oui / Non / NP
- Données concernant l'hyperplasie gingivale
 - **Forme** : Unilatérale / Localisée / Généralisée / NP
 - **Localisation** : Maxillaire / Mandibulaire / Maxillaire et mandibulaire / NP
 - **Recouvrement coronaire**
 - Secteur incisivo-canin
 - Partiel / Total / NP
 - Stade 0 / Stade 1 / Stade 2 / Stade 3 / NP (cf. page 20)
 - Secteur prémolo-molaire :
 - Partiel / Total / NP
 - Stade 0 / Stade 1 / Stade 2 / Stade 3 / NP (cf. page 20)

e) Examen radiographique

- **Type** : Radiographie panoramique / Cone-beam (CBCT) / Cliché(s) rétro-alvéolaire(s) / Cliché(s) occlusal(-aux) / Téléradiographie de profil (TRP) [association de plusieurs types possible] / NP
- Analyse dentaire
 - Présence d'**agénésies**
 - Présence de **dents surnuméraires**
 - Présence de **dents incluses / retenues**
 - **Edification radiculaire** : Normale / Retardée / NP
 - **Position des dents sur l'arcade** : Normale / Retardée / NP
- Analyse parodontale
 - **Niveau osseux** : Normal / Présence d'une ostéolyse / NP

f) Examens complémentaires effectués

- Examens **biologiques**
 - Examen **anatomopathologique**
 - Bilan **génétique**
- } Oui / Non / NP

g) Diagnostic

- **Nom** : Fibromatose gingivale / Fibromatose gingivale héréditaire / Fibromatose gingivale idiopathique / NP
- **Type** : Non syndromique / Syndromique (+ nom du syndrome) / NP

h) Prise en charge

- PREOPERATOIRE
 - **Motivation à l'hygiène orale**
 - **Détartrage**
 - **Surfaçage**

} Oui / Non / NP
- PEROPERATOIRE
 - **Période d'intervention** : selon la classification de Takagi (cf. page 19)
 - **Mode de prise en charge** : Ambulatoire / Sédation consciente / Anesthésie générale [association de plusieurs types possible] / NP
 - **Attitude thérapeutique** : Abstention / Gingivectomie / Gingivoplastie / Alvéoloplastie / Avulsions multiples [association de plusieurs types possible] / NP

- **Technique utilisée** [association de plusieurs types possible] :
 - Matériel utilisé : Bistouri (scalpel) « classique » / Bistouri électrique / Laser (Diode ou CO2) / NP
 - Type d'incision : Incision à biseau externe / Incision à biseau interne / Elévation d'un lambeau (avec ou sans repositionnement apical) / NP
 - **Nombre de séance** : 1 / > 1 / NP
 - **Temps entre 2 interventions** (si prise en charge en plusieurs séances)
 - **Gestes associés à l'intervention** : Soins conservateurs / Surfaçage / Avulsions de DT / Avulsions de DP / Mise en place d'un pansement parodontal / NP
- PRESCRIPTIONS POSTOPERATOIRES
- **Antibiotiques**
 - **Anti-inflammatoires non stéroïdiens**
 - **Antalgiques**
 - **Bains de bouche**
- } Oui / Non / NP
- i) Suivi**
- **Fréquence** : Régulier / Irrégulier / 1 mois / 3 mois / 6 mois / NP
 - **Durée** : en mois et en années / NP
 - **Prise en charge associée** : Parodontale (MHO et/ou Détartrage et/ou Surfaçage) / ODF / Implantologie / Prothétique (amovible partielle ou complète) [association de plusieurs types possible] / NP

j) Récidive

- Présence d'une **récidive** : Oui / Non / NP
- **Degré** : Légère / Moyenne / Sévère / NP

Toutes les données manquantes pour chaque cas clinique ont été notées « NP = non précisée » dans le tableau d'analyse.

II.2.5. ANALYSE STATISTIQUE

Des analyses statistiques descriptives seront privilégiées.

Des analyses statistiques inférentielles pourront être réalisées afin de dégager la significativité de certaines tendances observées, si les conditions d'applications des différents tests utilisés sont respectées. Les tests non paramétriques utilisés dans notre analyse sont les tests de Fisher, du Chi-2 et le test binomial.

II.3. RESULTATS

Les résultats ont été obtenus à partir des 86 articles inclus dans notre revue systématique de la littérature. Dans ces 86 articles, 103 cas cliniques ont été répertoriés. Notre analyse se porte donc sur ces 103 patients (n = 103) qui constituent la population de l'étude. Nos descriptions concerneront la population totale et 2 sous-groupes : les patients atteints de FG non-syndromique (FGNS) et les patients atteints de FG syndromique (FGS).

II.3.1. GENERALITES

a) Description de la population incluse dans l'étude

Notre population est composée de 48 garçons (46,6% de l'échantillon) et 55 filles (53,4% de l'échantillon).

La figure 11 présente la répartition en fonction du genre de la population étudiée, ainsi que la répartition en fonction du caractère non-syndromique ou syndromique de la fibromatose gingivale.

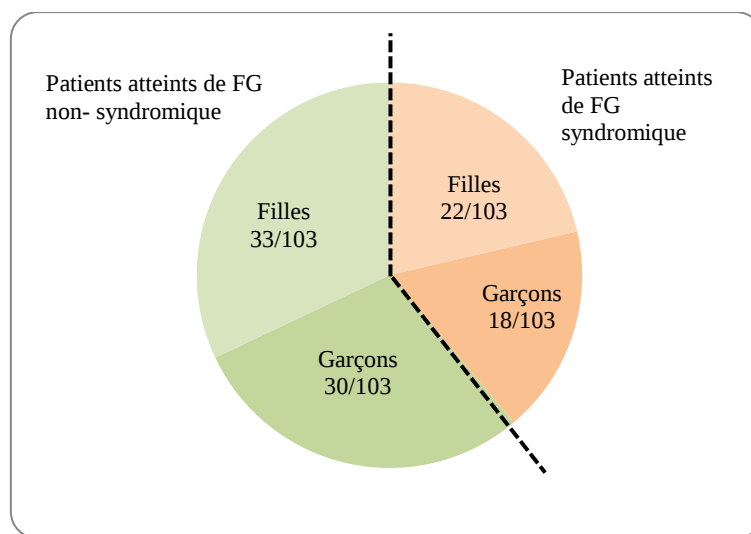


Figure 11 : Distribution des patients en fonction du genre

Parmi les 103 patients :

- 63 patients (61,2% de la population étudiée) présentent une FGNS. Ce sous-groupe est constitué de 33 filles (52,4%) et de 30 garçons (47,6%).
- 40 patients (38,8% de la population étudiée) présentent une FGS. Ce sous-groupe est constitué de 22 filles (55%) et de 18 garçons (45%).

Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative dans la répartition fille / garçon (test binomial ; $p = 0,554$). Il n'y a pas de différence significative dans la répartition par genre entre les FGNS et les FGS (test du chi-2 ; $p = 0,795$).

Le tableau 2 présente les données concernant l'âge moyen et médian des patients au moment de la présentation des cas cliniques.

	Tous les patients (n = 103)	Patients atteints de FG non syndromique (n = 63)	Patients atteints de FG syndromique (n = 40)
Age moyen	9,7	10,1	9,1
Age médian	11	11	9,9

Tableau 2 : Age moyen et médian de la population étudiée lors de la présentation

Les patients ont entre 1 an et 4 mois et 16 ans, avec un âge moyen de 9,7 ans.

b) Description des données issues de l'anamnèse

Période d'apparition de la FG

La figure 12 présente la répartition des patients atteints de FGNS et FGS en fonction de la période d'apparition de la FG.

Sur les 103 patients de l'étude, 80 (soit 77,7% de l'échantillon) ont précisés la période d'apparition de la FG. Parmi ces 80 patients, 49 avaient une FGNS, et 31 FGS.

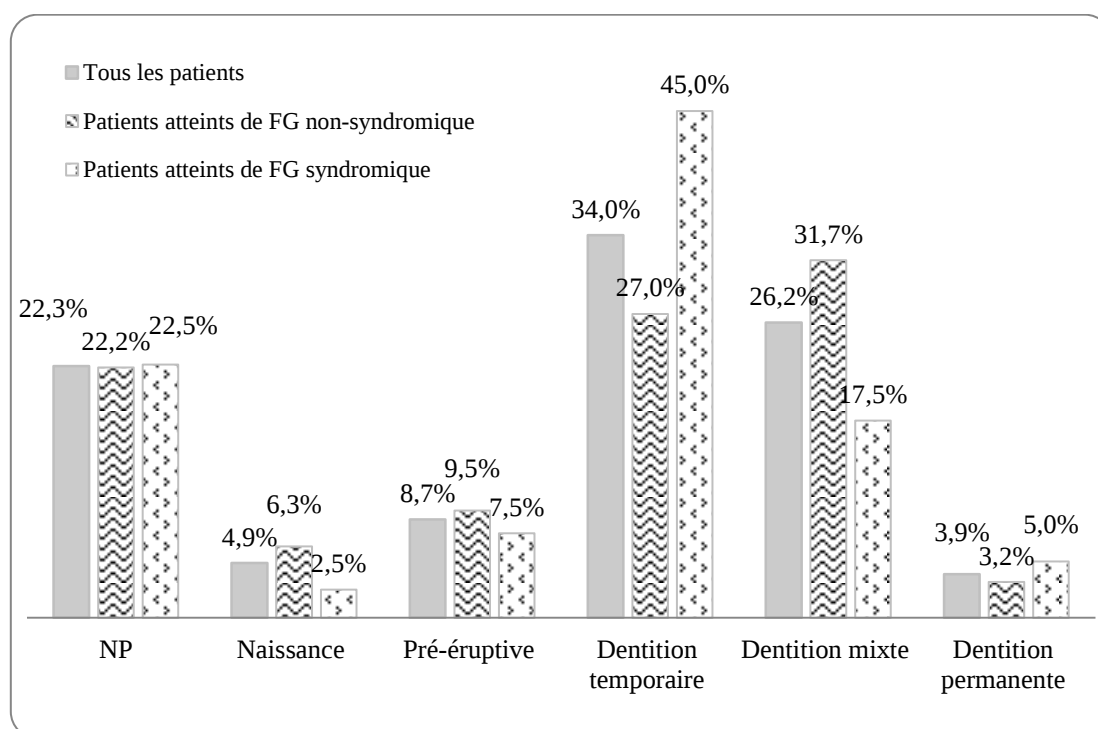


Figure 12 : Distribution des patients en fonction de la période d'apparition de la FG

	Fibromatose gingivale non-syndromique vs Fibromatose gingivale syndromique		
Naissance	0,643	NS	Test de Fisher
Pré-éruptive	1	NS	Test de Fisher
Dentition temporaire	0,040	*	Test du chi-2
Dentition mixte	0,092	NS	Test du chi-2
Dentition permanente	0,638	NS	Test de Fisher

NS = non significatif ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 3 : Analyses statistiques sur les périodes d'apparition de la FG (valeurs de p)

Quelle que soit sa forme, la FG apparaît le plus souvent en dentition temporaire et en dentition mixte. Cette tendance est aussi retrouvée lorsqu'on regarde uniquement les patients atteints de FG non-syndromique.

Cependant, l'apparition semble plus précoce pour les FG syndromiques (chez presque un patient sur deux, la FG apparaît en dentition temporaire). Il y a une différence statistiquement significative entre les 2 sous-groupes concernant l'apparition de la FG en dentition temporaire (tableau 3).

Antécédents familiaux et mode de transmission de la FG

La présence éventuelle d'antécédents familiaux a été recueillie pour 88 patients sur 103 (85,4% de la population totale), chez leurs ascendants ou leurs collatéraux (les frères et sœurs, les oncles et tantes, les cousins et cousines) (figure 13).

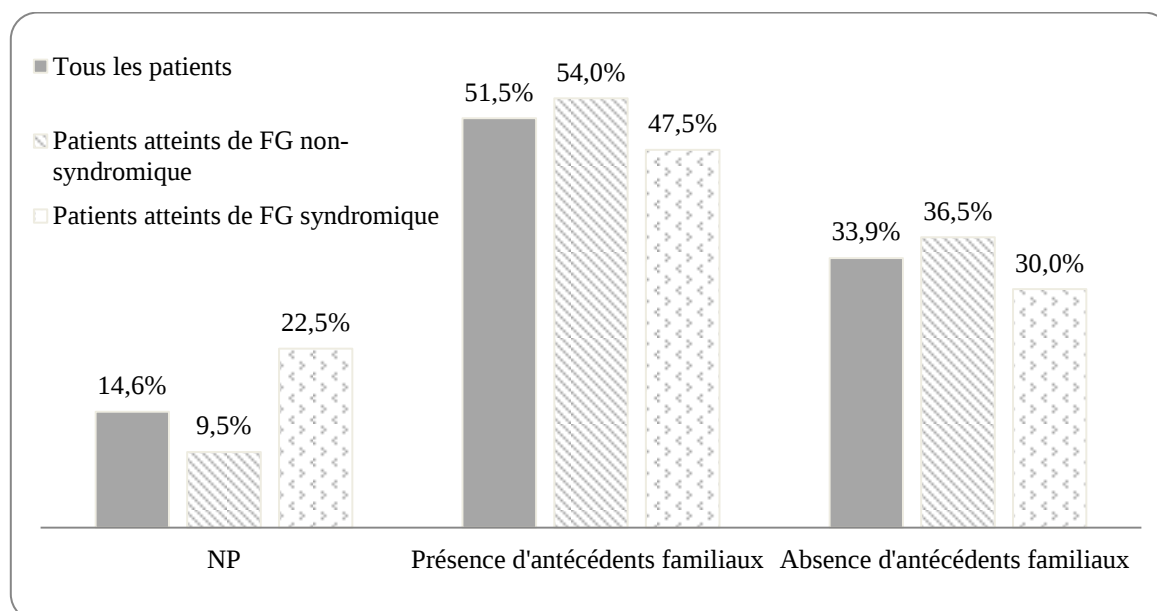


Figure 13 : Distribution de la population en fonction de la présence ou non d'antécédents familiaux de FG

Parmi ces 88 patients :

- 57 avaient une FG non-syndromique. Parmi ces 57 patients, 34 (soit 59,6%) ont rapportés la présence d'antécédents familiaux de FG. Le mode de transmission a été déterminé pour 18 de ces 57 patients (figure 14) :
 - Pour 13 patients sur 18 (soit 72,2%), la transmission s'est faite sur le mode autosomique dominant,
 - Pour 5 patients sur 18 (soit 27,8%) elle s'est faite sur le mode autosomique récessif.L'analyse statistique sur les modes de transmission montre une différence significative entre les 2 modes relevés (Test binomial ; $p = 0,048 *$)

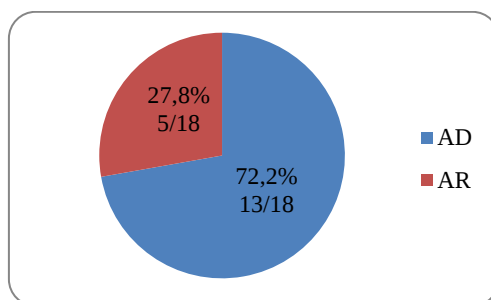


Figure 14 : Distribution en fonction du mode de transmissions de la FG non-syndromique

- 31 avaient une FG syndromique. Parmi ces 31 patients, 19 (soit 61,3%) ont rapportés la présence d'antécédents familiaux de FG. Les modes de transmissions n'ont pas été étudiés car liés aux syndromes et non à la FG.

Antécédents de prise médicamenteuse

38 patients sur 103 (36,9%) ont été interrogés sur une éventuelle prise médicamenteuse ayant pour effets secondaires une hyperplasie gingivale. Aucun de ces patients n'était sous médicaments au moment de l'évolution de leur hyperplasie gingivale.

c) Description des différents syndromes associés à la FG

Comme dit précédemment, 40 patients sur 103 présentaient une FG syndromique. La liste des différents syndromes retrouvée dans notre population est décrite dans la figure 15.

Les 3 syndromes principalement retrouvés sont la fibromatose hyaline juvénile (11 cas soit 27,5% de la population des FG syndromiques), l'association FG et hypertrichose (5 cas soit 12,5% de la population des FG syndromiques) ainsi que le syndrome de Zimmermann-Laband (4 cas soit 10% de la population des FG syndromiques). Deux cas cliniques ont été caractérisés de syndromique sans être nommés. Ces cas cliniques présentaient une association de signes cliniques jusqu'à présent jamais décrit dans la littérature selon les auteurs.

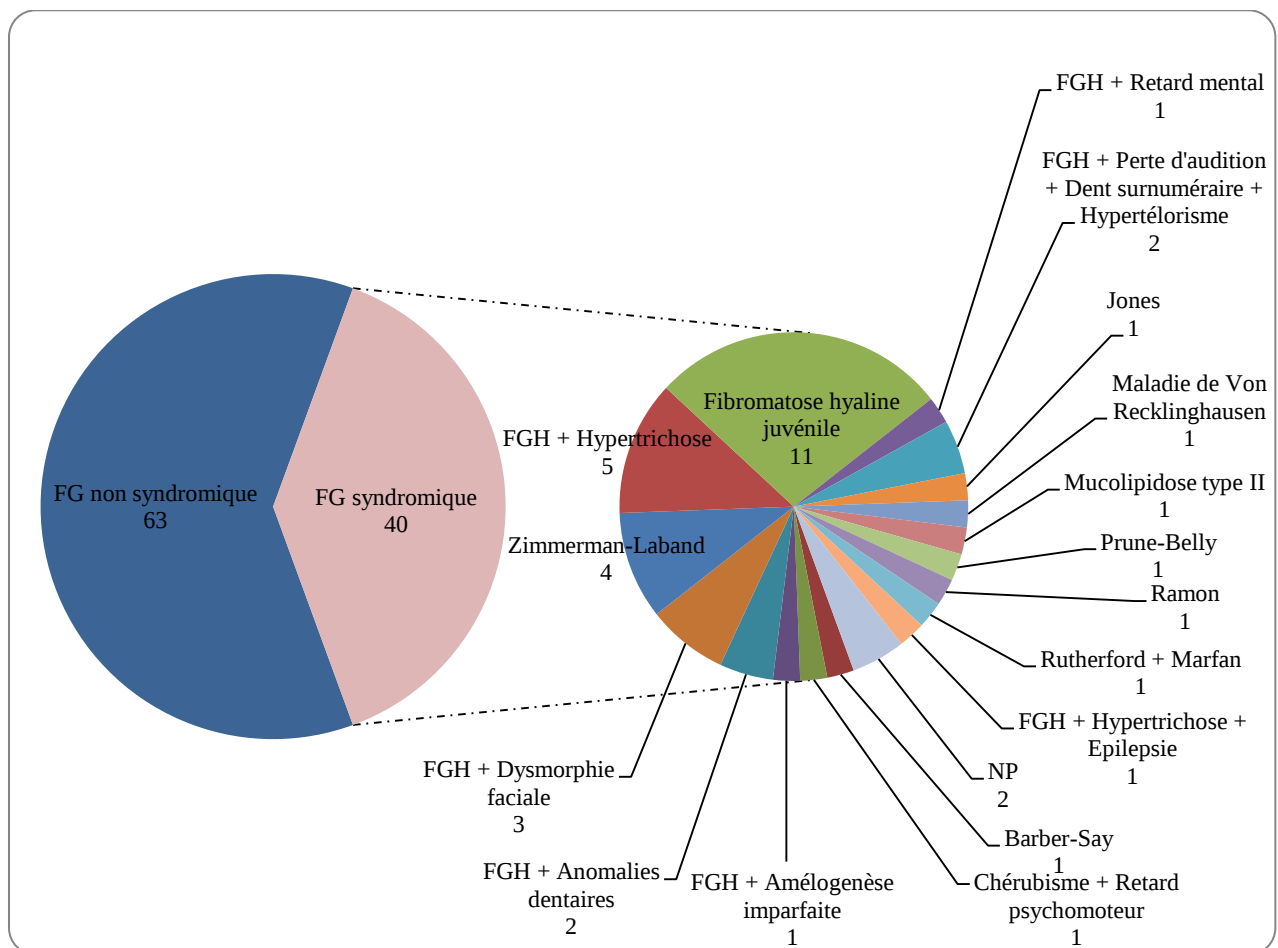


Figure 15 : Distribution des patients selon le type de FG et liste des syndromes retrouvés dans notre population

II.3.2. MOTIFS DE CONSULTATION

La figure 16 présente les différents motifs de consultations relevés au cours de l'analyse de la littérature et leur répartition au sein de notre population.

Les motifs de consultation le plus souvent retrouvés sont la présence de gencives gonflées, le préjudice esthétique causé par celles-ci, ainsi que des troubles de la mastication (et cela aussi bien dans la FG non-syndromique que syndromique). On retrouve souvent également une inocclusion labiale, des troubles de la phonation, déglutition/nutrition, un retard d'éruption des DT/DP ainsi qu'un impact psycho-social de l'hyperplasie gingivale. Ce résultat est retrouvé aussi bien dans la population totale que dans nos 2 sous-groupes.

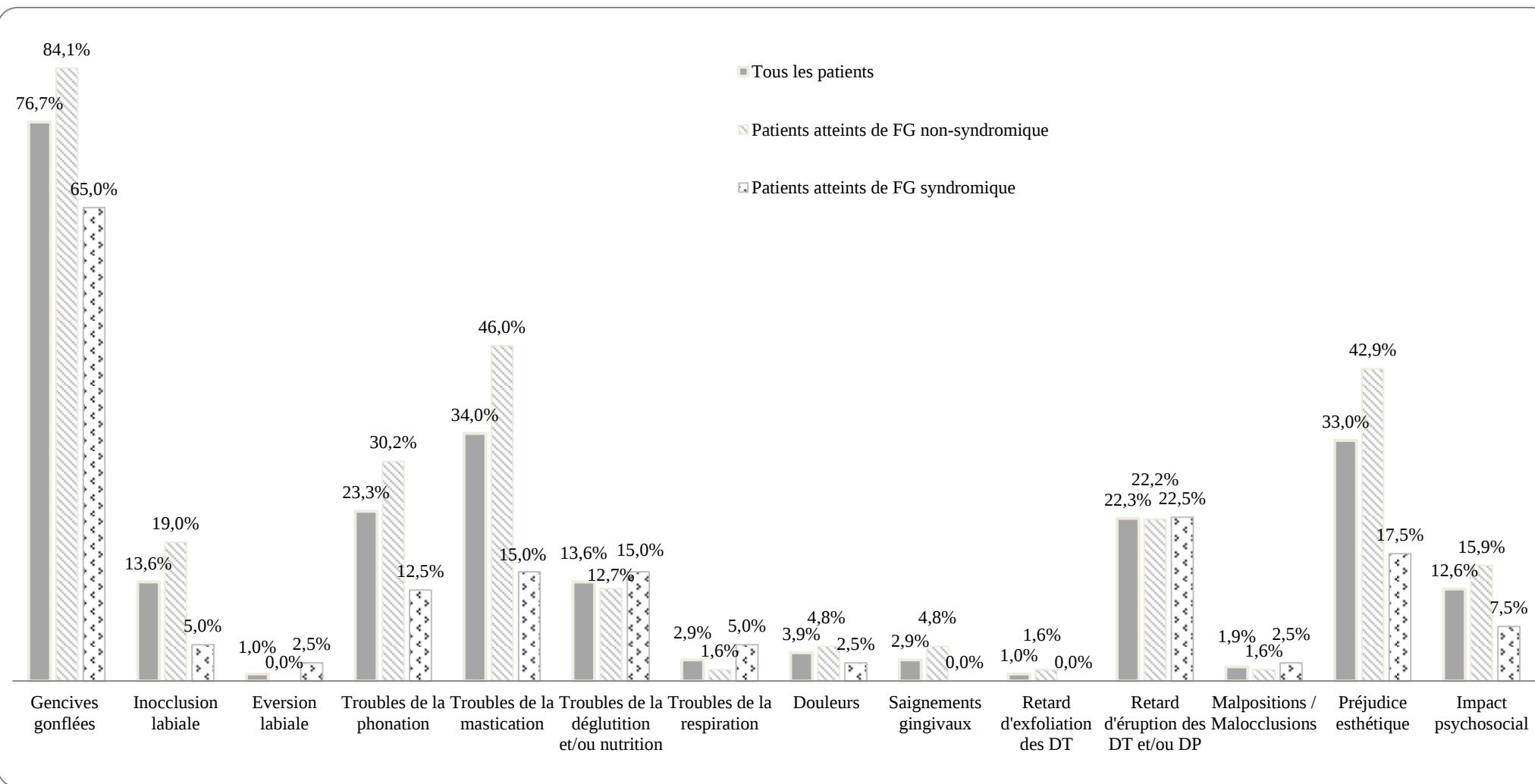


Figure 16 : Distribution des différents motifs de consultations relevés lors de l'interrogatoire

II.3.3. PROBLEMATIQUE BUCCO-DENTAIRE

La problématique bucco-dentaire regroupe toutes les données des examens cliniques et complémentaires ayant pu être recueillis lors de l'analyse de la littérature.

a) Description des caractéristiques cliniques exo-buccales

La figure 17 présente les principales caractéristiques exo-buccales pouvant être retrouvées chez un patient atteint de FG et leur répartition au sein de notre population.

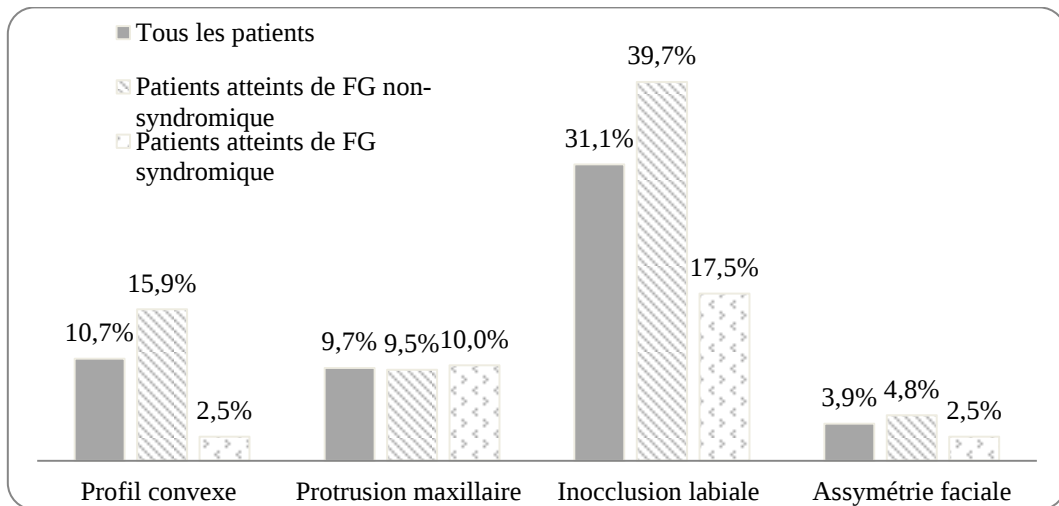


Figure 17 : Distribution des principales caractéristiques exo-buccales de la FG

L'atteinte qui paraît être la plus retrouvée est l'inocclusion labiale due à l'hyperplasie gingivale. Cette tendance générale semble se retrouver quand on sépare les patients atteints de FG non-syndromique et syndromique.

b) Description des caractéristiques cliniques endo-buccales

Caractéristiques dentaires

La figure 18 présente les caractéristiques dentaires retrouvées dans la FG.

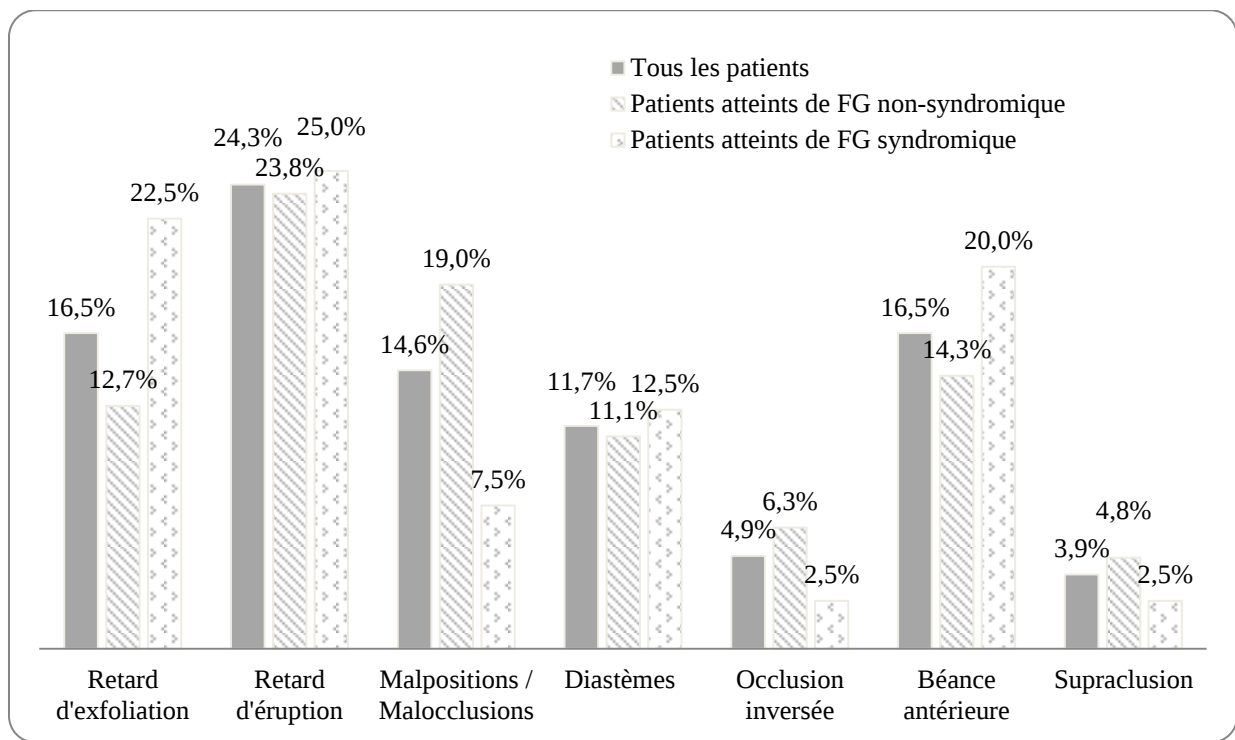


Figure 18 : Distribution des patients en fonction des caractéristiques dentaires retrouvées lors de l'examen clinique

Une des conséquences principale de l'hyperplasie gingivale est un retard d'éruption des DT et/ou DP, aussi bien dans la population totale que dans les 2 sous-groupes. Cette hyperplasie est aussi souvent responsable de retard d'exfoliation des DT, ainsi que de malpositions, pouvant engendrer des diastèmes, et des malocclusions. Que la FG soit syndromique ou non, aucunes différences significatives n'a été mise en évidence concernant la présence de caractéristiques dentaires particulières qui seraient propres à chaque forme de FG.

Caractéristiques parodontales

La figure 19 présente la distribution des patients en fonction des différentes caractéristiques parodontales retrouvées dans la FG.

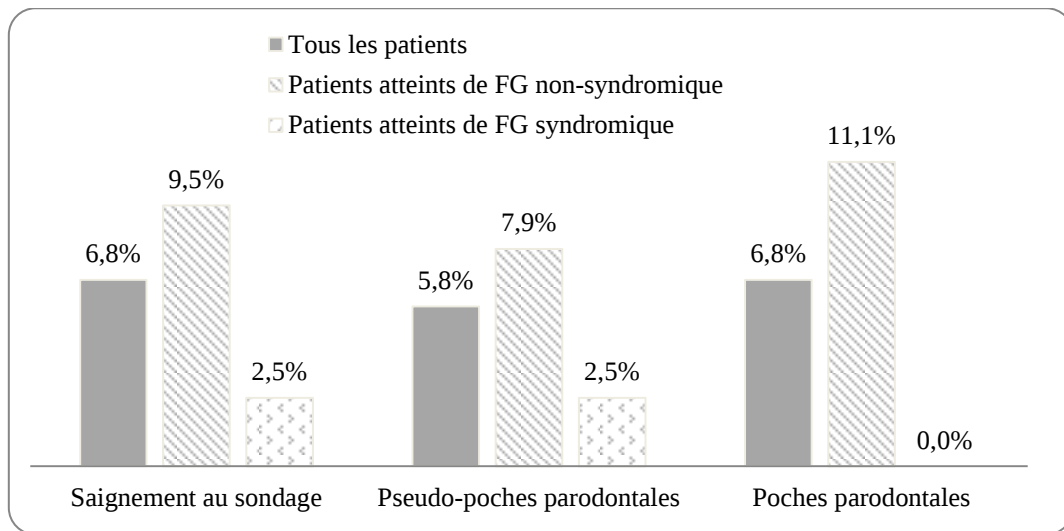


Figure 19 : Caractéristiques parodontales et pourcentages d'atteinte chez tous les patients

Peu de cas cliniques ont décrit une atteinte parodontale clinique, que ce soit au niveau du saignement au sondage, de la présence de pseudo-poches parodontales ou bien de poches parodontales avérées.

Autres caractéristiques retrouvées

D'autres caractéristiques ont également été répertoriées, comme une protrusion linguale, une limitation de l'ouverture buccale et des ulcérations gingivales (figure 20). Cependant, très peu de patients présentent ces signes.

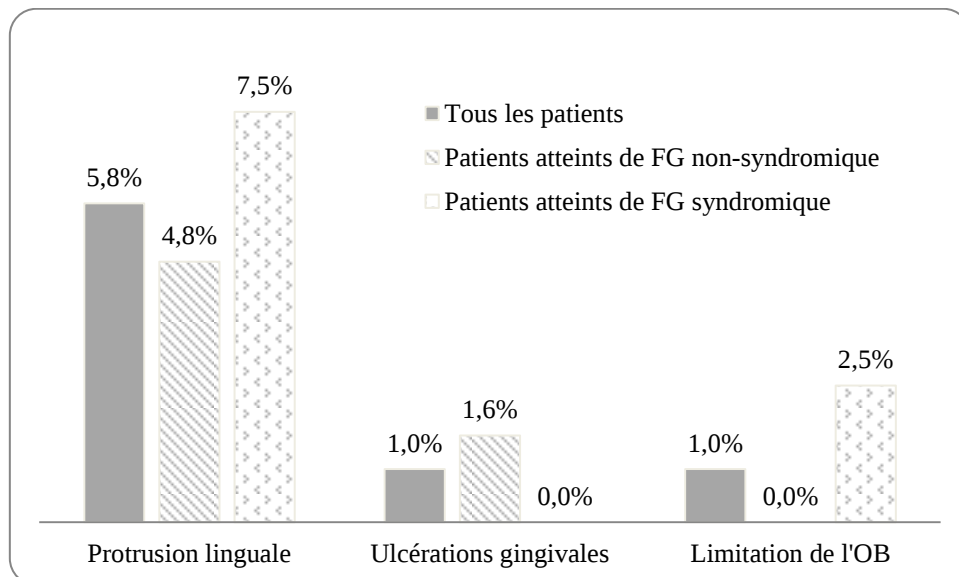


Figure 20 : Distribution des patients en fonction des autres caractéristiques pouvant être retrouvées lors de la FG (OB = ouverture buccale)

Le fait d'avoir un syndrome associé à la FG ne semble pas favoriser la présence de ces caractéristiques, qui semblent être des critères cliniques mineurs dans l'ensemble de notre population.

c) Caractérisation de la FG

Les différentes données recueillies concernant la FG sont listées ci-dessous.

Forme de FG

Qu'il s'agisse d'une FG non-syndromique ou syndromique, la forme majoritairement retrouvée est une forme généralisée (figure 21). Quelques cas cliniques ont présenté une forme unilatérale, mais aucun cas de forme localisée n'a été répertorié.

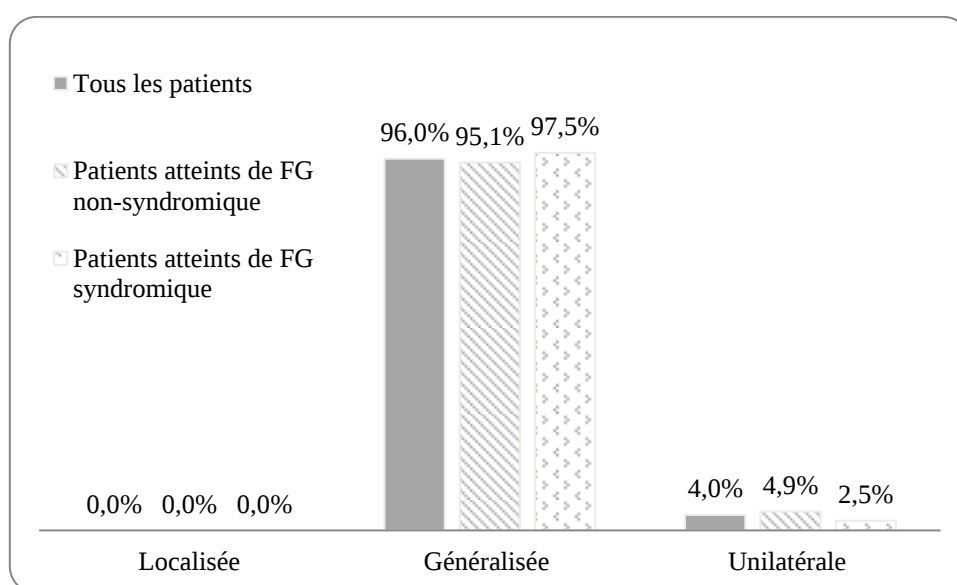


Figure 21 : Distribution des patients en fonction de la forme de la FG

Localisation de la FG

La localisation correspond à l'atteinte de la muqueuse maxillaire et/ou mandibulaire par la FG. L'atteinte majoritairement retrouvée est bi-maxillaire (figure 22). Quelques cas ont rapporté une atteinte uniquement maxillaire, mais aucun cas d'atteinte purement mandibulaire n'a été décrit.

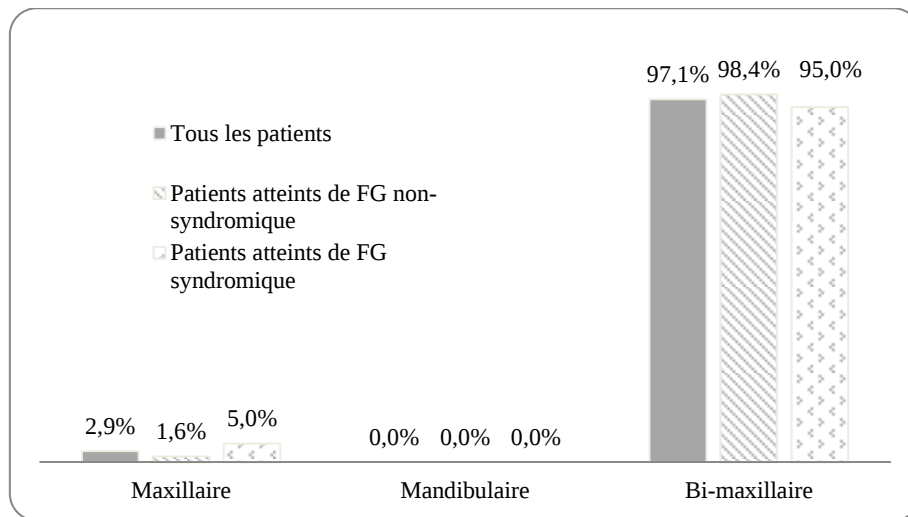


Figure 22 : Distribution des patients en fonction de la localisation de la FG

Description de l'atteinte du secteur incisivo-canin (I/C)

Le degré d'atteinte le plus souvent observé, dans environ un cas sur deux, est une atteinte de stade 2 (recouvrement coronaire couvrant entre la moitié et la totalement de la hauteur de la couronne, sans recouvrir totalement la surface occlusale et/ou le bord incisif), cela aussi bien en cas de FG non-syndromique que syndromique (figure 23).

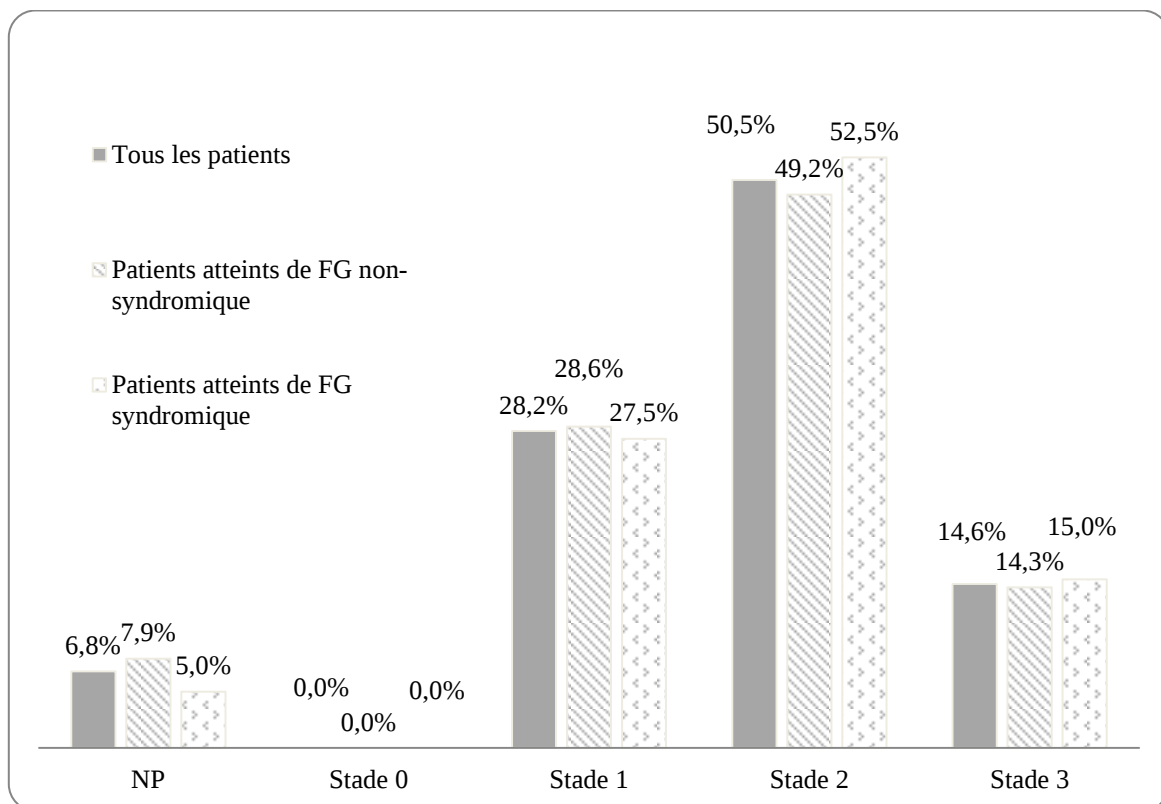


Figure 23 : Distribution des patients en fonction du degré d'atteinte du secteur I/C de la FG

	Fibromatose gingivale non-syndromique vs Fibromatose gingivale syndromique		
Stade 1	0,827	NS	Test du chi-2
Stade 2	0,861	NS	Test du chi-2
Stade 3	0,971	NS	Test du chi-2

NS : non significatif ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 4 : Analyses statistiques sur le degré d'atteinte du secteur I/C

L'analyse statistique ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les FGNS et FGS concernant les différents degrés d'atteinte du secteur I/C (tableau 4)

Description de l'atteinte du secteur prémolo-molaire (PM/M)

Tout comme le secteur I/C, le degré d'atteinte majoritairement retrouvé est le stade 2, avec un pourcentage d'atteinte qui semble plus important, puisqu'environ 70% des patients présentent ce stade de sévérité, aussi bien dans la population totale que dans les 2 sous-groupes (figure 31).

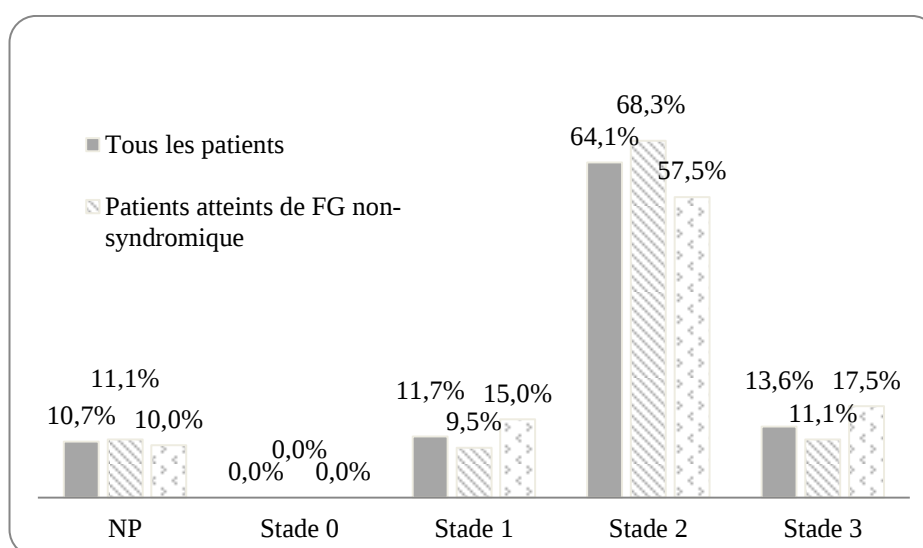


Figure 24 : Degré d'atteinte du secteur PM/M

	Fibromatose gingivale non-syndromique vs Fibromatose gingivale syndromique		
Stade 1	0,528	NS	Test de Fisher
Stade 2	0,179	NS	Test du chi-2
Stade 3	0,365	NS	Test du chi-2

NC = Chi-2 non calculable ; NS : non significatif ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 5 : Analyses statistiques sur le degré d'atteinte du secteur PM/M

L'analyse statistique ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les FGNS et FGS concernant les différents degrés d'atteinte du secteur PM/M (tableau 5).

d) Description des caractéristiques radiologiques

Les différentes données recueillies concernant les caractéristiques radiologiques sont listées ci-dessous.

Type d'examen radiologique effectué

Parmi les 103 cas cliniques répertoriés, 51 (soit 49,5%) ont indiqué avoir effectué un examen complémentaire radiologique.

La figure 25 présente la distribution des différents examens radiologiques effectués chez ces 51 patients.

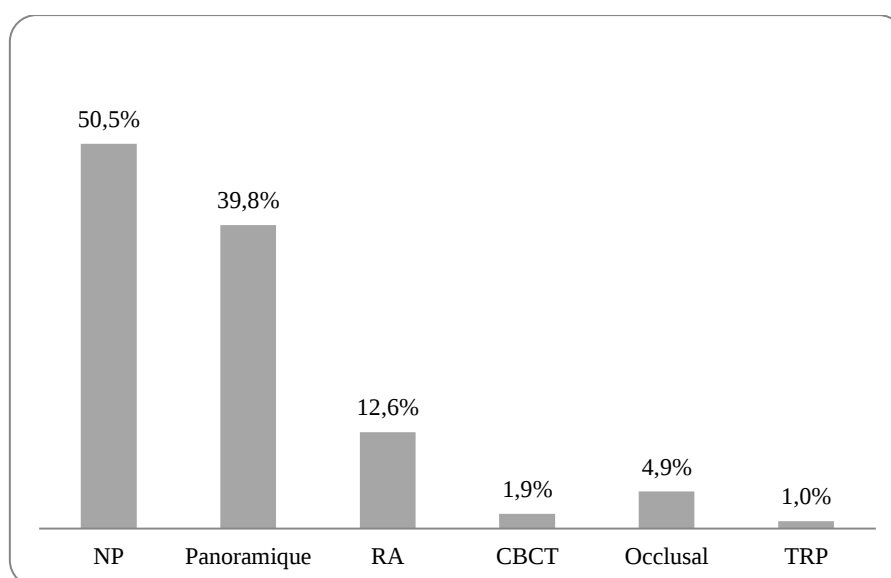


Figure 25 : Distribution des différents examens radiologiques effectués (RA : cliché rétro-alvéolaire / CBCT : cône beam / TRP : téléradiographie de profil)

L'examen radiologique le plus souvent réalisé est la radiographie panoramique. Le cliché rétro-alvéolaire est le deuxième examen le plus recensé.

Description des critères évalués sur les examens radiologiques

Le premier critère évalué est le niveau osseux des patients, afin de mettre en évidence la présence ou non d'une ostéolyse.

Qu'il s'agisse d'une analyse globale ou bien d'une analyse en fonction de la présence d'un syndrome, l'ostéolyse n'est que rarement associée à la FG.

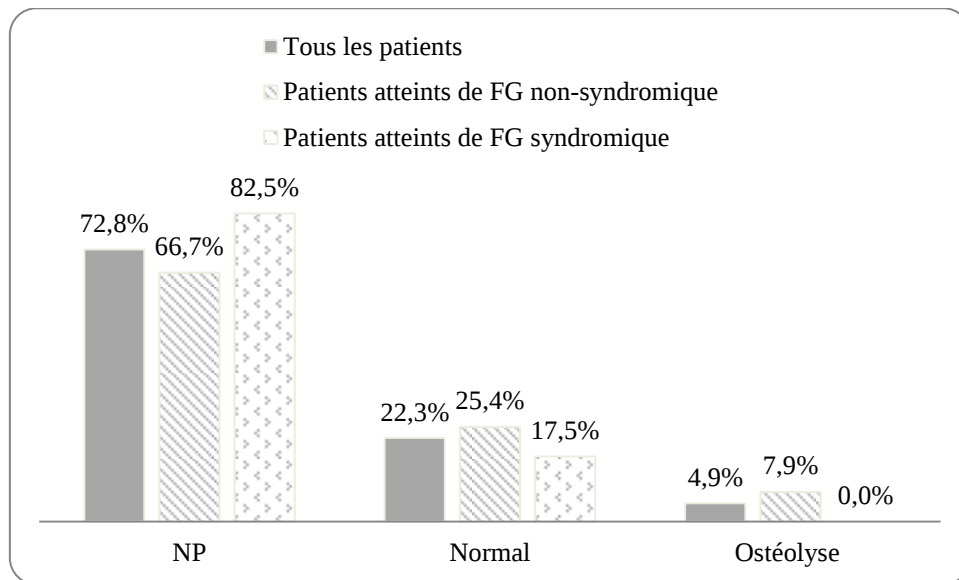


Figure 26 : Evaluation du niveau osseux chez tous les patients

Les autres anomalies détectées radiographiquement sont présentées dans la figure 27, ainsi que le pourcentage de patients chez lesquels elles ont été décrites.

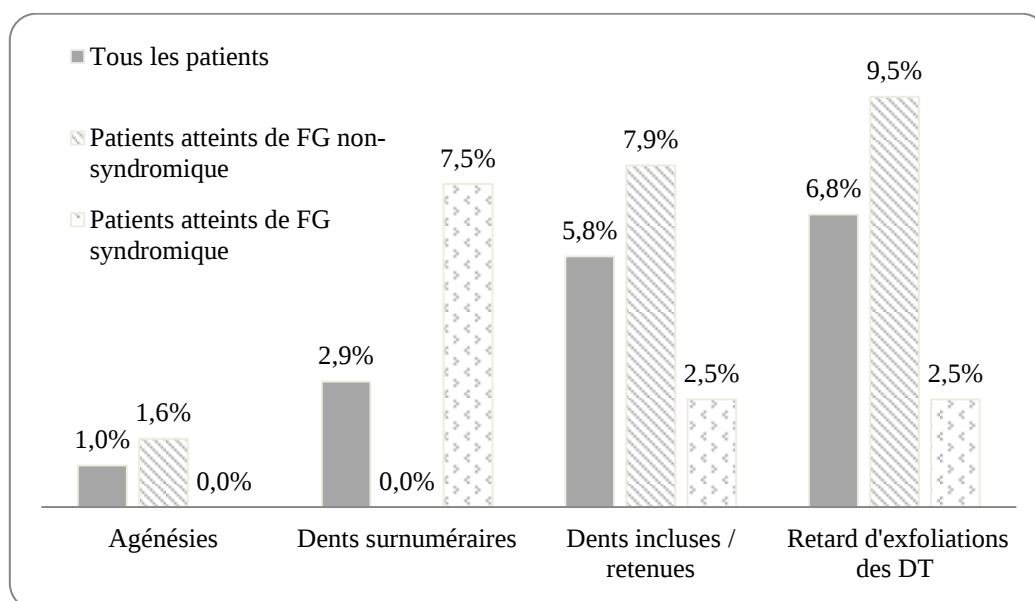


Figure 27 : Fréquence des autres anomalies décrites à l'examen radiologique

Les anomalies les plus répertoriées sont des retards d'exfoliation des DT ainsi que la présence de dents incluses ou retenues.

Quand on sépare les FG syndromiques et non-syndromiques, la différence semble se faire sur la présence de dents surnuméraires, qui paraissent être le plus souvent présentes dans les cas de FGS.

Les examens radiologiques ont également permis d'évaluer le niveau d'édification radiculaire des DP. Seuls 13 cas cliniques ont décrits ce niveau, et aucun n'a répertorié de retard. La présence d'une FG, syndromique ou non, ne semble pas affecter l'édification radiculaire des dents permanentes.

Le dernier point évalué a été la mise en place de la dentition, avec la position des dents par rapport à l'âge du patient (figure 28). Peu de cas clinique ont répertoriés un retard de mise en place de la dentition.

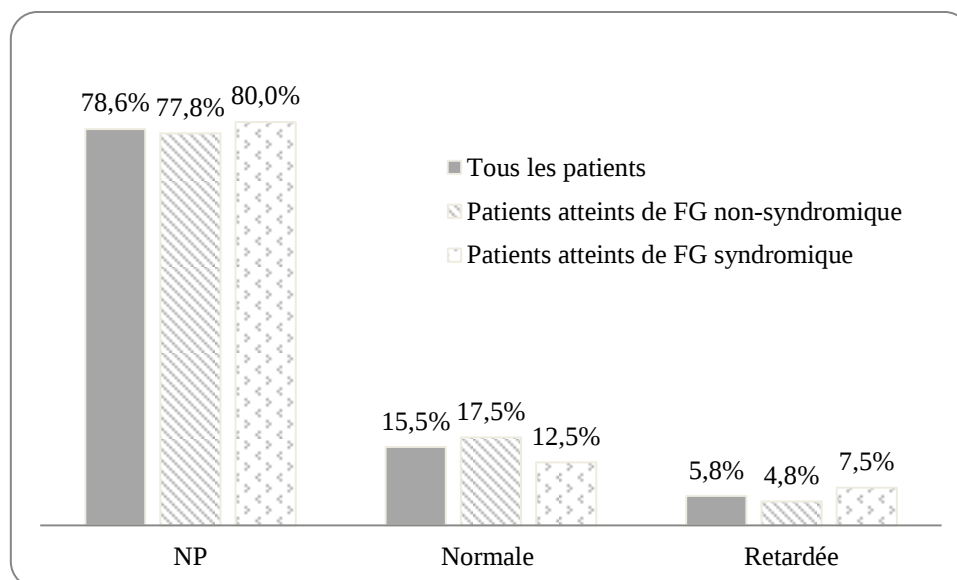


Figure 28 : Evaluation radiologique de la position des dents sur l'arcade

e) Description des examens complémentaires

On observe que l'examen majoritairement effectué chez les patients atteint de FG est une analyse anatomo-pathologique des tissus gingivaux. Cette tendance est retrouvée lorsque l'on sépare les FG non-syndromiques et syndromiques. Cet examen est pratiqué dans 80% des cas (figure 29).

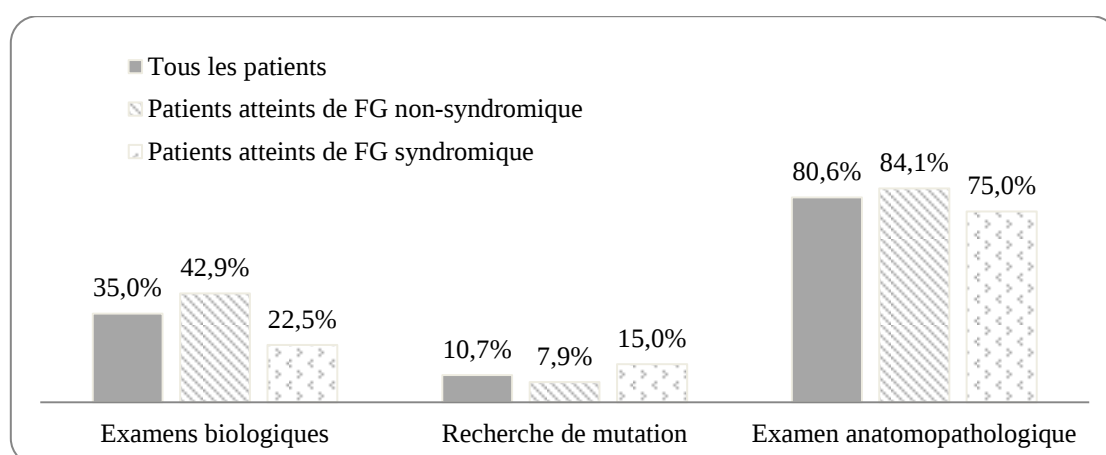


Figure 29 : Fréquence de réalisation des examens complémentaires

II.3.4. CHOIX THERAPEUTIQUES

a) Prise en charge préopératoire

La prise en charge la plus effectuée (figure 30) consiste en une motivation à l'hygiène orale (MHO), associée éventuellement à détartrage et / ou surfaçage lorsque la situation le nécessitait. Si l'on compare les 2 sous-groupes, les patients atteints de FGS semblent nécessiter plus de MHO.

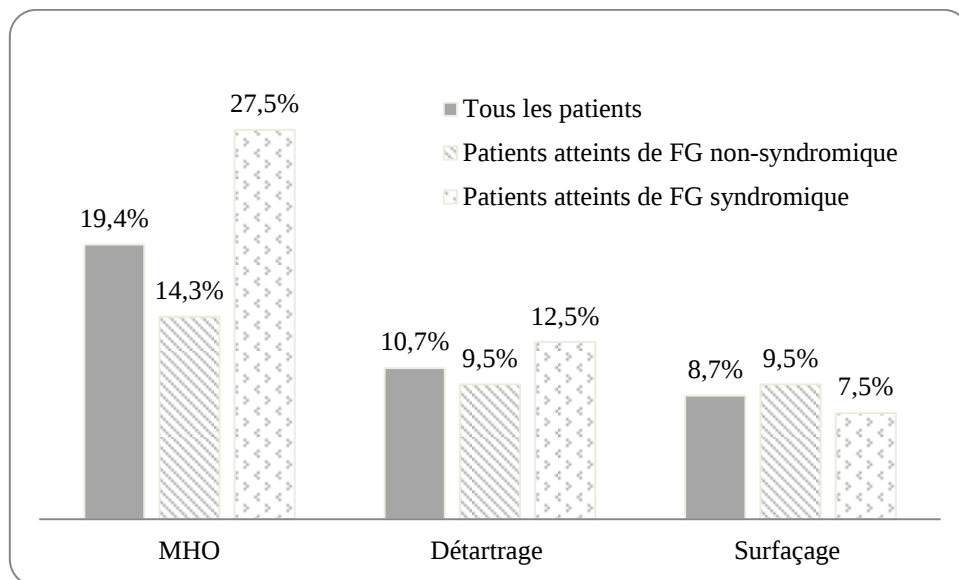


Figure 30 : Fréquence des actes réalisés en préopératoire

b) Prise en charge peropératoire

Période d'intervention

Il semble y avoir une tendance à une prise en charge plutôt tardive que précoce. Cependant, même si une majorité est prise en charge en dentition permanente, près de $\frac{1}{4}$ des patients sont pris en charge dès la dentition temporaire. De plus, quand on regarde les sous-groupes, les FGS sont plus souvent pris en charge en dentition mixte.

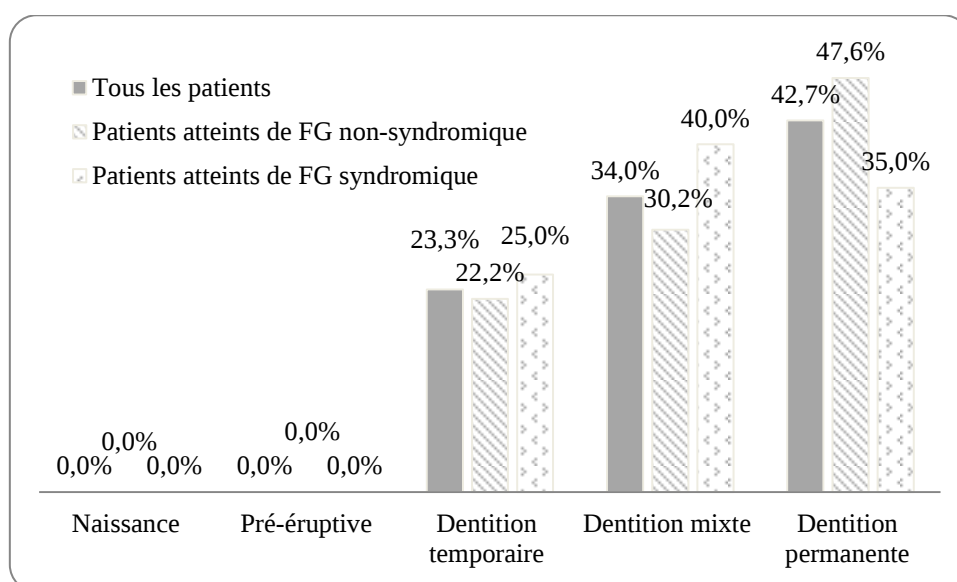


Figure 31 : Distribution des patients selon la période de prise en charge de leur FG

Mode de prise en charge

Le plus souvent la prise en charge a été effectuée en ambulatoire et/ou sous anesthésie générale (AG). Peu de prises en charges ont été effectuées sous sédation consciente (intraveineuse ou à l'aide du MEOPA).

Lorsqu'on sépare les FG non-syndromiques des syndromiques, il semble y avoir une tendance à intervenir plus souvent sous anesthésie locale quand il s'agit d'une FG non-syndromique. ($p(0.026) < 0.05$ *). Cependant, notre échantillon ne nous permet pas de mettre en évidence de différence statistiquement significative dans le mode de prise en charge entre la FGNS et la FGS, qu'il s'agisse d'intervenir sous AL (Test du chi-2 ; $p(0.175) > 0.05$ [NS]) ou sous AG (Test du chi-2 ; $p(0,299) > 0.05$ [NS]).

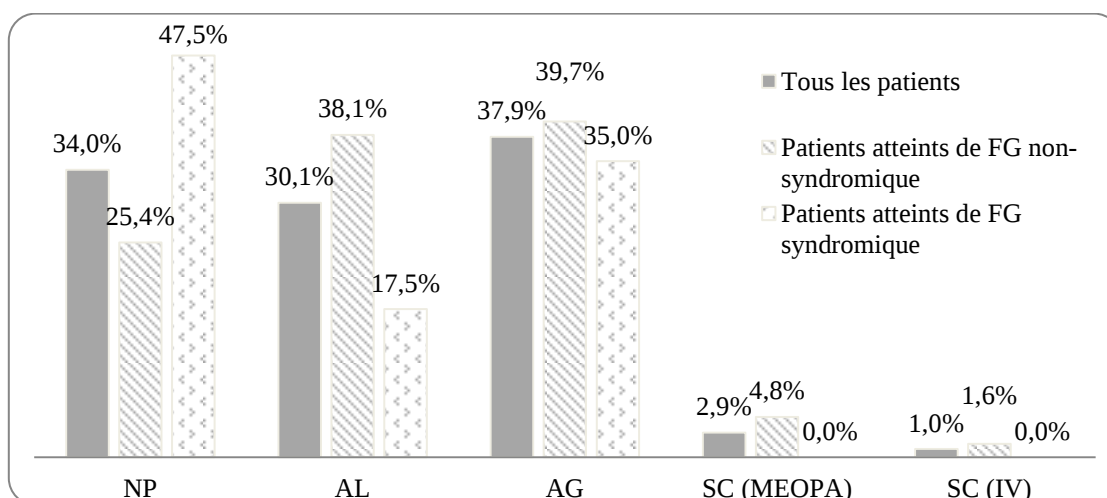


Figure 32 : Mode de prise en charge de la FG

Attitude thérapeutique

L'attitude thérapeutique majoritairement adoptée concernant la prise en charge de la FG, qu'il s'agisse ou non d'une forme syndromique, est la gingivectomie simple (figure 33).

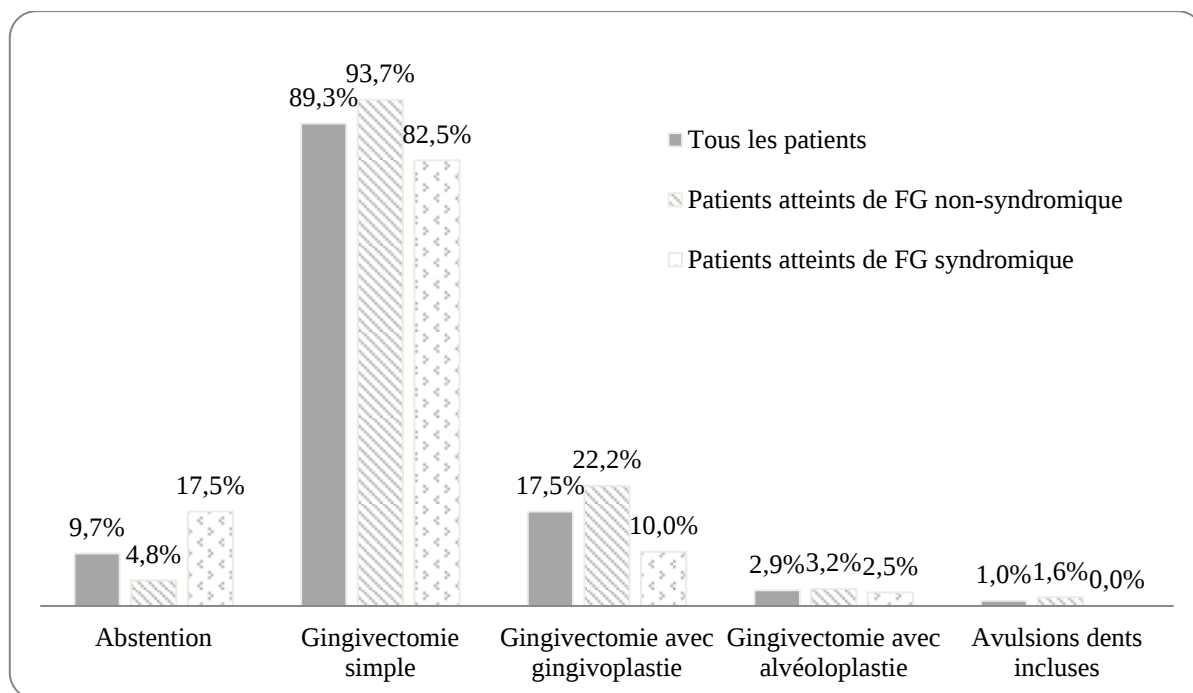


Figure 33 : Attitude thérapeutique pour la prise en charge de la FG

Nombre d'interventions

La figure 34 présente la distribution des interventions réalisées, en fonction du nombre de séances nécessaires pour la prise en charge de la FG. 63 cas cliniques ont indiqués le nombre de séance nécessaires afin de prendre en charge la FG : 32 patients (soit 50,8%) ont eu une intervention en un seul temps, alors que 31 patients (49,2%) ont eu des interventions en plusieurs temps. Aucune tendance ne semble se dégager concernant le nombre d'interventions.

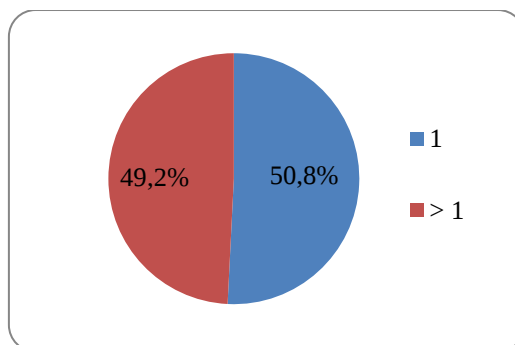


Figure 34 : Distribution des interventions en fonction du nombre de séances de la séquence de traitement de la FG

Dans les cas de multiples interventions, le délai minimum était de 1 semaine, et le délai maximum a été de 208 semaines (4 ans) (médiane à 2 semaines).

Technique utilisée

47 cas cliniques ont présenté la technique utilisée lors de la prise en charge chirurgicale de la FG. Parmi ces 47 cas cliniques, 34 étaient atteints de FG non-syndromique, et 13 de FG syndromique.

La figure 35 présente la répartition des différents types d'instrumentations utilisées lors de l'intervention.

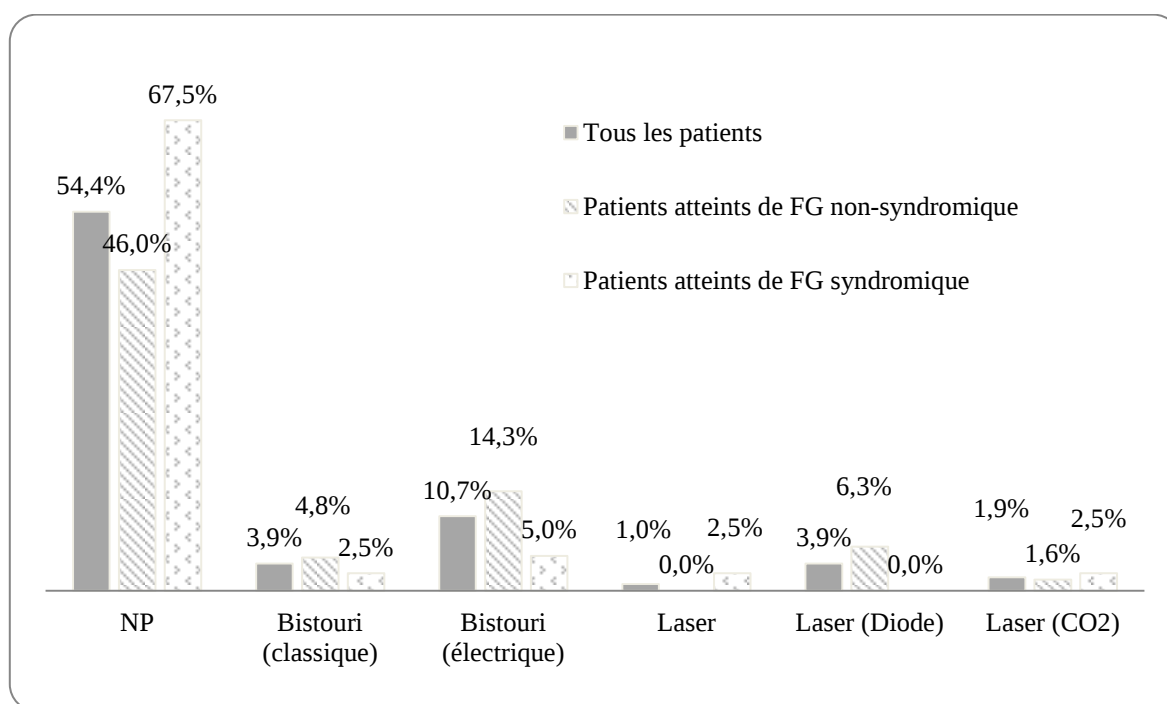


Figure 35 : Distribution en fonction du type d'instrumentation utilisée

Dans notre échantillon, la tendance semble à l'utilisation du bistouri électrique pour la prise en charge chirurgicale de la FG, également présente lorsqu'on sépare les FG syndromiques et non-syndromique.

La figure 36 présente la technique chirurgicale employée.

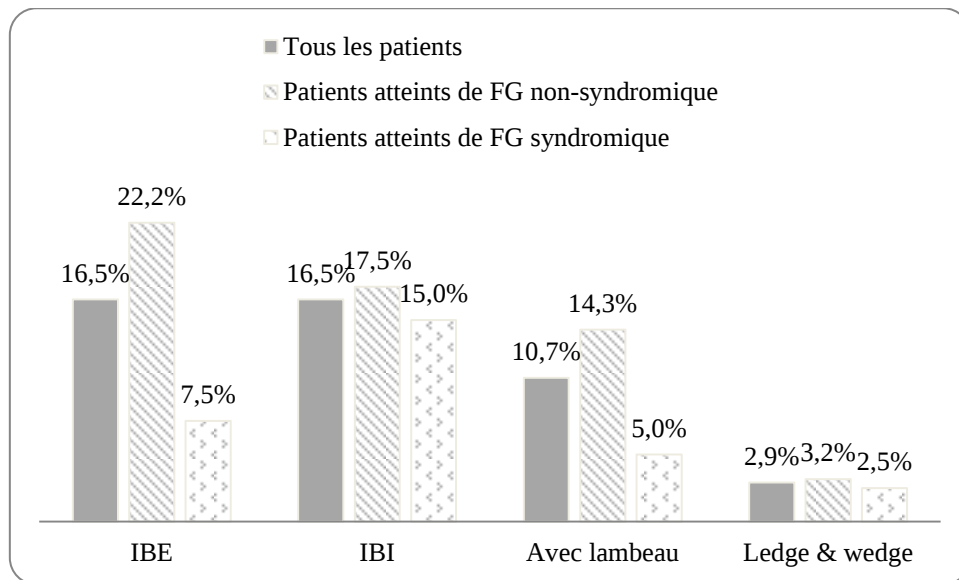


Figure 36 : Distribution en fonction de la technique chirurgicale

Les techniques qui ont été les plus employées sont les incisions à biseau externe (IBE) et incisions à biseau interne (IBI) pour la réalisation de la gingivectomie. Cette tendance se confirme pour les FG non-syndromiques, alors qu'il ressort une utilisation plus marquée de l'incision à biseau interne chez les FG syndromiques (figure 36).

Gestes associés

Pendant l'intervention, d'autres gestes ont pu être réalisés, cela a été le cas chez 21 patients sur 103 (soit 20,4% de la population totale). Il s'agit essentiellement d'avulsions (figure 37) pour diverses raisons : dents temporaires ou dents non conservables (délabrées ou raison parodontale).

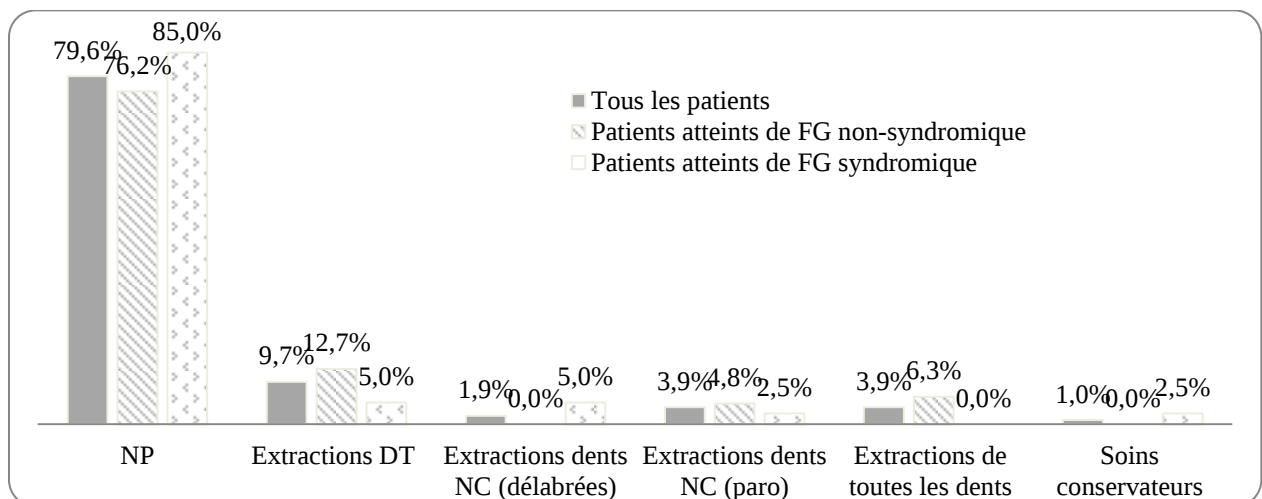


Figure 37 : Fréquence de réalisation de gestes complémentaires lors de la gingivectomie

Mise en place d'un pansement parodontal

La mise en place d'un pansement parodontal suite à l'intervention a été réalisée chez un patient sur quatre (27,2%), si on considère la population totale.

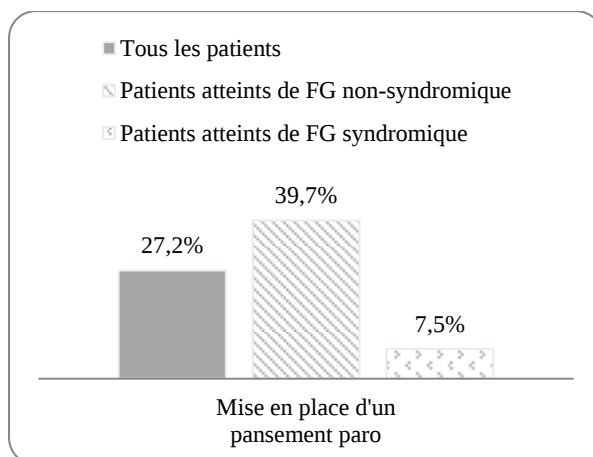


Figure 38 : Proportion d'interventions ayant nécessités la mise en place d'un pansement parodontal

c) Prise en charge post-opératoire

En phase post-opératoire, la prescription majoritaire suite à l'intervention a été celle de bains de bouche (figure 39).

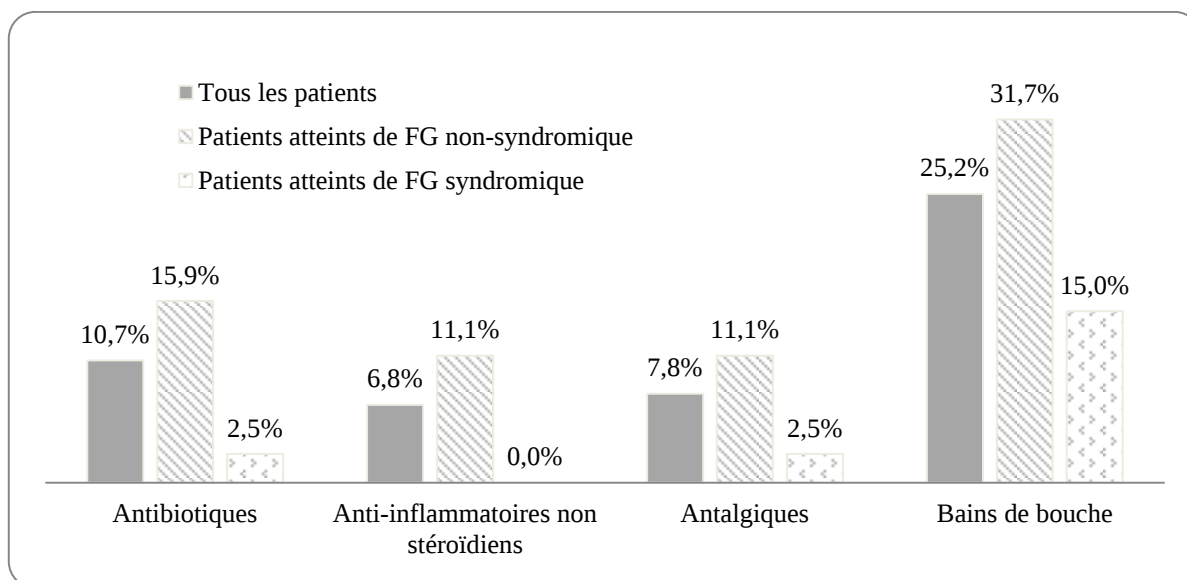


Figure 39 : Prescriptions en post-opératoire

II.3.5. SUIVI

a) Durée

Le tableau 6 présente les données concernant le suivi moyen et médian des patients atteints de FG.

	Tous les patients (n = 71)	Patients atteints de FG non syndromique (n = 46)	Patients atteints de FG syndromique (n = 25)
Moyenne	2,2	2	2,6
Médiane	1,3	1,3	1,5

Tableau 6 : Durée de suivi moyenne et médiane de suivi des patients atteints de FG

71 cas cliniques ont indiqués la période de suivi du patient. Sur ces 71 patients, la durée moyenne de suivi a été de 2,2 années (environ 26 mois). Le suivi minimum a été de 2 semaines et le suivi maximum a été de 11 ans.

Parmi les 103 patients de l'analyse, 39 ont indiqués la fréquence de suivi du patient :

- 35/39 ont bénéficiés d'un suivi régulier (que la fréquence soit précisée [tous les 1 – 3 – 6 mois] ou non)
- 4/39 n'ont pas eu de suivi régulier.

b) Prise en charge complémentaire

37 cas cliniques ont mentionné la prise en charge qui a été effectué pendant la phase de suivi post-chirurgicale. Pendant cette phase, environ 1 patient sur 2 (46%) a bénéficié d'une maintenance parodontale, et 1 patient sur 3 a bénéficié d'une prise en charge orthodontique.

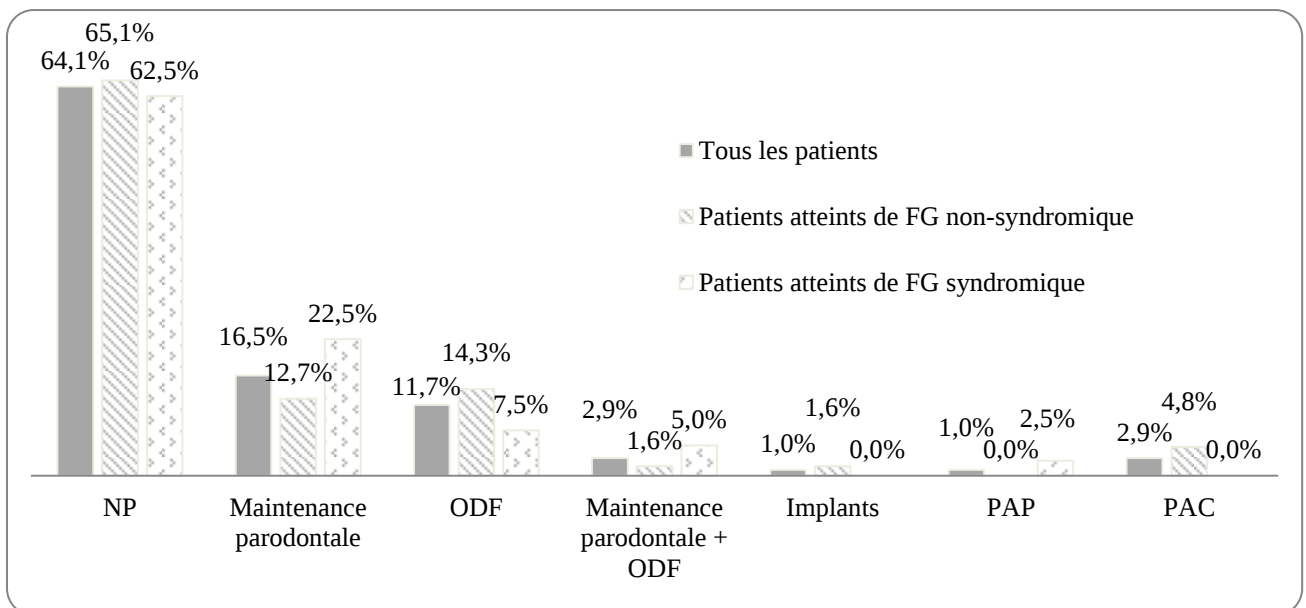


Figure 40 : Distribution en fonction des différentes prises en charge pendant la phase de suivi

Les patients atteints de FG syndromiques semblent avoir eu une prise en charge plus axée vers les soins parodontaux.

II.3.6. RECIDIVE

a) Globale

La présence ou non d'une récurrence a été décrite pour 68 patients. Parmi ces 68 patients 25 ont présentés une récurrence, soit 24,3% de la population totale (ou 36,8% de la population ayant précisé une récurrence éventuelle).

Sur ces 68 patients, 41 ont une FG non-syndromique et 27 ont une FG syndromique. Si on compare les 2 sous-groupes, la FGNS récidive significativement moins (tableau 7) que la FGS.

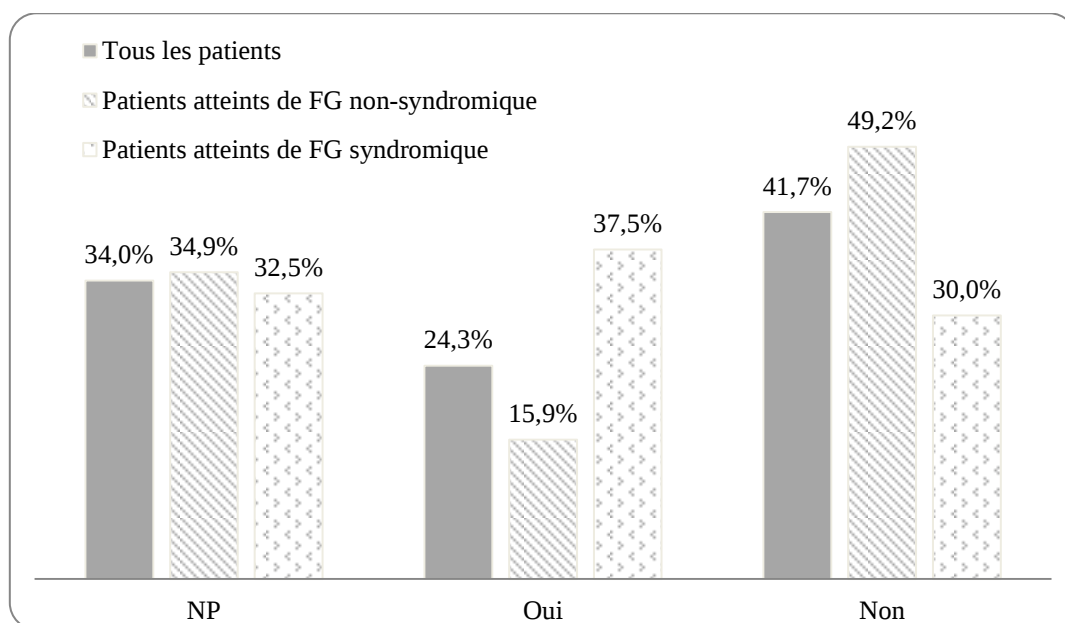


Figure 41 : Taux de récurrence de la FG dans la population étudiée

Récidive	Fibromatose gingivale non-syndromique vs Fibromatose gingivale syndromique		
Oui	0,009	**	Test du chi-2

NS : non significatif ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 7 : Analyse statistique sur la récurrence entre la FGNS et FGS

Les figures suivantes présentent les pourcentages de récurrence de la FG en fonction de la période de prise en charge de cette dernière, sur la totalité de l'échantillon étudié ainsi qu'en séparant les FG non-syndromiques et syndromiques (figure 42).

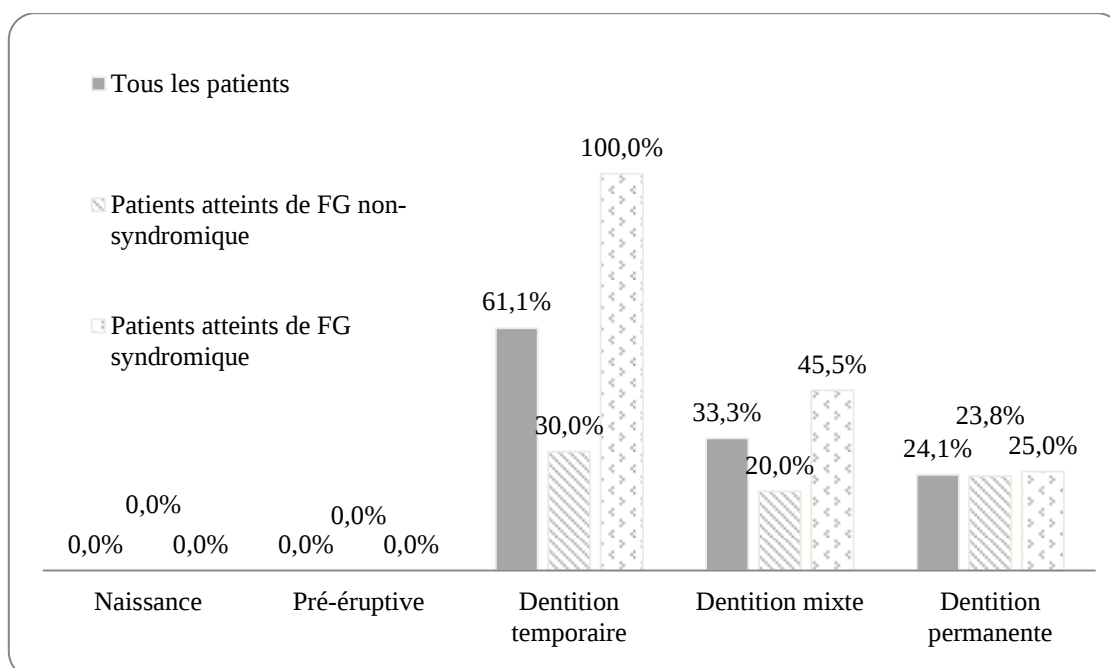


Figure 42 : Distribution des patients présentant une récurrence de leur FG, en fonction de la période de prise en charge

Le pourcentage de récurrence de l'hyperplasie gingivale semble plus important dans les cas de prise en charge précoce, dès la dentition temporaire.

Le taux de récurrence paraît être décroissant avec l'augmentation de l'âge de la prise en charge, d'une manière plus marquée pour les FG syndromiques, qui présentent dans notre étude un pourcentage de récurrence de 100% pour les patients ayant été pris en charge en dentition temporaire (figure 42).

b) En fonction d'autres critères cliniques

En fonction du degré d'atteinte initial du secteur incisivo-canin

Parmi les 68 patients ayant décrit une récurrence, 64 ont précisé le degré d'atteinte gingivale initial du secteur incisivo-canin : 24 cas cliniques (37,5% de l'échantillon considéré) présentent une récurrence de l'hyperplasie gingivale du secteur I/C. La figure 43 présente la répartition de ces cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte initial.

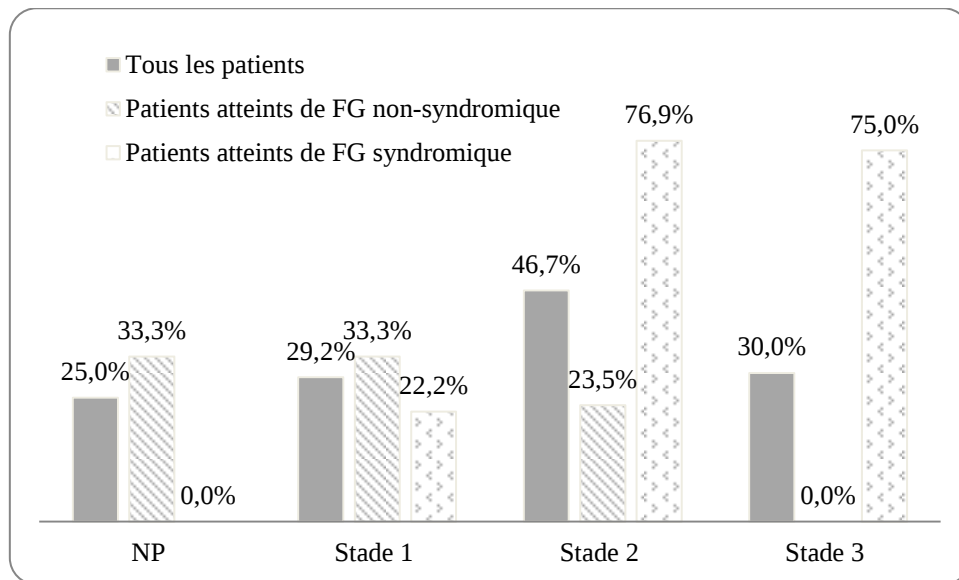


Figure 43 : Distribution des cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte gingivale initiale du secteur I/C

Dans notre échantillon, il semble y avoir un pourcentage de récurrence légèrement plus important lorsque l'hyperplasie gingivale était en stade 2 initialement.

Pour les FGS, la récurrence semble augmenter avec la sévérité d'atteinte initiale du secteur I/C, alors que pour la FGNS, la récurrence semble diminuer avec la sévérité initiale (figure 43).

En fonction du degré d'atteinte initiale du secteur prémolo-molaire

Parmi les 68 patients ayant décrit une récurrence, 63 ont précisé le degré d'atteinte gingivale initiale du secteur prémolo-molaire : 23 cas cliniques (36.5% de l'échantillon considéré) présentent une récurrence de l'hyperplasie gingivale du secteur PM/M. La figure 44 présente la distribution de ces cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte initiale.

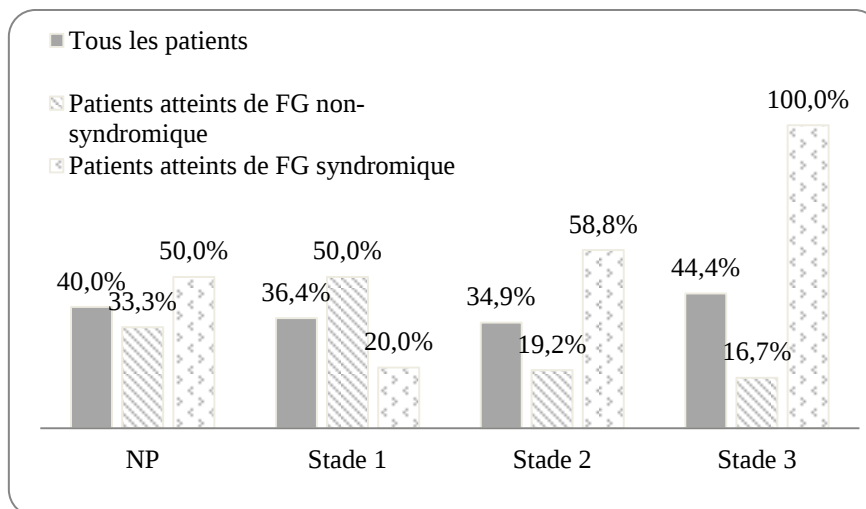


Figure 44 : Distribution des cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte gingivale initiale du secteur PM/M

Dans notre échantillon, il ne semble pas y avoir de tendance plus importante à la récurrence dans le secteur PM/M en fonction du degré d'atteinte initial.

Cependant, comme pour le secteur I/C, la récurrence en cas de FGS semble augmenter avec la sévérité d'atteinte initiale du secteur PM/M, alors que pour la FGNS, la récurrence semble diminuer avec la sévérité initiale (figure 44).

II.3.7. BILAN DES OBSERVATIONS

Le bilan des caractéristiques cliniques et des prises en charge observées lors de notre analyse de la littérature est synthétisé dans les tableaux 8 et 9.

CARACTERISTIQUES	FIBROMATOSE GINGIVALE	FIBROMATOSE GINGIVALE NON-SYNDROMIQUE	FIBROMATOSE GINGIVALE SYNDROMIQUE
Genre	F = H	F = H	F = H
Période d'apparition de la FG	Dentition temporaire Dentition mixte	Dentition temporaire Dentition mixte	Dentition temporaire
Mode de transmission	AD	AD	Dépendant du syndrome associé
Motifs de consultations	Gencives gonflées Troubles de la mastication Préjudice esthétique Troubles de la phonation Retard d'éruption des DT et/ou DP	Gencives gonflées Troubles de la mastication Préjudice esthétique Troubles de la phonation Retard d'éruption des DT et/ou DP	Gencives gonflées Retard d'éruption des DT et/ou DP Préjudice esthétique Troubles de la mastication Troubles de la déglutition et/ou nutrition
Signes exo-buccaux	Inocclusion labiale Profil convexe	Inocclusion labiale Profil convexe	Inocclusion labiale Protrusion maxillaire Signes d'alertes extra-oraux (cf. caractéristiques cliniques des syndromes associés)
Signes endo-buccaux	Caractéristiques dentaires		
	Retard d'éruption Retard d'exfoliation Béance antérieure Malpositions	Retard d'éruption Malpositions Béance antérieure Retard d'exfoliation	Retard d'éruption Retard d'exfoliation Béance antérieure Diastèmes
	Caractéristiques parodontales		
	Poches parodontales Saignement au sondage Pseudo-poches parodontales	Poches parodontales Saignement au sondage Pseudo-poches parodontales	Saignement au sondage Pseudo-poches parodontales
	Autres caractéristiques retrouvées		
	Protrusion linguale Ulcérations gingivales Limitation de l'OB	Protrusion linguale Ulcérations gingivales	Protrusion linguale Limitation de l'OB
	Caractérisation de la FG		
	Généralisée Bi-maxillaire Atteinte du secteur I/C : Stade 2 > Stade 1 > Stade 3 Atteinte du secteur PM/M : Stade 2 > Stade 3 > Stade 1	Généralisée Bi-maxillaire Atteinte du secteur I/C : Stade 2 > Stade 1 > Stade 3 Atteinte du secteur PM/M : Stade 2 > Stade 3 > Stade 1	Généralisée Bi-maxillaire Atteinte du secteur I/C : Stade 2 > Stade 1 > Stade 3 Atteinte du secteur PM/M : Stade 2 > Stade 3 > Stade 1
Signes radiologiques	Analyse radiologique		
	Peu d'ostéolyse Retard d'exfoliation Dents incluses Dents surnuméraires Peu de retard de maturation dentaire	Peu d'ostéolyse Retard d'exfoliation Dents incluses Peu de retard de maturation dentaire	Pas d'ostéolyse Dents surnuméraires Peu de retard de maturation dentaire

Tableau 8 : Caractéristiques cliniques observées dans la FG

CARACTERISTIQUES	FIBROMATOSE GINGIVALE	FIBROMATOSE GINGIVALE NON-SYNDROMIQUE	FIBROMATOSE GINGIVALE SYNDROMIQUE
Thérapeutique	Préopératoire		
	MHO (+/- détartrage +/- surfaçage)	MHO (+/- détartrage +/- surfaçage)	MHO (+/- détartrage +/- surfaçage)
	Peropératoire		
	<u>Période d'intervention</u> - DP > DM > DT <u>Mode de prise en charge</u> - AG > AL <u>Attitude thérapeutique</u> - Gingivectomie simple <u>Nombre d'interventions</u> - Indifférent <u>Instrumentation et technique utilisée</u> - Fonction de la situation clinique et des indications propres à chaque technique chirurgicale parodontale <u>Gestes associés</u> - Extractions - Soins conservateurs	<u>Période d'intervention</u> - DP > DM > DT <u>Mode de prise en charge</u> - AG > AL <u>Attitude thérapeutique</u> - Gingivectomie simple <u>Nombre d'interventions</u> - Indifférent <u>Instrumentation et technique utilisée</u> - Fonction de la situation clinique et des indications propres à chaque technique chirurgicale parodontale <u>Gestes associés</u> - Extractions	<u>Période d'intervention</u> - DM > DP > DT <u>Mode de prise en charge</u> - AG >>> AL <u>Attitude thérapeutique</u> - Gingivectomie simple <u>Nombre d'interventions</u> - Indifférent <u>Instrumentation et technique utilisée</u> - Fonction de la situation clinique et des indications propres à chaque technique chirurgicale parodontale <u>Gestes associés</u> - Extractions - Soins conservateurs
	Postopératoire		
	<u>Prescriptions possibles</u> - Antibiotiques - Antalgiques - Bains de bouche	<u>Prescriptions possibles</u> - Antibiotiques - Antalgiques - Bains de bouche	<u>Prescriptions possibles</u> - Antibiotiques - Antalgiques - Bains de bouche
Suivi	Fréquence et durée		
	Régulier [tous les 1 – 3 – 6 mois] Pendant 2 ans	Régulier [tous les 1 – 3 – 6 mois] Pendant 2 ans	Régulier [tous les 1 – 3 – 6 mois] Pendant 2 ans
	Prise en charge complémentaire		
	Maintenance parodontale ODF	Maintenance parodontale ODF	Maintenance parodontale ODF
Récidive	Fréquence de récidence		
	1/3	1/4	1/2
	En fonction de la période de prise en charge		
	DT > DM > DP	DT > DP = DM	DT >>> DM > DP
	En fonction du degré d'atteinte initial du secteur I/C		
	Stade 2 > Stade 1 = Stade 3	Stade 1 > Stade 2 > Stade 3	Stade 2 = Stade 3 >> Stade 1
	En fonction du degré d'atteinte initial du secteur PM/M		
	Stade 3 > Stade 2 = Stade 1	Stade 1 > Stade 2 > Stade 3	Stade 3 > Stade 2 > Stade 1

Tableau 9 : Prises en charges, suivi et récurrences observées dans la FG

III. DISCUSSION

La FG est souvent qualifiée d'héréditaire, bien qu'on n'en connaisse pas l'étiologie exacte, même si cette dernière est probablement causée par une anomalie génétique. Selon Clocheret, le terme idiopathique serait alors plus approprié, tant que le ou les gènes responsables n'ont pas été trouvés (31). Cette « prudence » est reprise par Yadav (21), pour qui la fibromatose gingivale est idiopathique car de cause indéterminée. Au contraire, pour Jappati (9), les termes « idiopathiques » et « héréditaires » sont synonymes. De plus, dans les cas de FG qualifiées d'idiopathiques, sans antécédents familiaux, il peut s'agir en effet d'une néo-mutation, tout comme de l'expression d'une FG à transmission autosomique récessive (42). Dans notre échantillon, trois terminologies ont été retrouvées : fibromatose gingivale (32% des patients), fibromatose gingivale héréditaire (45,7% des patients) et fibromatose gingivale idiopathique (22,3% des patients). Parmi ceux qui ont utilisés le terme « héréditaire », 80,9% des patients avaient des antécédents familiaux de FG, alors que parmi ceux utilisant le terme « idiopathique », seuls 13% avaient des antécédents familiaux de FG. Au vu de la confusion possible entre les termes héréditaires et idiopathiques, et le fait que la ou les causes de la FG demeurent non déterminées avec exactitude, il paraît plus judicieux de ne pas préciser les termes héréditaires ou idiopathiques). A ce jour, plusieurs mutations ont été associées à la FG, mais ne sont pas systématiquement retrouvées chez tous les patients atteints de FG. La FG se caractérise donc par une hétérogénéité, aussi bien génétique (48) que clinique (3), du fait de ses nombreux phénotypes possibles (période d'apparition, forme, localisation, association d'un syndrome ou non, ...)

Notre analyse de la littérature s'est portée sur une population de 103 patients présentant une FG. D'une manière globale, notre population était composée de 46,6% de garçons et de 53,4% de filles. La FG touche indifféremment les hommes et les femmes, donnée déjà retrouvée dans la littérature (79).

La FG se présente le plus souvent sous forme généralisée, avec une localisation bi-maxillaire. Elle atteint donc tous les secteurs, incisivo-canins comme prémolo-molaires. Il existe une classification du degré d'atteinte gingivale mais cette dernière, bien que reprise par plusieurs auteurs (28, 80, 81), nous a semblé manquer de précision dans le but de classer le degré de recouvrement coronaire par la gencive dans la FG. Afin d'être plus complet dans notre analyse, nous avons mis en place une classification se basant sur le degré de recouvrement coronaire. Dans notre analyse sur le degré d'atteinte de ces différents secteurs, il a semblé que les secteurs postérieurs étaient plus sévèrement atteints que les secteurs antérieurs. Nos résultats illustrent une observation qui avait déjà été décrite dans la littérature (82, 83).

La FG est apparue le plus souvent en dentition temporaire et en dentition mixte, et est rarement présente à la naissance. Le mode de transmission le plus souvent retrouvé était autosomique dominant pour les formes non-syndromiques. Cliniquement, la FG a été surtout responsable de retards

d'éruption des DT et/ou DP, de retard d'exfoliation des DT, de malpositions, de diastèmes, de malocclusions, ainsi que d'inocclusions labiales. Toutes ces données retrouvées dans notre étude sont en accord avec les données de la littérature (8, 42). A propos des retards d'éruption des DT et/ou DP, il s'agit plutôt d'une absence d'éruption clinique sans retard de maturation. En effet, bien souvent les dents sont dans une position normale par rapport à l'âge du patient, mais la gencive hyperplasique les recouvre toujours partiellement ou totalement (84). Cette absence d'éruption clinique peut être caractérisée grâce à un examen radiologique. Les principaux examens radiologiques effectués et répertoriés dans notre analyse ont été la radiographie panoramique ainsi que les radiographies rétro-alvéolaires. D'autres examens radiologiques ont été pratiqués, pour diverses raisons, tels que les radiographies occlusales (recherche d'exostose osseuse (85) ou bien seul type de radiographie possible compte-tenu de la non-coopération du patient (52)), le cone-beam (projet implantaire (4)) ou bien la téléradiographie de profil (raisons non explicitées (11)).

Concernant la prise en charge, l'attitude thérapeutique adoptée en majorité a été chirurgicale (gingivectomie simple). Cette gingivectomie simple peut être accompagnée d'une gingivoplastie ou d'une alvéoloplastie. Pour Emerson (83), la gingivoplastie permettrait de diminuer le risque de récurrence en recréant un contour gingival adéquat et en rendant le contrôle de plaque plus facile. Cependant, pour quelques cas, l'abstention a été privilégiée. L'intervention peut être effectuée sous AL ou bien sous AG. Une sédation consciente (intraveineuse ou MEOPA) peut être également utilisée. Peu de cas de MEOPA ont été décrits, cela étant peut être dû à une pratique encore récente et/ou peu développée dans certains pays.

Différentes instrumentations afin d'effectuer la gingivectomie ont été répertoriées : le bistouri (classique ou électrique) et le laser (Diode ou CO₂). Les techniques chirurgicales le plus souvent employées sont l'incision à biseau externe et l'incision à biseau interne. Plusieurs critères rentrent en compte dans le choix de l'instrumentation et de la technique chirurgicale : l'âge et la compliance du patient, la situation clinique (niveau d'éruption dentaire, degré d'hyperplasie gingivale, présence d'une maladie parodontale associée...) (5), les préférences et l'expérience du praticien (46). Parmi les interventions ayant eu recours au laser pendant la prise en charge chirurgicale, 5 sur 7 ont été réalisés après 2002 (6, 23, 26, 86, 87). Malgré le peu de cas, on a pu noter une différence dans le type de laser utilisé : le laser CO₂ a été utilisé dans 2 cas cliniques datant de 1994 et 2002, alors que le laser diode a été utilisé dans des cas plus récents, publiés entre 2010 et 2016. Ceci est peut être dû à une utilisation récente du laser en chirurgie parodontale, ainsi que d'une évolution constante des différentes technologies disponibles. Malgré un coût supérieur à une instrumentation « classique », le laser présente plusieurs avantages : il possède des propriétés hémostatiques, permet une diminution de la douleur et de l'inflammation post-opératoire ainsi qu'une meilleure cicatrisation gingivale (due à une synthèse de collagène à peine 6h après l'intervention) (6).

Concernant la période de prise en charge, il est ressorti de notre étude une tendance à intervenir le plus tard possible : 42% des cas ont été pris en charge en période de dentition permanente (12-20 ans). Ces données sont en accord avec Coletta (42) et Gawron (8). Nous avons aussi observé, comme ce qui est décrit dans la littérature, que plus l'intervention était précoce, plus le risque de récurrence était important. Il semble donc indiquer d'attendre le plus longtemps possible avant d'intervenir, afin de minimiser la récurrence. Plusieurs auteurs recommandent d'attendre la fin de mise en place de la dentition permanente avant d'intervenir sur la gencive hyperplasiques (83, 88, 89). Il est également ressorti de nos résultats que pour les FGNS, le risque de récurrence de la fibromatose gingivale était inversement proportionnel au degré d'atteinte initial, c'est-à-dire que les stades 1 ont plus tendance à récidiver que les stades 3, cela aussi bien pour les secteurs I/C que pour les PM/M. A l'inverse, pour les FGS, plus le degré d'atteinte initial était sévère, plus l'hyperplasie gingivale a tendance à récidiver. McIndoe (90) a également observé que la présence des dents sur l'arcade était une condition majeure au développement de la FG

La FG peut avoir des répercussions fonctionnelles et psychologiques importantes : les motifs de consultations le plus souvent retrouvés au cours de notre analyse ont été un préjudice esthétique dû à des gencives gonflées ainsi que des troubles de la mastication. Il ne faut donc pas sous-estimer les bénéfices (fonctionnels et psychologiques) d'une prise en charge chirurgicale précoce versus les risques de récurrence de la FG (83). Un suivi psychologique pour les patients et les parents peut être proposé, car la répétition des gingivectomies pour cause de récurrence de la FG peut induire un stress particulier (39).

D'une manière générale, les résultats de notre étude sont en accord avec deux récentes revues de la littérature (8, 42). Cependant, notre analyse a permis d'apporter de nouveaux éléments car nous nous sommes intéressés à 2 sous-groupes en séparant les FG non-syndromiques des FG syndromiques. Certaines différences ont été mises en évidence. Notre analyse nous permet de dégager 2 profils types (Cf. page 64-65). Cela pourrait aider et orienter le praticien lors du diagnostic et de la prise en charge de la FG.

Bien que notre étude nous ait permis d'aller plus loin dans l'analyse clinique de la FG grâce à un échantillon de 103 patients, certains de nos résultats restent à pondérer. En effet, nous avons beaucoup de données manquantes, non précisées (NP), cela constituant un biais dans notre analyse. Pour ces données « NP », plusieurs explications peuvent être trouvées : les données n'ont pas été mentionnées dans l'article parce que l'auteur ne les a pas recherchées cliniquement, ou alors elles ont été non retrouvées et non notées dans la publication car jugées non utiles à la présentation du cas clinique par l'auteur. Il est ressorti un manque d'homogénéité des critères décrits dans les articles inclus dans notre revue de la littérature. Il est donc nécessaire d'avoir une trame, aussi bien pour l'interrogatoire que pour l'examen clinique ou la prise en charge, afin de standardiser la description des signes et la prise

en charge de la FG. Notre analyse nous a permis de synthétiser sous forme d'une checklist les données importantes à recueillir lors de la prise en charge de la FG (Annexe 2).

CONCLUSION

Notre analyse de la littérature avait pour objectif de mieux caractériser la FG, aussi bien cliniquement qu'au niveau de sa prise en charge. Afin de répondre à cet objectif, nous avons analysé de manière systématique 103 cas cliniques, ayant été inclus selon des critères spécifiques. L'analyse s'est portée sur des critères issus de l'anamnèse, de l'examen clinique et de la prise en charge effectuée.

Ce recueil de données nous a permis de confirmer ce qui avait déjà été retrouvé dans la littérature, au niveau de plusieurs caractéristiques cliniques de la FG. Il nous a surtout permis de préciser ces caractéristiques en fonction de l'association ou non à un syndrome de la FG, ce qui n'avait pas été fait précédemment. Ce « profilage » peut être une aide pour le praticien qui fait face à un patient atteint de FG, afin d'augmenter son niveau de vigilance face à certains signes cliniques, qui pourront alerter vers un syndrome par exemple, ou vers un risque de récurrence plus important en fonction de la présentation initiale de la FG.

Au cours de notre analyse, nous nous sommes aussi aperçus du manque d'homogénéité au niveau des informations cliniques accessibles dans chaque publication. Ce manque d'homogénéité peut être notamment dû à l'absence de recommandations, tant sur la réalisation d'un examen clinique complet que sur la bonne prise en charge à effectuer. Cela nous a amené à la réalisation d'une fiche de recueil des données cliniques pour les patients atteints de FG. Cette fiche pourrait permettre d'augmenter l'acuité vis-à-vis du profilage commencé au cours de ce travail.

Nous l'avons vu, la prise en charge de la FG est principalement chirurgicale. Bien que plusieurs instrumentations et techniques aient été répertoriées au cours de notre analyse, le manque d'informations cliniques ne nous a pas permis de mettre en avant une ou des prises en charges optimales. Il pourrait alors être intéressant d'investiguer du côté des particularités de la chirurgie parodontale chez les enfants et en fonction des signes cliniques présents, pour permettre éventuellement la mise en place de recommandations quant à la thérapeutique à mener.

L'interrogation principale et récurrente des auteurs est de savoir quelle est la « bonne » période pour intervenir. Bien que la plupart des auteurs reconnaissent qu'il faille attendre la mise en place de la dentition permanente pour intervenir, ils mentionnent aussi le fait qu'il ne faut pas sous-estimer les bénéfices fonctionnels et psychologiques d'une prise en charge précoce.

Les auteurs s'accordent également sur le fait qu'un suivi fréquent et régulier, avec maintenance parodontale, est nécessaire afin de surveiller l'évolution de la FG, que l'abstention thérapeutique ou une prise en charge chirurgicale ait été choisie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goddard W, Gross S. Case of hypertrophy of the gums. *Dent Regist.* 1847;276–82.
2. Gawron K, Łazarz-Bartyzel K, Fertala A, Plakwicz P, Potempa J, Chomyszyn-Gajewska M. Gingival fibromatosis with significant de novo formation of fibrotic tissue and a high rate of recurrence. *Am J Case Rep.* 2016 Sep;17:671–5.
3. Pego S, Coletta R, Mendes D, de Faria P, Melo-Filho M, Alves L, et al. Hereditary gingival fibromatosis: clinical and ultrastructural features of a new family. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015 Mar;20(2):e150–5.
4. Zandinejad A, Atarodi M, Abdel-Azim T, Leonhart RM, Morton D. Complete oral rehabilitation of a patient with hereditary gingival fibromatosis: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2015 Jan;113(1):1–7.
5. Almiñana-Pastor P, Buitrago-Vera P, Alpiste-Illueca F, Catala-Pizarro M. Hereditary gingival fibromatosis: characteristics and treatment approach. *J Clin Exp Dent.* 2017 Apr;9(4):e599–602.
6. Aboujaoude S, Cassia A, Moukarzel C. Diode laser versus scalpel in the treatment of hereditary gingival fibromatosis in a 6-year old boy. *Clin Pract.* 2016 Nov;6(4):86–8.
7. Tripathi A, Upadhaya V, Kumar V, Saimbi C. Hereditary gingival fibromatosis and its management: 2-year follow-up. *Contemp Clin Dent.* 2014 Oct;5(4):569–71.
8. Gawron K, Łazarz-Bartyzel K, Potempa J, Chomyszyn-Gajewska M. Gingival fibromatosis: clinical, molecular and therapeutic issues. *Orphanet J Rare Dis.* 2016;11:9.
9. Japatti S, Bhatsange A, Reddy M, Patil S, Chidambar, Waghmare A. Bimaxillary unilateral gingival fibromatosis with localized aggressive periodontitis (eating the tooth at the same table). *Contemp Clin Dent.* 2013 Jul;4(3):366–70.
10. Pol D, Lobo T, Pol S. Idiopathic gingival fibromatosis with asymmetrical presentation and electrosurgical management. *J Indian Soc Periodontol.* 2016 Feb;20(1):98–102.
11. Kavvadia K, Pepelassi E, Alexandridis C, Arkadopoulou A, Polyzois G, Tossios K. Gingival fibromatosis and significant tooth eruption delay in an 11-year-old male: a 30-month follow-up. *Int J Paediatr Dent.* 2005 Jul;15(4):294–302.
12. Ercoli C, Bartolino M, Montesani L, Docimo R. Gingival fibromatosis : a case report. *Eur J Paediatr Dent.* 2015 Sep;16(3):233–5.
13. Siddeshappa S, Deonani S, Nagdeve S, Yeltiwar R. ‘Whisking of ugly tissue’... A surgical management of gingival fibromatosis in a 15-year-old girl: a rare case report. *Contemp Clin Dent.* 2015 Jun;6(2):240–2.
14. Dhadse P, Yeltiwar R, Pandilwar P, Gosavi S. Hereditary gingival fibromatosis. *J Indian Soc Periodontol.* 2012 Oct;16(4):606–9.
15. Winter GB, Simpkins MJ. Hypertrichosis with hereditary gingival hyperplasia. *Arch Dis Child.* 1974 May;49(5):394–9.
16. Ramakrishnan T, Kaur M. Multispeciality approach in the management of patient with hereditary gingival fibromatosis : 1-year followup : a case report. *Int J Dent.* 2010;2010:1–5.

17. Goyal L, Bey A, Gupta N, Varshney A. Diagnosis and management of nonsyndromic hereditary gingival fibromatosis in a 13 year old girl: report of a rare case. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(6):210–3.
18. Shi J, Lin W, Li X, Zhang F, Hong X. Hereditary gingival fibromatosis: a three-generation case and pathogenic mechanism research on progress of the disease. *J Periodontol*. 2011 Jul;82(7):1089–95.
19. Breen GH, Addante R, Black CC. Early onset of hereditary gingival fibromatosis in a 28-month-old. *Pediatr Dent*. 2009 Aug;31(4):286–8.
20. Kelekis-Cholakakis A, Wiltshire WA, Birek C. Treatment and long-term follow-up of a patient with hereditary gingival fibromatosis: a case report. *J Can Dent Assoc*. 2002 May;68(5):290–4.
21. Yadav V, Tewari S, Sharma R, Chakraborty S. An unusual case of idiopathic gingival fibromatosis. *Contemp Clin Dent*. 2013 Jan;4(1):102–4.
22. Ramnarayan BK, Sowmya K, Rema J. Management of idiopathic gingival fibromatosis: report of a case and literature review. *Pediatr Dent*. 2011 Oct;33(5):431–6.
23. Shetty A, Shah H, Patil M, Jhota K. Idiopathic gingival enlargement and its management. *J Indian Soc Periodontol*. 2010 Oct;14(4):263–5.
24. Anegundi RT, Sudha P, Nayak UA, Peter J. Idiopathic gingival fibromatosis: a case report. *Hong Kong Dent J*. 2006 Jun;3(1):53–7.
25. Sharma S, Goyal D, Ray A, Shah G. Familial gingival fibromatosis: a rare case report. *Contemp Clin Dent*. 2012 Apr;3(5):63–6.
26. Camilotti RS, Jasper J, Ferreira TB, Antonini F, Poli VD. Resection of gingival fibromatosis with high-power Laser. *J Dent Child*. 2015 Apr;82(1):47–52.
27. Takagi M, Yamamoto H, Mega H, Hsieh KJ, Shioda S, Enomoto S. Heterogeneity in the gingival fibromatoses. *Cancer*. 1991 Nov;68(10):2202–12.
28. DeAngelo S, Murphy J, Claman L, Kalmar J, Leblebicioglu B. Hereditary gingival fibromatosis. *Compend Contin Educ Dent*. 2007 Mar;28(3):138–43.
29. Hypertrophies gingivales d'origine locale [Internet]. [cited 2018 Apr 3]. Available from: <http://umvf.omsk-osma.ru/campus-dermatologie/Path%20Bucal/tumeursbenignes/Cours/112002fra.html>
30. Dongari-Bagtzoglou A. Drug-associated gingival enlargement. *J Periodontol*. 2004 Oct;75(10):1424–31.
31. Clocheret K, Dekeyser C, Carels C, Willems G. Idiopathic gingival hyperplasia and orthodontic treatment: a case report. *J Orthod*. 2003 Mar;30(1):13–9.
32. Hypertrophie gingivale due aux médicaments [Internet]. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. [cited 2018 Apr 2]. Available from: <http://www.cbip.be/fr/articles/query?number=F31F01I>
33. Duddu M, Muppa R, Prasad Reddy G, Reddy PvN. Non syndromic gingival fibromatosis in a mild mental retardation child. *Contemp Clin Dent*. 2012 Sep;3(6):206.
34. Al-Malik MI, Rehmini ZA, Eltayeb AA. Oral manifestations of juvenile hyaline fibromatosis: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2005;29(4):347–51.

35. Becker W, Collings CK, Zimmerman ER, De la Rosa M, Singdahlsen D. Hereditary gingival fibromatosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1967 Sep;24(3):313–8.
36. Nayak PA, Nayak UA, Khandelwal V, Ninave N. Idiopathic gingival fibromatosis. Das UM, editor. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2011 Jan;4(1):77–81.
37. Tavargeri AK, Kulkarni SS, Sudha P, Basavprabhu. Idiopathic gingival fibromatosis - a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2004 Dec;22(4):180–2.
38. Arabi SR. Hereditary gingival fibromatosis: a case report. *Res J Biol Sci.* 2011;6(3):104–7.
39. Shekar I. Idiopathic gingival fibromatosis. Case Report. *Saudi Dent J.* 2002 Dec;14(3):143–5.
40. Marakoglu I, Percin EF, Gursoy UK, Onarlioglu B, Ergur AT. Gingival fibromatosis, short stature, border-line IQ, facial dysmorphism and hepatomegaly. *Genet Couns Geneva Switz.* 2005;16(2):161–5.
41. Prasad S. Hereditary gingival fibromatosis with distinctive facies. *J Contemp Dent Pract.* 2012 Nov;13(6):892–6.
42. Coletta RD, Graner E. Hereditary gingival fibromatosis : a systematic review. *J Periodontol.* 2006 May;77(5):753–64.
43. Babu KB, Pavankumar K, Anuradha BR, Arora N. Hereditary gingival fibromatosis – a case report and management using a novel surgical technique. *Rev Bras Odontol.* 2011 Nov;8(4):453–8.
44. Dani N, Khanna D, Bhatt V, Joshi C. Idiopathic gingival fibromatosis. *J Indian Soc Periodontol.* 2015 Dec;19(6):698–700.
45. Tripathi AK, Dete G, Kumar V. Management of hereditary gingival fibromatosis: a 2 years follow-up case report. *J Indian Soc Periodontol.* 2015 Jun;19(3):342–4.
46. Kanagotagi S, Sidana S, Padhye A. Gingival fibromatosis with distinctive facies – a three generation case report. *J Clin Diagn Res.* 2015 May;9(5):ZD05-07.
47. Baltacioglu E, Guzeldemir E, Sukuroglu E, Yildiz K, Yuva P, Aydin G, et al. Juvenile hyaline fibromatosis: a 10-year follow-up. *Indian J Dermatol.* 2017 Apr;62(2):210–2.
48. Ye X, Shi L, Yin W, Meng L, Wang QK, Bian Z. Further evidence of genetic heterogeneity segregating with hereditary gingival fibromatosis. *J Clin Periodontol.* 2009 Aug;36(8):627–33.
49. Hart TC, Zhang Y, Gorry MC, Hart PS, Cooper M, Marazita ML, et al. A mutation in the SOS1 gene causes hereditary gingival fibromatosis type 1. *Am J Hum Genet.* 2002 Apr;70(4):943–54.
50. Gawron K, Bereta G, Nowakowska Z, Łazarz-Bartyzel K, Potempa J, Chomyszyn-Gajewska M, et al. Analysis of mutations in the SOS-1 gene in two Polish families with hereditary gingival fibromatosis. *Oral Dis.* 2017 Oct;23(7):983–9.
51. Orphanet: Mucopolidose type 2 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=27
52. Lee W, O'Donnell D. Severe gingival hyperplasia in a child with I-cell disease. *Int J Paediatr Dent.* 2003 Jan;13(1):41–5.
53. Leroy JG, Cathey S, Friez MJ. Mucopolidosis II [Internet]. GeneReviews. 1993 [cited 2018 Apr 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1828/>

54. Orphanet : Syndrome d'amélogénèse imparfaite-hyperplasie gingivale [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=17937
55. Orphanet: Syndrome d'amélogénèse imparfaite-néphrocalcinose [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=1339
56. Kantaputra PN, Kaewgahya M, Khemalelakul U, Dejkhamron P, Sutthimethakorn S, Thongboonkerd V, et al. Enamel-renal-gingival syndrome and *FAM20A* mutations. *Am J Med Genet A*. 2014 Jan;164(1):1–9.
57. Orphanet : Syndrome oculo-cérébral d'hypopigmentation type Cross [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=2480
58. Orphanet: Malformation de Dandy Walker isolée [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=217
59. Oikarinen K, Salo T, Käär ML, Lahtela P, Altonen M. Hereditary gingival fibromatosis associated with growth hormone deficiency. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1990 Oct;28(5):335–9.
60. Bhowmick SK, Gidvani VK, Rettig KR. Hereditary gingival fibromatosis and growth retardation. *Endocr Pract*. 2001 Oct;7(5):383–7.
61. Radhakrishnan S, Rajan P. Gingival fibromatosis and growth hormone deficiency syndrome--report of a rare case and review of literature. *Indian J Dent Res*. 2003 Sep;14(3):170–2.
62. Orphanet: Syndrome de fibromatose gingivale-dysmorphie faciale [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=1956
63. Orphanet: Syndrome de fibromatose gingivale-hypertrichose [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=1957
64. Orphanet: ATP binding cassette subfamily A member 5 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Genes.php?lng=FR&data_id=22951
65. Orphanet: Syndrome de fibromatose gingivale-surdit  [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=1958
66. Orphanet: Fibromatose hyaline juvénile [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=1959
67. Ribeiro SL, Guedes EL, Botan V, Barbosa A, Freitas EJ. Juvenile hyaline fibromatosis: a case report and review of literature. *Acta Reumatol Port*. 2009 Mar;34(1):128–33.
68. Orphanet: anthrax toxin receptor 2 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Genes.php?lng=FR&data_id=15933
69. Shieh JT, Hoyme HE, Arbour LT. Hyalinosis, Inherited Systemic [Internet]. *GeneReviews*®. 1993 [cited 2018 Apr 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1525/>

70. Pouloupoulos A, Kittas D, Sarigelou A. Current concepts on gingival fibromatosis-related syndromes: gingival fibromatosis-related syndromes. *J Investig Clin Dent*. 2011 Aug;2(3):156–61.
71. Orphanet: cholinergic receptor muscarinic 3 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Genes.php?lng=FR&data_id=21082
72. Ramon Syndrome | Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD) – an NCATS Program [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/7523/ramon-syndrome>
73. Higgs JE, Clayton-Smith J. Rutherford syndrome revisited: intellectual disability is not a feature. *Clin Dysmorphol*. 2015 Jul;24(3):125–7.
74. Holzhausen M, Gonçalves D, Corrêa F de OB, Spolidorio LC, Rodrigues VC, Orrico SRP. A case of Zimmermann-Laband syndrome with supernumerary teeth. *J Periodontol*. 2003 Aug;74(8):1225–30.
75. Holzhausen M, Ribeiro FS, Gonçalves D, Corrêa FOB, Spolidorio LC, Perez Orrico SR. Treatment of gingival fibromatosis associated with Zimmermann-Laband syndrome. *J Periodontol*. 2005 Sep;76(9):1559–62.
76. Orphanet: potassium voltage gated channel subfamily H member 1 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor4.01/www/cgi-bin/Disease_Genes.php?lng=FR&data_id=23250
77. Orphanet: ATPase H transporting V1 subunit B2 [Internet]. [cited 2018 Apr 7]. Available from: http://www.orpha.net/consor4.01/www/cgi-bin/Disease_Genes.php?lng=FR&data_id=22990&MISSING%20CONTENT=ATPase-H--transporting-V1-subunit-B2&search=Disease_Genes_Simple&title=ATPase-H--transporting-V1-subunit-B2
78. Balaji P, Balaji S. Gingival fibromatosis with hypertrichosis syndrome: case series of rare syndrome. *Indian J Dent Res*. 2017 Aug;28(4):457–60.
79. Bozzo L, Machado MA, de Almeida OP, Lopes MA, Coletta RD. Hereditary gingival fibromatosis: report of three cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2000;25(1):41–6.
80. Bokenkamp A, Bohnhorst B, Beier C, Albers N, Offner G, Brodehl J. Nifedipine aggravates cyclosporine A-induced gingival hyperplasia. *Pediatr Nephrol*. 1994 Apr;8(2):181–5.
81. McGaw T, Lam S, Coates J. Cyclosporin-induced gingival overgrowth: correlation with dental plaque scores, gingivitis scores, and cyclosporin levels in serum and saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987 Sep;64(3):293–7.
82. Martelli-Júnior H, Bonan PRF, dos Santos LAN, Santos SMC, Cavalcanti MG, Coletta RD. Case reports of a new syndrome associating gingival fibromatosis and dental abnormalities in a consanguineous family. *J Periodontol*. 2008 Jul;79(7):1287–96.
83. Emerson TG. Hereditary gingival hyperplasia. A family pedigree of four generations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1965 Jan;19:1–9.
84. Rushton M. Hereditary or idiopathic hyperplasia of the gums. *Dent Pract Dent Rec*. 1957;7(5):136–46.
85. Khan U, Mustafa S, Saleem Z, Azam A, Khan Z. Hereditary gingival fibromatosis : diagnosis and treatment. *Pak Oral Dent J*. 2012 Aug;32(2):226–31.

86. Gontiya G, Bhatnagar S, Mohandas U, Galgali S. Laser-assisted gingivectomy in pediatric patients: a novel alternative treatment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011 Sep;29(3):264–9.
87. Katz J, Guelmann DM, Barak DS. Hereditary gingival fibromatosis with distinct dental, skeletal and developmental abnormalities. *Pediatr Dent*. 2002 Jun;24(3):253–6.
88. Cuestas-Carnero R, Bornancini CA. Hereditary generalized gingival fibromatosis associated with hypertrichosis: report of five cases in one family. *J Oral Maxillofac Surg*. 1988 May;46(5):415–20.
89. Bittencourt LP, Moliterno LFM, Sampaio RK. Hereditary gingival fibromatosis: review of the literature and a case report. *Quintessence Int*. 2000 Jun;31(6):415–8.
90. McIndoe A. Congenital familial fibromatosis of the gums with the teeth as a probable aetiological factor : report of an affected family. *Br J Plast Surg*. 1958;11:62–71.
91. Gita B, Chandrasekaran S, Manoharan P, Dembla G. Idiopathic gingival fibromatosis associated with progressive hearing loss: a nonfamilial variant of Jones syndrome. *Contemp Clin Dent*. 2014 Apr;5(2):260–3.
92. Yaprak E, Subaşı MG, Avunduk M, Aykent F. Amelogenesis imperfecta and generalized gingival overgrowth resembling hereditary gingival fibromatosis in siblings: a case report. *Case Rep Dent*. 2012;2012:1–6.
93. Uslu H, Bal N, Guzeldemir E, Pektas ZO. Three siblings with juvenile hyaline fibromatosis. *J Oral Pathol Med*. 2007 Jan;36(2):123–5.
94. Wynne SE, Aldred MJ, Bartold PM. Hereditary gingival fibromatosis associated with hearing loss and supernumerary teeth — a new syndrome. *J Periodontol*. 1995 Jan;66(1):75–9.
95. Singer SL, Goldblatt J, Hallam LA, Winters JC. Hereditary gingival fibromatosis with a recessive mode of inheritance. Case reports. *Aust Dent J*. 1993 Dec;38(6):427–32.
96. Bakaeen G, Scully C. Hereditary gingival fibromatosis in a family with the Zimmermann Laband syndrome. *J Oral Pathol Med*. 1991 Oct;20(9):457–9.
97. Saini A, Singh M, Singh S. A rare case of isolated idiopathic gingival fibromatosis. *Indian J Dent Res*. 2013 Feb;24(1):139–41.
98. Fritz ME. Idiopathic gingival fibromatosis with extensive osseous involvement in a 12-year-old boy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1970 Dec;30(6):755–8.
99. Prasetyono TOH, Ekaputri K. Hereditary gingivo-alveolar hyperplasia: a report of two siblings. *Int Surg*. 2015 Feb;100(2):309–13.
100. Çam B, Kurkcu M, Ozturan S, Haytac C, Uguz A, Ogden G. Juvenile hyaline fibromatosis: a case report follow-up after 3 years and a review of the literature. *Int J Dermatol*. 2015 Feb;54(2):217–21.
101. Inagaki K. Management of traumatic dental injury after periodontal surgery in patient with hereditary gingival fibromatosis: case report. 2014 Jun;13(2):260–5.
102. El-Maaytah M, Jerjes W, Shah P, Upile T, Murphy C, Ayliffe P. Gingival hyperplasia associated with juvenile hyaline fibromatosis: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Oct;68(10):2604–8.

103. Martins F, Ortega KL, Hiraoka C, Ricardo P, Magalhães M. Oral and dental abnormalities in Barber-Say syndrome. *Am J Med Genet A*. 2010 Oct;152A(10):2569–73.
104. Martelli H, Santos SMC, Guimarães ALS, Paranaíba LMR, Laranjeira AL, Coletta RD, et al. Idiopathic gingival fibromatosis: description of two cases. *Minerva Stomatol*. 2010 Mar;59(3):143–8.
105. Wagaiyu E, Ng'ang'a R, Kemoli A. Hereditary gingival fibromatosis: report of family case series. *East Afr Med J*. 2009 Oct;86(10):491–3.
106. Raja TA, Albadri S. Case Report: Rutherford syndrome associated with Marfan syndrome. *Eur Acad Paediatr Dent*. 2008 Sep;9(3):138–41.
107. Lobão DS, Soares RV. Idiopathic gingival fibromatosis: a case report. *Quintessence Int*. 2007 Sep;38(8):699–704.
108. Hakki SS, Ataoglu T, Avunduk MC, Erdemli E, Gunhan O, Rahman N. Periodontal treatment of two siblings with juvenile hyaline fibromatosis. *J Clin Periodontol*. 2005 Sep;32(9):1016–21.
109. Karabulut A, Ozden B, Onel D, Demiryont M. Management of airway obstruction in a severe case of juvenile hyaline fibromatosis. *Ann Plast Surg*. 2005 Mar;54(3):328–30.
110. Kamolmatyakul S, Anusaksathien O. Long-term management of an idiopathic gingival fibromatosis patient with the primary dentition. *Pediatr Dent*. 2001 Dec;23(6):508–13.
111. Bekisz O, Darimont F, Rompen EH. Diffuse but unilateral gingival enlargement associated with von Recklinghausen neurofibromatosis. *J Clin Periodontol*. 2000 May;27(5):361–5.
112. Yalçın S, Yalçın F, Soyduñ M, Palandüz S, Günhan Ö. Gingival fibromatosis combined with cherubism and psychomotor retardation: a rare syndrome. *J Periodontol*. 1999 Feb;70(2):201–4.
113. Mason C, Hopper C. The use of CO₂ laser in the treatment of gingival fibromatosis: a case report. *Int J Paediatr Dent*. 1994 Jun;4(2):105–9.
114. Danesh-Meyer M, Holborow D. Familial gingival fibromatosis : a report of two patients. *N Z Dent J*. 1993 Oct;89(398):119–22.
115. Shirasuna K, Yakushiji N, Wada T, Okura M, Tachimura T, Watatani K, et al. A sibling case of congenital gingival fibromatosis: treatment and postoperative evaluation. *J Osaka Univ Dent Sch*. 1988 Dec;28:1–8.
116. Aldred MJ, Crawford PJ. Juvenile hyaline fibromatosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987 Jan;63(1):71–7.
117. Horning GM, Fisher JG, Barker BF, Killoy WJ, Lowe JW. Gingival fibromatosis with hypertrichosis: a case report. *J Periodontol*. 1985 Jun;56(6):344–7.
118. Skrinjarić I, Bacić M, Poje Z. Hereditary gingival fibromatosis with hemophilia B. *Acta Stomatol Croat*. 1983;17(2):89–94.
119. Henefer EP, Kay LA. Congenital idiopathic gingival fibromatosis in the deciduous dentition. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1967 Jul;24(1):65–70.
120. Winstock D. Hereditary gingivo-fibromatosis. *Br J Oral Surg*. 1964 Jul;2(1):59–64.

121. Sciubba JJ, Niebloom T. Juvenile hyaline fibromatosis (Murray-Puretic-Drescher syndrome): oral and systemic findings in siblings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986 Oct;62(4):397–409.
122. Harrison M, Odell EW, Agrawal M, Saravanamuttu R, Longhurst P. Gingival fibromatosis with prune-belly syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998 Sep;86(3):304–7.
123. Sandhu S, Kakar V, Gogia G, Narula S. Unilateral gingival fibromatosis with localized aggressive periodontitis (involving first molars): an unusual case report. *J Indian Soc Periodontol.* 2009 May;13(2):109–13.
124. Araiche M, Brode H. A case of fibromatosis gingivae. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1959 Nov;12(11):1307–10.
125. Ramon Y, Berman W, Bubis JJ. Gingival fibromatosis combined with cherubism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1967 Oct;24(4):435–48.
126. Zackin SJ, Weisberger D. Hereditary gingival fibromatosis. Report of a family. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1961 Jul;14:828–36.
127. Hutchinson I. Juvenile systemic hyalinosis - a rare cause of gingival hypertrophy: a case report. *Int J Paediatr Dent.* 2009 Apr 24;6(1):39–43.
128. Chaikin BS. Report of a case of fibromatosis of the gingivae associated with a hypothyroidism. *Periodontics.* 1965 Dec;3(6):306–9.
129. Kratz CL, Morin CK. Hereditary gingival fibromatosis: a child affected with concurrent abnormalities. *J Pedod.* 1987;11(2):187–92.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau d'analyse des cas clinique

Articles	Informations sur le patient			Anamnèse		
	Genre	Age	Période d'apparition de la FG	Antécédents familiaux	Mode de transmission	Médication particulière
1(5)	M	8	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
	M	8	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
2 (47)	M	6	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	AR	NP
3 (6)	M	6	NP	Oui	NP	NP
4 (2)	F	11	NP	Oui	NP	Non
5 (26)	F	7	NP	NP	NP	Non
6 (3)	F	3	Pré-éruptive (< 6 mois)	Oui	AD	NP
7 (7)	M	14	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	Non
8 (4)	F	14	NP	NP	NP	NP
9 (91)	M	14	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	Non	NP	Non
10 (14)	F	12	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	Non
11 (17)	F	13	NP	Oui	NP	Non
12 (92)	F	12	NP	Oui	NP	Non
13 (16)	M	16	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	Non
14 (18)	M	11	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AR	Non
15 (19)	M	2,33	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	Non
16 (82)	F	13	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AR	Non
	F	13	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AR	NP
17 (93)	F	9	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
18 (31)	M	7,0	Pré-éruptive (< 6 mois)	Oui	NP	NP
19 (52)	M	3,4	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	NP	Non
20 (20)	F	13	NP	Oui	AD	NP
21 (94)	M	11	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	NP
	M	4	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	NP
22 (95)	F	11	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AR	NP
	M	15	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AR	NP
23 (96)	F	14	NP	Oui	NP	NP
	M	15	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
24 (88)	M	8	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	NP
25 (10)	F	14	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	NP	Non
26 (9)	F	15	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	Non	NP	NP
27 (21)	M	15	Naissance	Non	NP	Non
28 (97)	M	13	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	NP	Non
29 (33)	M	5	NP	Non	NP	Non
30 (22)	F	13	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	NP	NP
31 (86)	F	13	NP	Non	NP	Non
32 (23)	F	13	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	NP	Non
33 (36)	F	11	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	NP	Non
34 (11)	M	11	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	AR	Non
35 (98)	M	12	NP	Non	NP	NP
36 (99)	M	8	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	Non
	F	11	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	NP	NP
37 (100)	M	5	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	AR	NP
38 (74)	F	13	Pré-éruptive (< 6 mois)	Non	NP	Non
	F	10	Naissance	Non	NP	NP
39 (78)	F	6	NP	NP	NP	NP
	F	8	NP	NP	NP	NP
40 (12)	M	9	NP	NP	AD	NP
41 (13)	F	15	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Non	NP	Non
42 (101)	M	13	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AR	NP
43 (41)	F	13	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	Oui	NP	NP
44 (102)	F	10	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	NP	NP
45 (103)	F	7	NP	Non	NP	NP
46 (104)	M	10	Pré-éruptive (< 6 mois)	Non	NP	Non
47 (105)	M	12	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
	M	9	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
48 (106)	M	8	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
49 (107)	F	1,33	Naissance	Non	NP	NP
50 (75)	F	13,83	Pré-éruptive (< 6 mois)	NP	NP	NP
51 (34)	M	11	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
52 (108)	F	10	NP	Oui	NP	NP
	M	3	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
53 (40)	F	13	NP	Oui	AR	Non

Articles	Informations sur le patient			Anamnèse		
	Genre	Age	Période d'apparition de la FG	Antécédents familiaux	Mode de transmission	Médication particulière
54 (109)	F	12	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
55 (87)	M	9	NP	NP	NP	Non
56 (110)	F	5,5	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	Non
57 (79)	M	8	Pré-éruptive (< 6 mois)	Oui	AD	Non
	F	12	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	Non
	M	8	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	Non
58 (89)	F	5,67	NP	Oui	NP	Non
59 (111)	F	8	NP	NP	NP	Non
60 (112)	F	11	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
61 (113)	M	10	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	NP	NP
62 (114)	F	14	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
	F	12	NP	Oui	NP	NP
63 (115)	F	3	Pré-éruptive (< 6 mois)	Non	AR	NP
	M	3	Pré-éruptive (< 6 mois)	Non	AR	NP
64 (116)	M	2,50	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	NP	NP
65 (117)	F	3,58	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
66 (118)	M	16	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	Non
67 (35)	F	9	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
68 (119)	F	2,3	Naissance	Non	NP	NP
69 (120)	F	4,5	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
	M	3,25	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
70 (15)	F	14	Pré-éruptive (< 6 mois)	Non	NP	NP
71 (121)	M	3	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
72 (122)	M	4	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	Non
73 (25)	F	8	NP	Oui	NP	NP
74 (123)	F	16	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	Non	NP	NP
75 (124)	F	4	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
76 (125)	M	9,8	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
	M	12	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
77 (126)	M	16	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	NP
	M	13	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	AD	NP
78 (24)	M	14	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	Non
79 (38)	F	14	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	Non
80 (43)	F	16	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	AD	NP
81 (37)	F	4	NP	Non	NP	NP
82 (39)	F	5	Naissance	Non	NP	Non
83 (85)	M	15	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	Oui	NP	NP
84 (127)	M	5	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Oui	NP	NP
85 (128)	F	15	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	NP
86 (129)	F	4	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	Non	NP	Non

Articles	Motifs de consultation													
	Gencives gonflées	Inocclusion labiale	Eversion labiale	Troubles de la phonation	Troubles de la mastication	Troubles de la déglutition et/ou nutrition	Troubles de la respiration	Douleurs	Saignements gingivaux	Retards d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions / Malocclusions	Préjudice esthétique	Impact psychosocial
1(5)	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui
	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
2 (47)	Oui	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
3 (6)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
4 (2)	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui
5 (26)	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	Oui
6 (3)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
7 (7)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
8 (4)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
9 (91)	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
10 (14)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
11 (17)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Non	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
12 (92)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
13 (16)	Oui	Oui	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
14 (18)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	Non	Non	NP	NP	NP	Oui	NP
15 (19)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
16 (82)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
17 (93)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
18 (31)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP
19 (52)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
20 (20)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	Oui
21 (94)	Oui	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
22 (95)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
23 (96)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
25 (10)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Non	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
26 (9)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
27 (21)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
28 (97)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
29 (33)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP
30 (22)	Oui	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Non	Oui	Oui	NP	Oui	NP
31 (86)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP
32 (23)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
33 (36)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui
34 (11)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui
35 (98)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
36 (99)	Oui	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Motifs de consultation													
	Gencives gonflées	Inocclusion labiale	Eversion labiale	Troubles de la phonation	Troubles de la mastication	Troubles de la déglutition et/ou nutrition	Troubles de la respiration	Douleurs	Saignements gingivaux	Retards d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions / Malocclusions	Préjudice esthétique	Impact psychosocial
	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
37 (100)	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
38 (74)	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
39 (78)	Oui	NP	Oui	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
40 (12)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
41 (13)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
42 (101)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
43 (41)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP
44 (102)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
45 (103)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP
46 (104)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
47 (105)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
48 (106)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
49 (107)	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
50 (75)	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
51 (34)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
52 (108)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
53 (40)	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
54 (109)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
55 (87)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
56 (110)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
57 (79)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
58 (89)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP
59 (111)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Non	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
60 (112)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
61 (113)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
62 (114)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Non	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
63 (115)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
64 (116)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
65 (117)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
67 (35)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
68 (119)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP

Articles	Motifs de consultation													
	Gencives gonflées	Inocclusion labiale	Eversion labiale	Troubles de la phonation	Troubles de la mastication	Troubles de la déglutition et/ou nutrition	Troubles de la respiration	Douleurs	Saignements gingivaux	Retards d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions / Malocclusions	Préjudice esthétique	Impact psychosocial
69 (120)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
70 (15)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui
71 (121)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
72 (122)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
73 (25)	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
74 (123)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	NP
75 (124)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
76 (125)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
77 (126)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
78 (24)	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
79 (38)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
80 (43)	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
81 (37)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
82 (39)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
83 (85)	Oui	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	Non	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
84 (127)	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
85 (128)	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
86 (129)	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Examen clinique											
	Exo-buccal				Endo-buccal							
	Profil convexe	Protrusion maxillaire	Inocclusion labiale	Asymétrie faciale	Caractéristiques dentaires							
					Retard d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions	Diastèmes	Occlusion inversée	Béance antérieure	Supraclusion	
1(5)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
2 (47)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
3 (6)	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
4 (2)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP
5 (26)	NP	NP	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP
6 (3)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
7 (7)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
8 (4)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
9 (91)	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
10 (14)	Oui	NP	Oui	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP
11 (17)	NP	Oui	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui
12 (92)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
13 (16)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Examen clinique										
	Exo-buccal				Endo-buccal						
	Profil convexe	Protrusion maxillaire	Inocclusion labiale	Asymétrie faciale	Caractéristiques dentaires						
					Retard d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions	Diastèmes	Occlusion inversée	Béance antérieure	Supraclusion
14 (18)	NP	Oui	Oui	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP
15 (19)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Non
16 (82)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
17 (93)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
18 (31)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP
19 (52)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Non
20 (20)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
21 (94)	NP	NP	Oui	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Non
22 (95)	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	Oui	NP	Oui	Non
	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Non	NP	Oui	NP	Oui
23 (96)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
25 (10)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
26 (9)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
27 (21)	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP
28 (97)	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
29 (33)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
30 (22)	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	Oui	NP
31 (86)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Non
32 (23)	Oui	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
33 (36)	Oui	NP	Oui	Non	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
34 (11)	NP	NP	Oui	Non	Oui	Oui	NP	Oui	NP	NP	Non
35 (98)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP
36 (99)	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
37 (100)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
38 (74)	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
39 (78)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
40 (12)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
41 (13)	Oui	NP	Oui	Non	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP
42 (101)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
43 (41)	Oui	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
44 (102)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
45 (103)	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
46 (104)	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	Oui	Oui	NP
47 (105)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Examen clinique										
	Exo-buccal				Endo-buccal						
					Caractéristiques dentaires						
	Profil convexe	Protrusion maxillaire	Inocclusion labiale	Asymétrie faciale	Retard d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions	Diastèmes	Occlusion inversée	Béance antérieure	Supraclusion
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
48 (106)	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP
49 (107)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
50 (75)	NP	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
51 (34)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP
52 (108)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
53 (40)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
54 (109)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
55 (87)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
56 (110)	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP
57 (79)	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP
58 (89)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
59 (111)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP
60 (112)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
61 (113)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
62 (114)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
63 (115)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
64 (116)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
65 (117)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Oui	NP
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Non	Oui
67 (35)	NP	NP	NP	NP	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP
68 (119)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP
69 (120)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
70 (15)	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP
71 (121)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
72 (122)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
73 (25)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
74 (123)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
75 (124)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
76 (125)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Non	Oui
77 (126)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
78 (24)	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
79 (38)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Examen clinique										
	Exo-buccal				Endo-buccal						
					Caractéristiques dentaires						
	Profil convexe	Protrusion maxillaire	Inocclusion labiale	Asymétrie faciale	Retard d'exfoliation	Retard d'éruption	Malpositions	Diastèmes	Occlusion inversée	Béance antérieure	Supraclusion
80 (43)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
81 (37)	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
82 (39)	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
83 (85)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
84 (127)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
85 (128)	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	Non
86 (129)	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Examen clinique endo-buccal										
	Caractéristiques parodontales					Autres		Fibromatose gingivale			
	HBD	Saignement au sondage	Pseudo-poches parodontales	Poches parodontales	Ulcérations gingivales	Protrusion linguale	Limitation de l'ouverture buccale	Forme	Topographie	Recouvrement coronaire	
										Secteur I/C	Secteur PM/M
1(5)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Mx + Md	Stade 3	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Mx	Stade 3	NP
2 (47)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	Non	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	NP
3 (6)	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
4 (2)	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
5 (26)	NP	Non	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 2
6 (3)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
7 (7)	NP	Non	Oui	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
8 (4)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
9 (91)	NP	Non	NP	Non	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 1
10 (14)	NP	NP	NP	Oui	Non	Non	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 2
11 (17)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
12 (92)	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
13 (16)	NP	NP	NP	Non	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
14 (18)	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
15 (19)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 3
16 (82)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
17 (93)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
18 (31)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
19 (52)	Insuffisante	NP	NP	NP	Non	Non	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 3
20 (20)	Correcte	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
21 (94)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 3
22 (95)	Correcte	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
23 (96)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3

Articles	Examen clinique endo-buccal										
	Caractéristiques parodontales					Autres		Fibromatose gingivale			
	HBD	Saignement au sondage	Pseudo-poches parodontales	Poches parodontales	Ulcérations gingivales	Protrusion linguale	Limitation de l'ouverture buccale	Forme	Topographie	Recouvrement coronaire	
										Secteur I/C	Secteur PM/M
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
25 (10)	NP	Oui	Oui	Oui	NP	NP	NP	Unilatérale	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
26 (9)	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	Unilatérale	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
27 (21)	NP	Non	Oui	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
28 (97)	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
29 (33)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
30 (22)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 2
31 (86)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
32 (23)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
33 (36)	NP	Non	Oui	NP	Oui	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
34 (11)	Correcte	Non	Non	Non	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
35 (98)	Insuffisante	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
36 (99)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
37 (100)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
38 (74)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
39 (78)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx	Stade 3	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
40 (12)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
41 (13)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
42 (101)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
43 (41)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
44 (102)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
45 (103)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
46 (104)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
47 (105)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
48 (106)	Correcte	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
49 (107)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
50 (75)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
51 (34)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
52 (108)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
53 (40)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
54 (109)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
55 (87)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
56 (110)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
57 (79)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2

Articles	Examen clinique endo-buccal										
	Caractéristiques parodontales					Autres		Fibromatose gingivale			
	HBD	Saignement au sondage	Pseudo-poches parodontales	Poches parodontales	Ulcérations gingivales	Protrusion linguale	Limitation de l'ouverture buccale	Forme	Topographie	Recouvrement coronaire	
										Secteur I/C	Secteur PM/M
	Correcte	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
58 (89)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
59 (111)	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Unilatérale	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
60 (112)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
61 (113)	Insuffisante	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
62 (114)	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 1
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
63 (115)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 3
64 (116)	Insuffisante	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
65 (117)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
67 (35)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
68 (119)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 3
69 (120)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	NP	NP
70 (15)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
71 (121)	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
72 (122)	Correcte	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
73 (25)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
74 (123)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Unilatérale	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
75 (124)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx	Stade 2	Stade 2
76 (125)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
77 (126)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
78 (24)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
79 (38)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
80 (43)	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
81 (37)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
82 (39)	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
83 (85)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 2	Stade 2
84 (127)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3
85 (128)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 1	Stade 2
86 (129)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Généralisée	Mx + Md	Stade 3	Stade 3

Articles	Examen radiographique								Examens complémentaires		
	Type	Analyse parodontale	Analyse dentaire								
		Niveau osseux	Agénésies	Dent surnuméraire	Dents incluses / retenues	Retard d'exfoliation DT	Edification radiculaire	Position sur l'arcade	Examens biologiques	Examen anatomo-pathologique	Bilan génétique
1(5)	RA	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	NP	NP	NP	NP
	RA	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	NP	NP	Oui	NP
2 (47)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
3 (6)	Occlusal	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
4 (2)	Pano	Normal	Oui	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
5 (26)	Pano	Normal	Non	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui
6 (3)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
7 (7)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
8 (4)	Pano + CBCT	NP	Non	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
9 (91)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
10 (14)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
11 (17)	Pano	Normal	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
12 (92)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
13 (16)	Pano	Normal	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
14 (18)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	Retardée	NP	Oui	Oui
15 (19)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
16 (82)	RA	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	RA	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
17 (93)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
18 (31)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
19 (52)	Occlusal	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	NP	NP
20 (20)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
21 (94)	Pano	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
22 (95)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
23 (96)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP
25 (10)	Pano + CBCT	Ostéolyse	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
26 (9)	Pano	Ostéolyse	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
27 (21)	Pano	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Oui	NP
28 (97)	Pano	NP	Non	Non	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
29 (33)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
30 (22)	Pano + Occlusal	Ostéolyse	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
31 (86)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
32 (23)	Pano + RA	Normal	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP
33 (36)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP

Articles	Examen radiographique								Examens complémentaires		
	Type	Analyse parodontale	Analyse dentaire								
		Niveau osseux	Agénésies	Dent surnuméraire	Dents incluses / retenues	Retard d'exfoliation DT	Edification radiculaire	Position sur l'arcade	Examens biologiques	Examen anatomo-pathologique	Bilan génétique
34 (11)	Pano + TRP + RA	Normal	NP	NP	Oui	Oui	Normale	Retardée	Oui	Oui	Oui
35 (98)	Pano + RA	Ostéolyse	NP	NP	Oui	NP	NP	Retardée	Oui	Oui	NP
36 (99)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
37 (100)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
38 (74)	Pano	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui
39 (78)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
40 (12)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
41 (13)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
42 (101)	Pano	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
43 (41)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	Normale	NP	Oui	Oui	NP
44 (102)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
45 (103)	Pano + RA	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	Oui	NP
46 (104)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
47 (105)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
48 (106)	Pano	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP	Retardée	NP	NP	NP
49 (107)	RA	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	Oui	Oui
50 (75)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
51 (34)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
52 (108)	NP	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
53 (40)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	Oui	Oui	Oui
54 (109)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui
55 (87)	Pano	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Retardée	NP	NP	Non
56 (110)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
57 (79)	Pano	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	Pano	NP	Non	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
58 (89)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	Oui	NP
59 (111)	NP	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	Retardée	NP	Oui	NP
60 (112)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui
61 (113)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
62 (114)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
63 (115)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP

Articles	Examen radiographique								Examens complémentaires		
	Type	Analyse parodontale	Analyse dentaire								
		Niveau osseux	Agénésies	Dent surnuméraire	Dents incluses / retenues	Retard d'exfoliation DT	Edification radiculaire	Position sur l'arcade	Examens biologiques	Examen anatomo- pathologique	Bilan génétique
64 (116)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
65 (117)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	NP	Oui	Oui	NP
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP
67 (35)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
68 (119)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
69 (120)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
70 (15)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
71 (121)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
72 (122)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui
73 (25)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	NP	Oui	NP
74 (123)	RA	Ostéolyse	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
75 (124)	NP	NP	Non	Non	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
76 (125)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	Oui
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
77 (126)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
78 (24)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
79 (38)	RA	Normal	Non	Non	NP	NP	NP	NP	Oui	NP	NP
80 (43)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
81 (37)	Pano	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Normale	Oui	Oui	NP
82 (39)	Pano + RA	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	Oui	NP
83 (85)	Pano + Occlusal	Normal	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
84 (127)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui	NP
85 (128)	RA	Normal	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	Oui	Oui	NP
86 (129)	Pano + Occlusal	Normal	NP	NP	NP	NP	Normale	Normale	Oui	Oui	NP

Articles	Diagnostic		Prise en charge						
			Préopératoire			Peropératoire			
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention		Anesthésie	Attitude thérapeutique
1(5)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)		AL + SC	Gingivectomie
	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)		AL + SC	Gingivectomie
2 (47)	GF	SDD (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)		AG	Gingivectomie
3 (6)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)		AG	Gingivectomie

Articles	Diagnostic		Prise en charge					
			Préopératoire			Peropératoire		
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention	Anesthésie	Attitude thérapeutique
4 (2)	HGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
5 (26)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
6 (3)	HGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Abstention
7 (7)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
8 (4)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	SC (IV)	Avulsion dents incluses
9 (91)	IGF	Sd (Jones)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
10 (14)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL + AG	Gingivectomie
11 (17)	HGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
12 (92)	HGF	Sd (FGH + AI)	Oui	Oui	Oui	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
13 (16)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
14 (18)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AL + AG	Gingivectomie
15 (19)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
16 (82)	HGF	Sd (FGH + Anomalies dentaires)	Oui	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
	HGF	Sd (FGH + Anomalies dentaires)	Oui	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
17 (93)	GF	SDD (FHJ)	Oui	Oui	Oui	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie
18 (31)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention
19 (52)	GF	Sd (Mucopolidose type II)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Abstention
20 (20)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
21 (94)	HGF	Sd (FGH + Perte d'audition + Dent sumuméraire + Hypertélisme)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention
	HGF	Sd (FGH + Perte d'audition + Dent sumuméraire + Hypertélisme)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Abstention
22 (95)	HGF	Sd (FGH + Dysmorphie faciale)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention

Articles	Diagnostic		Prise en charge					
			Préopératoire			Peropératoire		
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention	Anesthésie	Attitude thérapeutique
	HGF	Sd (FGH + Dysmorphie faciale)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Abstention
23 (96)	HGF	Sd (ZLS)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
	HGF	Sd (ZLS)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
24 (88)	HGF	Sd (FGH + Hypertrichose)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention
25 (10)	IGF	Non-syndromique	Oui	Oui	Oui	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
26 (9)	IGF	Non-syndromique	Oui	Oui	Oui	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
27 (21)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie + Alvéoloplastie
28 (97)	IGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
29 (33)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
30 (22)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL + AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
31 (86)	IGF	Non-syndromique	Oui	Oui	Oui	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
32 (23)	IGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
33 (36)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AL	Gingivectomie
34 (11)	IGF	Non-syndromique	Oui	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie + Alvéoloplastie
35 (98)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
36 (99)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
37 (100)	HGF	Sd (FHJ)	NP	Oui	Oui	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
38 (74)	GF	Sd (ZLS)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
39 (78)	GF	Sd (FGH + Hypertrichose)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
	GF	Sd (FGH + Hypertrichose)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
	GF	Sd (FGH + Hypertrichose)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie

Articles	Diagnostic		Prise en charge					
			Préopératoire			Peropératoire		
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention	Anesthésie	Attitude thérapeutique
40 (12)	GF	Non-syndromique	Oui	Oui	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention
41 (13)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
42 (101)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
43 (41)	HGF	Sd (FGH + Dysmorphie faciale)	Oui	Oui	Oui	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie + Alvéoloplastie
44 (102)	HGF	Sd (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
45 (103)	HGF	Sd (Barber-Say)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie + Gingivoplastie
46 (104)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AL	Gingivectomie + Gingivoplastie
47 (105)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie
48 (106)	HGF	Sd (Rutherford + Marfan)	Oui	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Abstention
49 (107)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
50 (75)	GF	Sd (ZLS)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
51 (34)	GF	Sd (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
52 (108)	GF	Sd (FHJ)	Oui	Oui	Oui	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie
	GF	Sd (FHJ)	Oui	Oui	Oui	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
53 (40)	GF	Sd (?)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
54 (109)	GF	Sd (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
55 (87)	GF	Sd (?)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
56 (110)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
57 (79)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie + Gingivoplastie
	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie + Gingivoplastie

Articles	Diagnostic		Prise en charge					
			Préopératoire			Peropératoire		
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention	Anesthésie	Attitude thérapeutique
	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie + Gingivoplastie
58 (89)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AL	Gingivectomie
59 (111)	GF	Sd (Maladie de Von Recklinghausen)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	NP	Gingivectomie
60 (112)	GF	Sd (Chérubisme + Retard psychomoteur)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
61 (113)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
62 (114)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL + SC	Gingivectomie
	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
63 (115)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
64 (116)	HGF	Sd (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
65 (117)	GF	Sd (FGH + Hypertrichose + Epilepsie)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
66 (118)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
67 (35)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
68 (119)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie + Gingivoplastie
69 (120)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
70 (15)	HGF	Sd (FGH + Hypertrichose)	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
71 (121)	GF	Sd (FHJ)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
72 (122)	GF	Sd (Prune-Belly)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
73 (25)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie

Articles	Diagnostic		Prise en charge					
			Préopératoire			Peropératoire		
	Nom	Type	MHO	Détartrage	Surfaçage	Période d'intervention	Anesthésie	Attitude thérapeutique
74 (123)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
75 (124)	GF	Sd (FGH + Retard mental)	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	NP	Gingivectomie
76 (125)	IGF	Sd (Ramon)	NP	NP	NP	Dentition mixte (6 ans - 12 ans)	AG	Gingivectomie
	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
77 (126)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	NP	Gingivectomie
78 (24)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
79 (38)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
80 (43)	HGF	Non-syndromique	Oui	Oui	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
81 (37)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
82 (39)	IGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
83 (85)	HGF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AL	Gingivectomie
84 (127)	GF	Sd (FHJ)	Oui	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie
85 (128)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition permanente (12 ans - 20 ans)	AG	Gingivectomie
86 (129)	GF	Non-syndromique	NP	NP	NP	Dentition temporaire (6 mois - 6 ans)	AG	Gingivectomie

Articles	Prise en charge							
	Peropératoire							
	Technique utilisée				Nombre de séances	Temps entre 2 interventions	Gestes associés	Mise en place d'un pansement parodontal
1(5)	IBI	Lambeau	NP	NP	1	NP	NP	NP
	IBE	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
2 (47)	Bistouri (classique)	NP	NP	NP	1	NP	Extractions dents NC (Paro)	NP
3 (6)	Bistouri (classique)	Laser (Diode)	NP	NP	1	NP	NP	NP
4 (2)	IBE	NP	NP	NP	> 1	2	NP	Oui
5 (26)	Laser (Diode)	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
6 (3)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
7 (7)	IBE	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
8 (4)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	Extractions toutes les dents	NP

Articles	Prise en charge							
	Peropérateur							
	Technique utilisée				Nombre de séances	Temps entre 2 interventions	Gestes associés	Mise en place d'un pansement parodontal
9 (91)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
10 (14)	IBE	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	Oui
11 (17)	IBI	NP	NP	NP	> 1	2	Extractions (DT)	Oui
12 (92)	IBI	Lambeau	NP	NP	1	NP	NP	NP
13 (16)	IBE	Bistouri (classique)	Bistouri (électrique)	Lambeau	1	NP	Extractions (DT)	NP
14 (18)	IBI	Lambeau	NP	NP	> 1	NP	NP	Oui
15 (19)	Bistouri (électrique)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
16 (82)	IBI	NP	NP	NP	> 1	8	NP	NP
	IBI	NP	NP	NP	> 1	8	NP	NP
17 (93)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
18 (31)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
19 (52)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
20 (20)	IBI	NP	NP	NP	> 1	4	Extractions (DT)	Oui
21 (94)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
22 (95)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Extractions (DT)	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
23 (96)	Laser	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
25 (10)	IBE	Bistouri (électrique)	NP	NP	> 1	2	NP	Oui
26 (9)	IBI	Lambeau	NP	NP	1	NP	Extractions dents NC (paro)	Oui
27 (21)	IBI	Ledge & Wedge	NP	NP	> 1	1	NP	NP
28 (97)	IBE	NP	NP	NP	> 1	2	NP	Oui
29 (33)	Bistouri (électrique)	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
30 (22)	IBE	NP	NP	NP	> 1	3	NP	Oui
31 (86)	IBE	Laser (Diode)	NP	NP	> 1	NP	NP	Oui
32 (23)	Ledge & Wedge	IBE	Bistouri (électrique)	Laser (Diode)	> 1	1,5	NP	Oui
33 (36)	IBE	NP	NP	NP	> 1	NP	Extractions (DT)	Oui
34 (11)	IBI	Lambeau	NP	NP	1	NP	Extractions (DT)	NP
35 (98)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
36 (99)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
37 (100)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
38 (74)	NP	NP	NP	NP	1	NP	Extractions (DT)	NP
39 (78)	IBE	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
	IBE	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
	IBE	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
40 (12)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Prise en charge							
	Peropérateur							
	Technique utilisée				Nombre de séances	Temps entre 2 interventions	Gestes associés	Mise en place d'un pansement parodontal
41 (13)	IBE	Bistouri (électrique)	NP	NP	1	NP	NP	Oui
42 (101)	Lambeau	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
43 (41)	IBI	Lambeau	Bistouri (électrique)	NP	> 1	2	NP	NP
44 (102)	NP	NP	NP	NP	1	NP	Extractions dents NC (délabrées)	NP
45 (103)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
46 (104)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
47 (105)	IBI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
	IBI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
48 (106)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
49 (107)	IBE	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
50 (75)	IBI	NP	NP	NP	> 1	4	NP	NP
51 (34)	NP	NP	NP	NP	1	NP	Extractions dents NC (délabrées)	NP
52 (108)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
53 (40)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
54 (109)	Bistouri (électrique)	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
55 (87)	Laser (CO2)	NP	NP	NP	1	NP	Soins conservateurs	NP
56 (110)	IBE	NP	NP	NP	> 1	NP	Extractions (DT)	Oui
57 (79)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	Oui
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Oui
58 (89)	NP	NP	NP	NP	> 1	1	NP	NP
59 (111)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
60 (112)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
61 (113)	Laser (CO2)	NP	NP	NP	1	NP	NP	Non
62 (114)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	Oui
	NP	NP	NP	NP	> 1	7	NP	NP
63 (115)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
64 (116)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
65 (117)	IBI	Ledge & Wedge	NP	NP	NP	NP	NP	NP
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
67 (35)	NP	NP	NP	NP	1	NP	Extractions dents NC (paro)	Oui
68 (119)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
69 (120)	NP	NP	NP	NP	NP	24	Extractions toutes les dents	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	208	Extractions toutes les dents	NP
70 (15)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Prise en charge Peropératoire							
	Technique utilisée				Nombre de séances	Temps entre 2 interventions	Gestes associés	Mise en place d'un pansement parodontal
71 (121)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
72 (122)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
73 (25)	NP	NP	NP	NP	> 1	2	Extractions (DT)	NP
74 (123)	IBI	Lambeau	NP	NP	1	NP	NP	Oui
75 (124)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
76 (125)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	NP
77 (126)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	Extractions toutes les dents	NP
	Bistouri (électrique)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
78 (24)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
79 (38)	Lambeau	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
80 (43)	Bistouri (électrique)	IBI	Lambeau	NP	> 1	1	Extractions dents NC (paro)	Oui
81 (37)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP
82 (39)	NP	NP	NP	NP	1	NP	Extractions (DT)	NP
83 (85)	Bistouri (classique)	Bistouri (électrique)	NP	NP	NP	NP	NP	NP
84 (127)	NP	NP	NP	NP	> 1	NP	NP	Non
85 (128)	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	Oui
86 (129)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Prise en charge				Suivi				Evaluation d'une récurrence	
	Prescriptions postopératoires				Fréquence	Mois	Années	PEC associée(s)	Oui / Non	Degré
	Antibiotiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Antalgiques	Bains de bouche						
1(5)	NP	NP	NP	NP	3 mois	15,0	1,3	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	3 mois	15,0	1,3	NP	NP	NP
2 (47)	NP	NP	NP	NP	Régulier	1,0	0,1	NP	Oui	NP
3 (6)	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
4 (2)	NP	NP	NP	Oui	3 mois	3,0	0,3	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	Moyen
5 (26)	NP	Oui	Oui	NP	NP	11,0	0,9	ODF	Non	NP
6 (3)	NP	NP	NP	NP	Régulier	NP	NP	NP	NP	NP
7 (7)	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2,0	ODF	Non	NP
8 (4)	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2,0	Implants	Non	NP
9 (91)	NP	NP	NP	NP	3 mois	24,0	2,0	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	Léger
10 (14)	Oui	Oui	NP	Oui	Régulier	12,0	1	NP	Non	NP
11 (17)	Oui	Oui	NP	NP	NP	12,0	1,0	NP	Non	NP
12 (92)	NP	NP	NP	NP	NP	36,0	3	NP	Non	NP
13 (16)	Oui	Oui	NP	Oui	Régulier	2,0	0,2	ODF	Non	NP

Articles	Prise en charge				Suivi				Evaluation d'une récidive	
	Prescriptions postopératoires									
	Antibiotiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Antalgiques	Bains de bouche	Fréquence	Mois	Années	PEC associée(s)	Oui / Non	Degré
14 (18)	Oui	NP	Oui	NP	NP	24,0	2	ODF	Non	NP
15 (19)	NP	NP	NP	NP	NP	10,0	0,8	NP	Non	NP
16 (82)	NP	NP	NP	Oui	1 mois	18,0	1,5	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
	NP	NP	NP	Oui	1 mois	18,0	1,5	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
17 (93)	NP	NP	NP	NP	6 mois	24,0	2	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
18 (31)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
19 (52)	NP	NP	NP	NP	Régulier	NP	NP	NP	NP	NP
20 (20)	NP	NP	NP	Oui	Régulier	36,0	3	ODF	Oui	NP
21 (94)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
22 (95)	NP	NP	NP	NP	Régulier	NP	NP	ODF	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	Régulier	NP	NP	NP	NP	NP
23 (96)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
24 (88)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
25 (10)	Oui	NP	Oui	NP	3 mois	24,0	2	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	Léger
26 (9)	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
27 (21)	NP	NP	NP	NP	6 mois	24,0	2	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
28 (97)	Oui	Oui	NP	Oui	6 mois	30,0	2,5	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
29 (33)	NP	NP	NP	Oui	NP	0,5	0,0	NP	NP	NP
30 (22)	NP	NP	NP	Oui	NP	12,0	1	NP	Non	NP
31 (86)	NP	NP	Oui	NP	NP	1,0	0,1	ODF	NP	NP
32 (23)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
33 (36)	NP	NP	Oui	Oui	3 mois	12,0	1	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.) + ODF	Non	NP
34 (11)	NP	NP	NP	Oui	NP	30,0	2,5	PAC	Non	NP
35 (98)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
36 (99)	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1,0	NP	Non	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1,0	NP	Non	NP
37 (100)	NP	NP	NP	NP	NP	36,0	3	NP	Oui	NP
38 (74)	NP	NP	NP	NP	Régulier	NP	NP	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.) + ODF	Non	NP
39 (78)	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1	NP	Non	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1	NP	Non	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1	NP	Non	NP
40 (12)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
41 (13)	Oui	NP	Oui	Oui	Régulier	12,0	1,0	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
42 (101)	NP	NP	NP	NP	NP	72,0	6	NP	NP	NP
43 (41)	Oui	NP	Oui	Oui	Régulier	NP	NP	NP	Non	NP
44 (102)	NP	NP	NP	NP	Régulier	48,0	4	NP	Oui	NP
45 (103)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	ODF	NP	NP
46 (104)	NP	NP	NP	Oui	6 mois	48,0	4	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
47 (105)	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	Oui	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Prise en charge				Suivi				Evaluation d'une récidive	
	Prescriptions postopératoires									
	Antibiotiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Antalgiques	Bains de bouche	Fréquence	Mois	Années	PEC associée(s)	Oui / Non	Degré
48 (106)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	PAP	NP	NP
49 (107)	NP	NP	NP	NP	NP	60,0	5	NP	Non	NP
50 (75)	NP	NP	NP	Oui	Régulier	12,0	1	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.) + ODF	Non	NP
51 (34)	NP	NP	NP	Oui	NP	NP	NP	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	NP	NP
52 (108)	NP	NP	NP	NP	Irrégulier	132,0	11	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	Irrégulier	132,0	11	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	NP
53 (40)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
54 (109)	NP	NP	NP	Oui	NP	12,0	1	NP	Oui	Léger
55 (87)	NP	NP	NP	NP	3 mois	6,0	0,5	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Oui	Léger
56 (110)	NP	NP	NP	Oui	Irrégulier	18,0	1,5	NP	NP	NP
57 (79)	NP	NP	NP	Oui	6 mois	NP	NP	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	36,0	3	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	Oui	NP	5,0	0,4	ODF	Oui	NP
58 (89)	NP	NP	NP	NP	Régulier	36,0	3,0	NP	Non	NP
59 (111)	NP	NP	NP	NP	NP	48,0	4	ODF	Non	NP
60 (112)	NP	NP	NP	NP	Régulier	12,0	1,0	Paro (MHO et/ou Dét. Et/ou Surf.)	Non	NP
61 (113)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
62 (114)	NP	NP	NP	Oui	NP	8,0	0,7	NP	Non	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	132,0	11	ODF	Non	NP
63 (115)	NP	NP	NP	NP	Régulier	60,0	5	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	Régulier	60,0	5	NP	Oui	NP
64 (116)	NP	NP	NP	NP	Irrégulier	60,0	5	NP	Oui	NP
65 (117)	NP	NP	NP	NP	Régulier	9,0	0,8	NP	Oui	NP
66 (118)	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2	NP	Oui	NP
67 (35)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
68 (119)	NP	NP	NP	NP	Régulier	9,0	0,8	NP	Non	NP
69 (120)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	PAC	Non	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	PAC	Non	NP
70 (15)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
71 (121)	NP	NP	NP	NP	NP	48,0	4	NP	Oui	NP
72 (122)	NP	NP	NP	NP	NP	36,0	3	NP	Oui	NP
73 (25)	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2	NP	Non	NP
74 (123)	NP	Oui	NP	Oui	NP	NP	NP	NP	NP	NP
75 (124)	NP	NP	NP	NP	NP	14,0	1,2	NP	Oui	NP
76 (125)	NP	NP	NP	NP	NP	2,0	0,2	NP	Oui	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2	NP	Non	NP
77 (126)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
	NP	NP	NP	NP	NP	24,0	2	NP	Oui	Moyen
78 (24)	NP	NP	NP	NP	NP	0,7	0,1	NP	NP	NP
79 (38)	NP	NP	NP	NP	NP	6,0	0,5	NP	Non	NP
80 (43)	Oui	NP	Oui	Oui	NP	12,0	1	NP	Non	NP
81 (37)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

Articles	Prise en charge				Suivi				Evaluation d'une récidence	
	Prescriptions postopératoires									
	Antibiotiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Antalgiques	Bains de bouche	Fréquence	Mois	Années	PEC associée(s)	Oui / Non	Degré
82 (39)	NP	NP	NP	NP	Régulier	48,0	4	ODF	Oui	NP
83 (85)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
84 (127)	NP	NP	NP	NP	NP	12,0	1	NP	Oui	NP
85 (128)	NP	NP	NP	NP	NP	6,0	0,5	NP	Non	NP
86 (129)	NP	NP	NP	NP	Régulier	11,0	0,9	NP	Non	NP

ANNEXE 2 : Fiche de recueil des données chez les patients ayant une FG

DONNEES PERSONNELLES

NOM :

PRENOM :

GENRE : ☐ M ☐ F

DATE DE NAISSANCE : / / AGE :

INTERROGATOIRE

ANTECEDENTS

MEDICAUX :

CHIRURGICAUX :

ALLERGIES :

TRAITEMENTS EN COURS

☐ Non ☐ Oui - Le(s)quel(s) :

HISTOIRE DE LA MALADIE

MOTIF(S) DE CONSULTATION :

- | | |
|--|---|
| ☐ Gencives gonflées | ☐ Douleurs gingivales |
| ☐ Inocclusion labiale | ☐ Saignements |
| ☐ Eversion labiale | ☐ Retard d'exfoliation des DT* |
| ☐ Trouble de la phonation | ☐ Retard d'éruption des DT et/ou DP* |
| ☐ Trouble de la mastication | ☐ Malpositions / Malocclusions |
| ☐ Trouble de la déglutition et/ou nutrition | ☐ Préjudice esthétique |
| ☐ Trouble de la respiration | ☐ Préjudice psychosocial |
| ☐ Autre(s) : | |
| | |

*DT : dents temporaires – DP : dents permanentes

AGE D'APPARITION de l'hyperplasie gingivale (si connu) :

PERIODE D'APPARITION DE L'HYPERPLASIE GINGIVALE :

- | | |
|---|--|
| ☐ Naissance | ☐ Dentition mixte (entre 6 ans et 12 ans) |
| ☐ Pré-éruptive (entre 0 et 6 mois) | ☐ Dentition permanente (entre 12 et 20 ans) |
| ☐ Dentition temporaire (entre 6 mois et 6 ans) | ☐ Adulte (après 20 ans) |

ANTECEDENTS FAMILIAUX D'HYPERPLASIE GINGIVALE

☐ Non ☐ Oui
Arbre généalogique :

Mode de transmission : ☐ AD ☐ AR

EXAMEN CLINIQUE

EXO-BUCCAL

- | | |
|--|--|
| ☐ Inocclusion labiale | ☐ Protrusion maxillaire |
| ☐ Profil convexe | ☐ Asymétrie faciale |
| ☐ Autre(s) : | |
| | |

SIGNES D'ALERTE EXTRA-ORAUX

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|--|
| ☐ Non | ☐ Oui | ☐ Hypertrichose | ☐ Surdité progressive |
| | | ☐ Epilepsie | ☐ Chérubisme |
| | | ☐ Fibromes hyalins sous-cutanés multiples | ☐ Sourcils épais, synophris, hypertélorisme |
| | | ☐ Douleurs sévères aux mouvements progressives | ☐ Autre(s) : |
| | | ☐ Contractures articulaires | |
| | | ☐ Absence / hypoplasie des ongles ou phalanges distales des mains et des pieds | |

ENDO-BUCCAL

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Inexistante | ☐ Insuffisante | ☐ Correcte | ☐ Parfaite |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

CARACTERISTIQUES DENTAIRES

- | | |
|---|---|
| ☐ Retard d'exfoliation | ☐ Occlusion inversée |
| ☐ Retard d'éruption des DT ou DP | ☐ Béance antérieure |
| ☐ Malpositions | ☐ Supracclusion |
| ☐ Diastèmes | ☐ Autre(s) : |

CARACTERISTIQUES PARODONTALES

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Saignements au sondage | ☐ Non | ☐ Oui |
| Poches parodontales | ☐ Non | ☐ Oui |
| Pseudo-poches parodontales | ☐ Non | ☐ Oui |

AUTRES CARACTERISTIQUES

- | | |
|---|--|
| ☐ Protrusion linguale | ☐ Limitation de l'ouverture buccale |
| ☐ Ulcérations gingivales | ☐ Autre(s) : |

CARACTERISATION DE LA FIBROMATOSE GINGIVALE

- Forme : ☐ Généralisée ☐ Localisée ☐ Unilatérale
- Localisation : ☐ Bi-maxillaire ☐ Maxillaire ☐ Mandibulaire

Degré de recouvrement coronaire* du secteur incisivo-canin :

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Stade 0 | ☐ Stade 1 | ☐ Stade 2 | ☐ Stade 3 |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Degré de recouvrement coronaire* du secteur prémolo-molaire :

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Stade 0 | ☐ Stade 1 | ☐ Stade 2 | ☐ Stade 3 |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

EXAMEN RADIOLOGIQUE

- | | |
|--|---|
| ☐ Ostéolyse | ☐ Retard d'édification radiculaire |
| ☐ Agénésies | ☐ Retard d'éruption des DT / DP |
| ☐ Dents surnuméraires | ☐ Retard d'exfoliations des DT |
| ☐ Dents incluses | ☐ Autre(s) : |

EXAMENS BIOLOGIQUES

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ A réaliser | ☐ Réalisé |
| Résultats : | |

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ A réaliser | ☐ Réalisé |
| Résultats : | |

BILAN GENETIQUE

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ A réaliser | ☐ Réalisé |
| Résultats : | |

DIAGNOSTIC

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Fibromatose gingivale non-syndromique | ☐ Fibromatose gingivale syndromique | ☐ A confirmer |
|--|--|--------------------------------------|

Présence d'une maladie parodontale associée à la FG ☐ Non ☐ Oui

**Classification en fonction du degré de recouvrement coronaire :*

- *Stade 0 : absence de recouvrement coronaire*
- *Stade 1 : hyperplasie gingivale couvrant moins de la moitié de la couronne*
- *Stade 2 : hyperplasie gingivale couvrant entre la moitié et totalité de la couronne, et ne recouvrant pas la surface occlusale et/ou le bord incisif*
- *Stade 3 : hyperplasie gingivale recouvrant totalement la couronne*

ANNEXE 3 : Fiche récapitulative sur la fibromatose gingivale

FIBROMATOSE GINGIVALE

PRESENTATION CLINIQUE

<u>Définition</u>	Hyperplasie gingivale Ferme Non douloureuse Sans signes inflammatoires (sauf si HBD non satisfaisante) D'apparition lente et progressive Débutant le plus souvent au moment de la mise en place de la dentition mixte Localisée ou généralisée Maxillaire et/ou mandibulaire Responsable d'un recouvrement coronaire partiel ou total
<u>Signes cliniques associés</u>	Retard d'éruption des dents temporaires et/ou permanentes Retard d'exfoliation des dents temporaires Inocclusion labiale Profil convexe

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiologiques	Radiographies rétro alvéolaires Radiographie panoramique
----------------------	---

Examen anatomo-pathologique des tissus excisés (si gingivectomie effectuée)

Examens biologiques	Choisis en fonction des différentes hypothèses diagnostiques ▪ Numération de la formule sanguine ▪ Analyses rénales – hépatiques – endocrinologiques – urinaires
----------------------------	--

Bilan génétique en cas de signes d'alertes extra-oraux (hypertrichose, épilepsie, surdité progressive, fibromes hyalins sous-cutanés multiples, ...)

PRISE EN CHARGE

1 - NON-CHIRURGICALE

<u>Indications</u>	Tous les patients atteints de FG
<u>Moyens</u>	Maintenance parodontale (MHO +/- Détartrage +/- Surfaçage)

2 - CHIRURGICALE

<u>Indications</u>	FG non contrôlée par la PEC non-chirurgicale FG ayant des répercussions fonctionnelles et/ou esthétiques
<u>Moyens</u>	Gingivectomie +/- gingivoplastie

SUIVI

<u>Objectif</u>	Prévenir et surveiller une éventuelle récurrence
<u>Fréquence</u>	Tous les 3 à 6 mois
<u>Moyens</u>	Maintenance parodontale (MHO +/- Détartrage +/- Surfaçage) Gingivectomie si récurrence ayant des répercussions fonctionnelles et/ou esthétiques

FACTEURS DE RISQUES

<u>D'apparition d'une FG</u>	Présence d'antécédents familiaux de FG
<u>De récurrence d'une FG</u>	En cas de FG syndromique En cas de FG syndromique avec un degré d'atteinte initial sévère En cas de FG non-syndromique avec un degré d'atteinte initiale léger Prise en charge chirurgicale précoce

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Photographie d'une hyperplasie gingivale avec recouvrement coronaire partiel (2)	15
Figure 2 : Photographie d'une hyperplasie gingivale avec recouvrement coronaire total (14)	15
Figure 3 : Photographies préopératoires (A) et postopératoires (B) d'un cas clinique avec malpositions dentaires dues à l'hyperplasie gingivale (16).....	15
Figure 4 : Photographies exo-buccales d'une patiente présentant un profil convexe (A) et une inocclusion labiale (B) dus à une hyperplasie gingivale importante (25).....	16
Figure 5 : Radiographie panoramique d'une patiente de 14 ans atteinte de FG. On note une alvéolyse secteur 1 postérieur et des dents permanentes incluses (10).....	17
Figure 6 : Photographies intra-buccales (A) et radiographie panoramique (B) d'une patiente de 15 ans. On ne note pas de retard de maturation dentaire malgré une absence d'éruption clinique de la majorité des dents (13).....	18
Figure 7 : Radiographie panoramique d'une patiente de 14 ans. Uniquement les blocs antérieurs maxillaires et mandibulaires ont fait leur éruption (4).....	18
Figure 8 : Coupe histologique d'un patient atteint de FG (5)	22
Figure 9 : Photographies intra-buccales d'une prise en charge chirurgicale. Photographies préopératoires (A), peropératoires (B et C) et postopératoires (D). La gingivectomie visible sur la photographie C a été réalisée par un laser diode (23).....	29
Figure 10 : Diagramme de flux de la sélection d'articles pour la revue systématique de la littérature .	33
Figure 11 : Distribution des patients en fonction du genre.....	38
Figure 12 : Distribution des patients en fonction de la période d'apparition de la FG	39
Figure 13 : Distribution de la population en fonction de la présence ou non d'antécédents familiaux de FG	40
Figure 14 : Distribution en fonction du mode de transmissions de la FG non-syndromique	41
Figure 15 : Distribution des patients selon le type de FG et liste des syndromes retrouvés dans notre population	42
Figure 16 : Distribution des différents motifs de consultations relevés lors de l'interrogatoire	43

Figure 17 : Distribution des principales caractéristiques exo-buccales de la FG	44
Figure 18 : Distribution des patients en fonction des caractéristiques dentaires retrouvées lors de l'examen clinique.....	45
Figure 19 : Caractéristiques parodontales et pourcentages d'atteinte chez tous les patients	46
Figure 20 : Distribution des patients en fonction des autres caractéristiques pouvant être retrouvées lors de la FG (OB = ouverture buccale).....	46
Figure 21 : Distribution des patients en fonction de la forme de la FG	47
Figure 22 : Distribution des patients en fonction de la localisation de la FG	48
Figure 23 : Distribution des patients en fonction du degré d'atteinte du secteur I/C de la FG.....	48
Figure 24 : Degré d'atteinte du secteur PM/M	49
Figure 25 : Distribution des différents examens radiologiques effectués (RA : cliché rétro-alvéolaire / CBCT : cône beam / TRP : téléradiographie de profil)	50
Figure 26 : Evaluation du niveau osseux chez tous les patients	51
Figure 27 : Fréquence des autres anomalies décrites à l'examen radiologique	51
Figure 28 : Evaluation radiologique de la position des dents sur l'arcade	52
Figure 29 : Fréquence de réalisation des examens complémentaires	52
Figure 30 : Fréquence des actes réalisés en préopératoire	53
Figure 31 : Distribution des patients selon la période de prise en charge de leur FG.....	54
Figure 32 : Mode de prise en charge de la FG	54
Figure 33 : Attitude thérapeutique pour la prise en charge de la FG	55
Figure 34 : Distribution des interventions en fonction du nombre de séances de la séquence de traitement de la FG	55
Figure 35 : Distribution en fonction du type d'instrumentation utilisée.....	56
Figure 36 : Distribution en fonction de la technique chirurgicale	57
Figure 37 : Fréquence de réalisation de gestes complémentaires lors de la gingivectomie.....	57

Figure 38 : Proportion d'interventions ayant nécessités la mise en place d'un pansement parodontal .	58
Figure 39 : Prescriptions en post-opératoire	58
Figure 40 : Distribution en fonction des différentes prises en charge pendant la phase de suivi	59
Figure 41 : Taux de récurrence de la FG dans la population étudiée.....	60
Figure 42 : Distribution des patients présentant une récurrence de leur FG, en fonction de la période de prise en charge	61
Figure 43 : Distribution des cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte gingival initial du secteur I/C	62
Figure 44 : Distribution des cas de récurrence en fonction du degré d'atteinte gingival initial du secteur PM/M.....	62

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux syndromes pouvant présenter une fibromatose gingivale.....	24
Tableau 2 : Age moyen et médian de la population étudiée lors de la présentation	39
Tableau 3 : Analyses statistiques sur les périodes d'apparition de la FG (valeurs de p)	40
Tableau 4 : Analyses statistiques sur le degré d'atteinte du secteur I/C	49
Tableau 5 : Analyses statistiques sur le degré d'atteinte du secteur PM/M.....	49
Tableau 6 : Durée de suivi moyenne et médiane de suivi des patients atteints de FG.....	59
Tableau 7 : Analyse statistique sur la récurrence entre la FGNS et FGS	60
Tableau 8 : Caractéristiques cliniques observées dans la FG	64
Tableau 9 : Prises en charges, suivi et récurrences observées dans la FG	65

CHEVALIER (Lucas). – Fibromatose gingivale : revue systématique de la littérature. – 110 f. ; ill. ; tabl. ; 129 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

RESUME

La fibromatose gingivale (FG) est une pathologie rare pouvant avoir des répercussions fonctionnelles et esthétiques majeures chez l'enfant. Une analyse systématique de la littérature a été menée afin de mieux caractériser la FG, aussi bien cliniquement qu'au niveau de sa prise en charge. 103 cas cliniques ont été inclus et analysés sur des critères issus de l'anamnèse, de l'examen clinique et de la prise en charge effectuée. Notre analyse a mis en évidence un recueil non standardisé des données et l'impossibilité de dégager des recommandations quant à la prise en charge de ces patients. Cependant, un profil-type des patients atteints de FG, qu'elle soit syndromique ou non, a été établi ; une fiche de recueil de données a également été proposée.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédiodontie

MOTS CLES MESH

Pédiodontie - Pediatric dentistry
Fibromatose gingivale - Gingival fibromatosis
Revue de la littérature - Review

JURY

Président : Professeur SOUEIDAN A.
Directrice : Docteur LOPEZ-CAZAUX S.
Assesseur : Docteur BADRAN Zahi
Assesseur : Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Assesseur : Docteur Charlotte BARON

ADRESSE DE L'AUTEUR

25 rue Gauvin
49100 Angers
chevalierlucas49@gmail.com