

[DOI] 10.12016/j.issn.2096-1456.2020.06.007

· 防治实践 ·

## 特发性牙龈纤维瘤病病例报道及文献回顾

张力木, 林晓萍

中国医科大学附属盛京医院口腔科, 辽宁 沈阳(110004)

**【摘要】** 目的 探讨特发性牙龈纤维瘤病的病因、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗方法,为临床诊疗提供参考。方法 对1例发生于口腔的特发性牙龈纤维瘤病病例的临床资料及相关文献进行回顾性分析。结果 该病例行全口牙周基础治疗,前牙区牙周手术治疗后,牙龈形态得到改善。特发性牙龈纤维瘤病是一种罕见的以牙龈组织增生为主要特征的疾病,病因及发病机制不明。该病可在幼儿时就发病,一般发生在恒牙萌出后,表现为牙龈广泛地逐渐增生,可累及全口的牙龈缘、龈乳头和附着龈,甚至达膜龈联合处,病理变化的特点是牙龈上皮的棘层增厚,上皮钉突明显增长,结缔组织体积增大,充满粗大的胶原纤维束和大量成纤维细胞,血管相对较少,炎症不明显。在临床上需与药物性牙龈增生、以增生为主要表现的慢性龈炎等疾病相鉴别。目前特发性牙龈纤维瘤病的治疗以牙龈切除术为主。该病手术后易复发,复发率与口腔卫生维护有关,复发后可再次手术治疗。**结论** 特发性牙龈纤维瘤病较为罕见,诊断主要依靠病史询问、临床表现和病理检查,治疗方法主要为手术切除,今后的研究方向应致力于寻找更有效的治疗方法。

**【关键词】** 牙龈纤维瘤病; 特发性牙龈纤维瘤病; 病理特征; 药物性牙龈增生; 牙龈切除术; 外斜切口

**【中图分类号】** R781.4 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 2096-1456(2020)06-0377-06

开放科学(资源服务)标识码(OSID)

**【引用著录格式】** 张力木,林晓萍. 特发性牙龈纤维瘤病病例报道及文献回顾[J]. 口腔疾病防治, 2020, 28(6): 377-382.

**Idiopathic gingival fibromatosis: a case report and literature review** ZHANG Limu, LIN Xiaoping. Department of Stomatology, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, China

Corresponding author: LIN Xiaoping, Email: xiaoping\_ba@126.com, Tel: 86-24-96615-61522

**【Abstract】 Objective** To explore the etiology, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis and treatment of idiopathic gingival fibromatosis, and to provide references for clinical diagnosis and treatment. **Methods** The clinical data and related literatures of a case of idiopathic gingival fibroma that occurred in the oral cavity were retrospectively analyzed. **Results** Total periodontal treatment was performed for the patient, and the gingival morphology was improved after periodontal surgery in the anterior region. Idiopathic gingival fibromatosis is a rare disease characterized by gingival tissue hyperplasia. The etiology and pathogenesis are unknown. The disease can occur in young children. Generally, it occurs after the permanent teeth erupt, and it manifests as extensive gingival hyperplasia, which can affect the entire gingival margin, gingival papilla and attached gingiva, and can even reach the membrane-gingival junction. The pathological changes include thickening of the spinous layer of the gingival epithelium, significant increases in the epithelial styploid process, increases in the connective tissue volume, and filling with large collagen fiber bundles and a large number of fibroblasts. The blood vessels are relatively small, and inflammation is not obvious. Clinically, this disease needs to be distinguished from drug-induced gingival hyperplasia and chronic gingivitis with hyperplasia as the main manifestation. At present, the treatment of idiopathic gingival fibromatosis is mainly gingival angioplasty. The disease easily relapses after surgery. The recurrence rate is related to the quality of oral hygiene. After recur-

**【收稿日期】** 2019-11-27; **【修回日期】** 2020-01-30

**【基金项目】** 国家自然科学基金项目(81570988); 中华口腔医学会专项基金项目(CSA-Z2015-07)

**【作者简介】** 张力木, 医师, 在读硕士研究生, Email: zhanglimu1993@163.com

**【通信作者】** 林晓萍, 教授, 博士, Email: xiaoping\_ba@126.com, Tel: 86-24-96615-61522

rence, it can be treated again. **Conclusion** Idiopathic gingival fibromatosis is relatively rare, and the diagnosis mainly depends on the history of inquiry, clinical manifestations and pathological examination. The treatment is mainly surgical resection, and future research should focus on finding a more effective treatment.

**【Key words】** gingival fibromatosis; idiopathic gingival fibromatosis; pathological characteristics; drug gingival hyperplasia; gingivectomy; the external oblique incision

**J Prev Treat Stomatol Dis, 2020, 28(6): 377-382.**

牙龈纤维瘤病(gingival fibromatosis, GF)是一种罕见的、良性的、无特殊病因的疾病,主要表现为牙龈的广泛增生,增生的牙龈质韧、色粉,表面可见明显的点彩<sup>[1]</sup>。GF的患病率为1/175,000,男女发病率相当,可以是遗传的——遗传性牙龈纤维瘤病(hereditary gingival fibromatosis, HGF),也可以是特发的——特发性牙龈纤维瘤病(idiopathic gingival fibromatosis, IGF)<sup>[2]</sup>。IGF一般指未发现家族遗传史、病因不明确的GF患者<sup>[1]</sup>,本文就以1例IGF为例进行报道。

## 1 病例资料

### 1.1 病史与检查

患者,男,32岁,于2019年9月4日以“全口牙龈肿胀20余年”为主诉来中国医科大学附属盛京医院口腔科就诊。患者自诉全口牙龈肿胀20余年,随年龄增长逐渐加重,未经任何治疗,因影响美观来诊。患者13岁时右肩患有神经纤维瘤(手术切除后痊愈),现否认全身系统性疾病,无药物长期服用史及过敏史;患者及家属否认家族遗传史;患者吸烟史10年,11~19支/日。

全身检查:全身发育正常,智力迟钝,四肢活动正常,双手手指远端轻度畸形(图1a),指甲发育正常;面部未见多毛;全身及颌面部未触及肿大淋巴结;患者面部不对称,面部中线偏右,右侧面部偏大,静息闭口位时右侧口角偏下(图1b),微笑像可见上颌肿胀增生牙龈(图1c、图1d)。

口内检查:开口度三指,开口型偏右,咬合关系前牙为深覆殆、后牙中性关系;口腔黏膜无溃疡等,舌体活动正常,双侧腮腺、颌下腺导管口无红肿,挤压后分泌清亮液体。患者口内可见30颗恒牙,18、28正位萌出,38、48缺失,无多生牙;口腔卫生状况较差,牙龈增生覆盖牙冠2/3以上,可累及龈乳头、附着龈、游离龈达膜龈联合处,增生的牙龈颜色正常、质地较韧、表面光亮、点彩明显,探诊有轻微出血,其中11、12、13、14、21、22、23、24牙龈表面呈结节状。上下颌前牙切端、下颌后牙颊侧

牙尖磨耗加重;21龈缘周围溢脓,叩(+),无松动;16、25残冠,增生牙龈覆盖牙体组织;45近中缺损,可探及穿髓孔,探(-),叩(+),无松动(图1e~1j)。

辅助检查:全口曲面断层片示牙槽骨水平吸收达牙根上1/3,21根尖可见低密度影像(图2a),16、25残留牙根,根尖可见低密度影像,45近中低密度影像达髓腔,牙周膜增宽,36近中根根尖低密度影像。Florida电子探针检查:全口可见多处深牙周袋及牙龈增生,牙周探诊出血(bleeding on probing, BOP)阳性,探诊深度4~9 mm,附着丧失0~4 mm(图2b)。

### 1.2 诊断

慢性牙周炎伴IGF;错殆畸形;21牙周-牙髓联合病变;16、25残根;45深龋;36根尖周炎。

### 1.3 治疗计划

与患者及其家属充分沟通后,制定治疗方案。患者需在本科室进行全口牙周基础治疗、牙周手术治疗、牙周维护治疗;于牙体牙髓科行21、45、36牙体牙髓治疗;于口腔颌面外科拔除16、25、18、28;正畸科行正畸治疗。告知患者治疗方案。患者及其家属只要求解决美观问题,仅接受前牙区牙周手术治疗,拒绝后牙区牙周手术治疗,拒绝牙体牙髓治疗。暂缓拔牙及正畸治疗。

### 1.4 治疗过程

1.4.1 牙周基础治疗 口腔卫生宣教,指导患者正确使用牙刷、牙线等;分三次实行全口龈上洁治、龈下刮治、根面平整,间隔时间为1周。

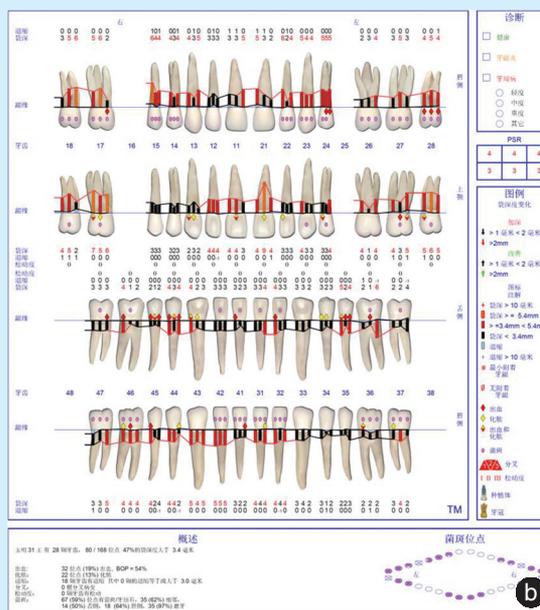
1.4.2 牙周手术治疗 牙周基础治疗后1个月,增生的牙龈组织未见明显消退,13~23,33~43唇侧牙龈行牙龈切除术。具体过程:患者口内及口腔周围常规消毒、铺巾,浓度4%阿替卡因行切牙孔阻滞麻醉、手术区根方的龈颊沟内浸润麻醉后,用牙周探针评估牙龈增生深度后,定位,使用传统手术刀外斜切口切除牙龈;选择合适型号的刮治器刮除切下的边缘龈组织和邻面牙间组织,然后彻底刮净牙面残留的牙石、病理肉芽组织及病变的牙骨质。用激光修整牙龈外形,使牙龈形态与牙



a: slight deformities of both hands and fingers were first diagnosed; b: extraoral frontal view at rest at the first visit; c: smiling image of the lips at the first diagnosis; d: smiling image at the first diagnosis; e: intraoral frontal view at rest; f: maxillary occlusal view; g: right buccal view; h: intraoral frontal view; i: mandibular occlusal view; j: left buccal view

Figure 1 Extraoral images and intraoral images of the patient at initial diagnosis

图1 患者初诊口外像和口内像



a: Florida periodontal checklist; b: digital panoramic tomography  
Figure 2 Imaging examination and Florida electron probe examination at initial diagnosis

图2 患者初诊时影像学及Florida电子探针检查

面呈45°角,并形成逐渐向边缘变薄、扇贝状的正常生理外形(图3a、图3b);激光局部止血;生理盐水冲洗,纱布压迫止血,检查创面,外敷透明质酸

凝胶。术后牙龈组织行病理检查(图3c、图3d)。嘱患者24 h内手术区不刷牙,可进软食。漱口液含漱,每日4次,以达到术后控制菌斑的目的。2

周后复诊检查牙龈创面情况。病理检查大体所见:牙龈组织0.6 cm 1个,粉白质中,全取。镜下所见:鳞状上皮无异性,上皮角连接成网,上皮下角

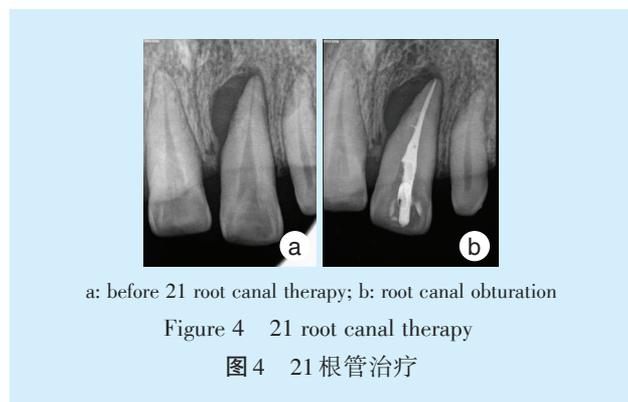
原纤维增生,炎细胞浸润。病理诊断符合牙龈纤维瘤病(图3d)。

1.4.3 牙体治疗 由于患者初诊时拒绝治疗计划



中的牙体治疗,术前未拍摄根尖片。但患者行牙周手术治疗一周后21出现钝痛及根尖瘘孔,为解决患者疼痛及局部炎症状况,于笔者所在科室行21根管治疗术(图4)。牙周手术治疗后3周复诊,21无自发痛,叩(-),无松动。

美观,患者自信程度得到明显改善(图5),前牙舌侧牙龈略有增生。Florida电子探针检查:前牙BOP阳性率和探诊深度明显减少,但后牙探诊深度无明显改善(图6)。21根管治疗后无自发痛及刺激痛,叩诊(-),无松动度,21根尖处可见瘘道,龈缘仍有溢脓情况,建议患者21行根尖区翻瓣刮治并植骨治疗,但患者表示满意目前治疗,无意愿进一步的治疗。目前患者仍在随访中,继续强化口腔卫生宣教,建议后续行后牙牙龈切除术,拔除18、28、16、25;36、45行根管治疗,全口正畸治疗等。



1.4.4 牙周维护治疗 牙周维护治疗贯穿整个治疗过程。基础治疗1个月,全口牙龈增生状况未见明显改善,行牙龈切除术。牙周手术治疗后两周复诊,口腔卫生状况一般,软垢I度,龈上牙石I度,牙龈创面愈合良好,色粉红,质韧,全口行超声龈上洁治。牙周手术治疗后三周复诊,口腔卫生状况良好,21龈缘溢脓,唇侧根尖处牙龈可探及瘘道,近中舌侧探诊深度9 mm,局部刮治,生理盐水双氧水交替冲洗,建议1周后复诊。强化口腔卫生宣教。

### 1.5 治疗结果

牙龈切除术后1个月复诊,口唇闭合恢复正常,查口腔卫生状况良好,前牙行牙龈切除术后,牙龈组织状况得到明显改善,前牙唇侧牙龈形态

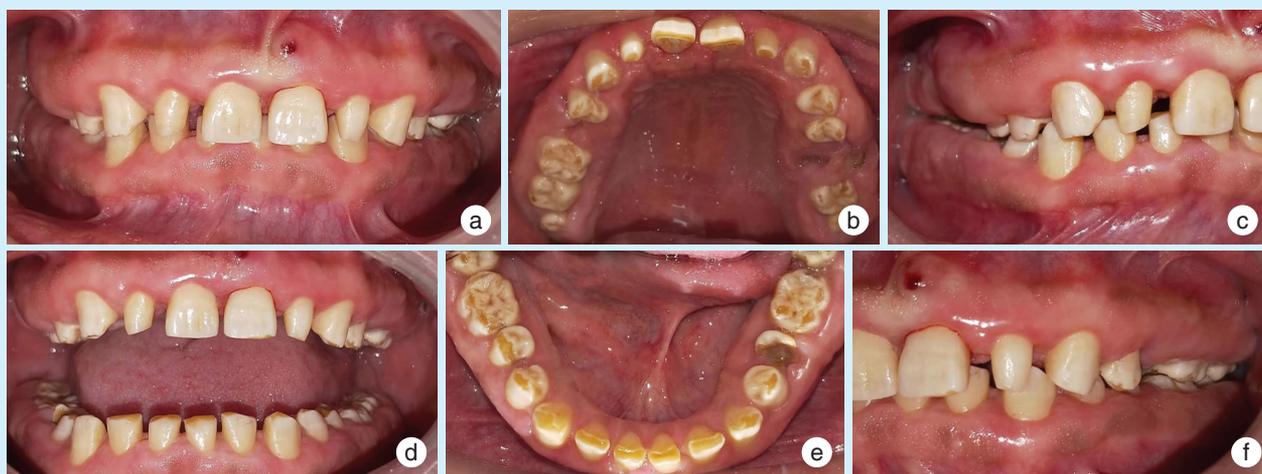
## 2 讨论

### 2.1 病因及发病机制

IGF的病因及发病机制尚不明确。组织学上,牙龈增生主要是由于结缔组织间质胶原束的增加和增厚,结节状外观可归因于增厚的角化过度的上皮,但导致这种情况的细胞和分子机制尚不清楚。IGF角质形成细胞通过诱导成纤维细胞的细胞外基质积累,从而在发病机制中起重要作用<sup>[3]</sup>。此外,细胞外基质分子、纤维连接蛋白和I型胶原的增加可能导致牙龈体积增大<sup>[4]</sup>。也有文献提出:炎症、白血病及I型神经纤维瘤病也会导致牙龈过度增长<sup>[5]</sup>。此病例患者13岁曾患右肩神经纤维瘤,无全身多发病状,无家族遗传史,不符合I型神经纤维瘤病的诊断标准<sup>[6]</sup>,但其神经纤维瘤病史与牙龈纤维瘤病的病因是否有联系还有待进一步去研究。

### 2.2 临床表现及病理表现

2.2.1 临床表现 IGF多表现为单纯牙龈增生,增生的牙龈颜色粉红常有点彩,表面光滑或呈结节



a: intraoral frontal view at rest; b: maxillary occlusal view; c: right buccal view; d: intraoral frontal view; e: mandibular occlusal view; f: left buccal view

Figure 5 Intraoral images one month after gingivectomy

图5 牙龈切除术后1个月口内像

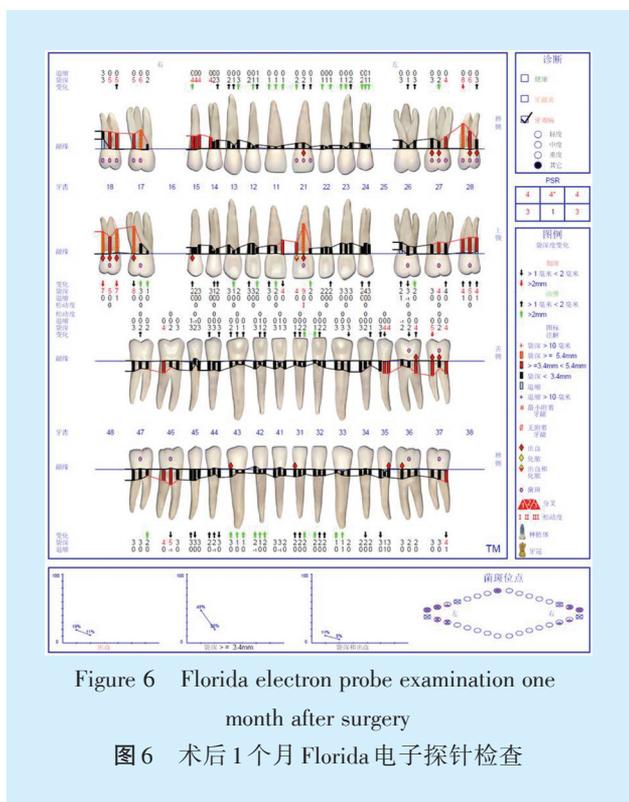


Figure 6 Florida electron probe examination one month after surgery

图6 术后1个月Florida电子探针检查

状,一般无疼痛、无出血。牙龈增生的范围、严重程度不同个体间存在较大差异,严重者上下牙列完全包埋于牙龈,不仅影响咀嚼、发音、口唇闭合,还可影响面容<sup>[7]</sup>。增生的组织可能会导致牙间隙、假性牙周袋、延迟或阻碍牙齿的萌出,并有可能因为口腔卫生状况不良而引起侵袭性牙周炎<sup>[1]</sup>。最

早可发生在乳牙萌出后,一般开始于恒牙萌出之后,重要的是在它出现的年龄,它会成为心理负担,影响患者的自尊<sup>[8]</sup>。它在活动性萌出期间进展迅速,并随着这一阶段的结束而减少。IGF在缺牙患者中未见报道,由此得出结论:牙列的存在是IGF发生发展的必要条件<sup>[9]</sup>。本例患者的临床表现符合IGF的表现。

**2.2.2 病理学表现** IGF的病理学表现为牙龈上皮的棘层增厚,上皮钉突明显伸长,深入结缔组织内,结缔组织体积增大,充满大量致密增生的胶原纤维束和成纤维细胞,血管较少,轻度或无炎症细胞浸润。有复发倾向的牙龈增生由高度纤维化、致密结缔组织、大量血管和丰富的成纤维细胞组成。来自高纤维化和复发性增生的成纤维细胞在体外保持了较高的增殖率<sup>[10]</sup>。

### 2.3 诊断及鉴别诊断

**2.3.1 诊断** IGF的诊断主要通过临床表现、病史的询问、组织病理学表现来判断。当通过临床表现怀疑GF时,应询问是否有家族史、全身疾病、药物服用史等,排除其他疾病,然后进一步行组织病理学检测确诊疾病。本病例有GF的临床表现,询问病史发现没有家族遗传病史、无系统性疾病、无药物服用史,术后病理检查符合GF,则可诊断为IGF。

**2.3.2 鉴别诊断** IGF表现为重度的牙龈增生,需要进行鉴别诊断的疾病有:①药物性牙龈增生,该

病有服药史而无家族史,一般累积龈乳头、游离龈,不波及附着龈;其增生程度较轻,一般覆盖牙冠1/3左右,多伴有慢性炎症;②以增生为主要表现的慢性龈炎,慢性龈炎一般不波及附着龈,主要侵犯龈乳头和龈缘,增生程度较轻,一般覆盖牙冠1/3,多伴有慢性炎症,局部刺激因素明显,无长期服药史及家族史<sup>[11]</sup>。

#### 2.4 治疗与预后

根据疾病严重程度的不同,治疗方法也有所不同。目前临床治疗IGF的主要方法是手术切除增生牙龈、牙龈修整术<sup>[12]</sup>。在牙龈增生较轻的病例中,牙周非手术治疗和良好的口腔健康维护、口腔预防和家庭护理可能已足够。随着组织过度增生,外观和功能损害需要手术治疗<sup>[9]</sup>。由于此病例累及的严重程度,选择的治疗方法为牙龈切除术及牙龈成形术。使用传统手术刀时无论选择内斜或者是外斜切口的牙龈修整术,所采用的术式尚未被证明会影响复发的风险<sup>[8]</sup>。但也有文献指出手术时建议使用外斜切口,因为外斜切口可能会去除牙龈上皮,从而降低复发率<sup>[12]</sup>。在选择手术术式时,应考虑以下几点:①患者年龄,对于儿童或不太配合的患者,外斜角技术更快,不需要缝合;②萌出阶段,若牙齿已完全萌出,最好选择内斜切口,因为内斜切口可使组织在提起后置于顶端,必要时可进行骨成形术。对于混合牙列期,选择外斜切口技术,对发育中的膜龈联合更为保守<sup>[8]</sup>。此病例应用传统手术刀选择外斜切口行牙龈切除术,应用激光修整牙龈外形并行局部止血,术后牙龈状况恢复良好。在治疗时间上,为了减少复发,可在恒牙全部萌出后、颌骨发育完善后行牙周手术<sup>[9]</sup>。也有学者提出对于牙龈增生较重的患者可考虑拔除牙齿,因IGF牙龈增生仅在牙列处发生,拔牙也是其中一种治疗方法<sup>[9,11]</sup>。该病例患者18、28牙周炎症较重,16、25残根,后牙未行牙龈切除术,可拔除患牙观察牙龈情况。此病例中21的牙髓治疗方面可作为一个警示,牙周手术术区的患牙在行牙周手术前应完善21牙体牙髓的治疗,牙周的基础治疗暂时掩盖了21周围的局部炎症,但在牙龈切除术后,原有的根尖炎症发作,经过根管治疗后叩痛、松动等临床症状消失,但瘘管仍然存在,由于患者不配合进一步治疗导致21治疗未完成,可能会对IGF的预后产生一定的影

响。此病较易复发,复发率与患者的年龄、手术术式的选择及手术技术、牙龈增生的位置、遗传背景无关<sup>[10]</sup>,与口腔卫生状况相关,通过多次切除手术来维持正常的牙龈、术后菌斑控制是必要的。

#### 参考文献

- [1] Anand NP, Nayak UA, Khandelwal V, et al. Idiopathic gingival fibromatosis[J]. *Int J Clin Pediatr Dent*, 2011, 4(1): 77-81.
- [2] Ko YC, Farr JB, Yoon A, et al. Idiopathic gingival fibromatosis: case report and review of the literature[J]. *Am J Dermatopathol*, 2016, 38(6): e68-e71.
- [3] Dani NH, Khanna DP, Bhatt VH, et al. Idiopathic gingival fibromatosis[J]. *J Indian Soc Periodontol*, 2015, 19(6): 698-700.
- [4] Tipton DA, Howell KJ, Dabbous MK. Increased proliferation, collagen, and fibronectin production by hereditary gingival fibromatosis fibroblasts[J]. *J Periodontol*, 1997, 68(6): 524-530.
- [5] Pouloupoulos A, Kittas D, Sarigelou A. Current concepts on gingival fibromatosis-related syndromes[J]. *J Investig Clin Dent*, 2011, 2(3): 156-161.
- [6] Plotkin SR, Wick A. Neurofibromatosis and Schwannomatosis[J]. *Semin Neurol*, 2018, 38(1): 73-85.
- [14] Aghili H, Goldani MM. Hereditary gingival fibromatosis: a review and a report of a rare case[J]. *Case Rep Dent*, 2013, 2013: 930972.
- [7] Mohan RP, Verma S, Agarwal N, et al. Non-syndromic hereditary gingival fibromatosis[J]. *BMJ Case Rep*, 2013, doi: 10.1136/bcr-2012-008542.
- [8] Alminana-Pastor PJ, Buitrago-Vera PJ, Alpiste-Illueca FM, et al. Hereditary gingival fibromatosis: characteristics and treatment approach[J]. *J Clin Exp Dent*, 2017, 9(4): e599-e602.
- [9] Gandhi M, Tandon S, Sharma M, et al. Nonsyndromic gingival fibromatosis: a rare case report[J]. *Int J Clin Pediatr Dent*, 2018, 11(3): 250-253.
- [10] Gawron K, Lazarz-Bartyzel K, Kowalska A, et al. Fibroblasts from recurrent fibrotic overgrowths reveal high rate of proliferation *in vitro*--findings from the study of hereditary and idiopathic gingival fibromatosis[J]. *Connect Tissue Res*, 2019, 60(1): 29-39.
- [11] 孟焕新. 牙周病学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 160-161.
- Meng HX. Periodontal disease[M]. 4th Ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2012: 160-161.
- [12] Yussif NM, Abdul AM. Towards the targeted management of hereditary gingival fibromatosis[J]. *Med Hypotheses*, 2018, 121: 188-190.

(编辑 张琳,徐琛蓉)



官网



公众号