

Le repositionnement chirurgical de la lèvre supérieure.

Une technique innovante pour la correction du sourire gingival.



Par : Dr. Hicham
BENBRAHIM
Chirurgien dentiste
En pratique libérale à
Casablanca
h.benbrahim@gmail.com

Introduction

L'exposition excessive des gencives connue sous le nom de « sourire gingival » est une préoccupation affectant un grand pourcentage de la population. selon certaines études avec une prévalence allant de 10,5% (*1) à 29%. (*4)

C'est un état dans lequel une surexposition de la gencive maxillaire (> 3 mm) est présente pendant le sourire. Le bon diagnostic et la détermination de son étiologie sont essentiels pour le choix du bon traitement. (*7) (*14). L'hyperactivité du muscle élévateur de la lèvre est une des causes principales d'un sourire gingival. En effet, plusieurs techniques ont été proposées pour son traitement. (*6)

Le repositionnement de la lèvre supérieure est une procédure chirurgicale simple conçue pour la correction d'un sourire gingival dû à une hypermobilité de la lèvre supérieure. Elle est décrite comme une chirurgie plastique par Rubinstein en 1973. (*2)

Le but de l'intervention est de limiter la rétraction des muscles releveurs de la lèvre supérieure de façon à minimiser l'exposition de gencive et donc réduire ce sourire gingival. (*3, *5)

Etiologie

Diverses étiologies (décrites par différents auteurs) sont à l'origine du sourire gingival :

L'excès vertical du maxillaire (*18), l'éruption dentaire retardée. (*10, *11), l'égression dento alvéolaire antérieure, l'hypertrophie gingivale (*16,*17), l'hypermobilité labiale, ou l'étranglement de la lèvre supérieure (*19) (mesurée à partir du point subnasale au bord inférieur de la lèvre supérieure). Bhol, and coll ont établi une classification de l'exposition gingivale basée sur l'étiologie. Ils ont décrit 5 types: A : éruption passive, B : excès du maxillaire, C : hypertrophie gingivale, D : longueur de la lèvre, E : hypermobilité labiale. Ils en ont déduit une description d'un arbre décisionnel pour aider les praticiens à appliquer cette classification d'une manière systématique dans le choix du traitement du sourire gingival (*13).

Traitement :

Diverses modalités de traitement ont été essayées jusqu'à ce jour pour le traitement du sourire gingival comme la chirurgie orthognathique de la mâchoire pour corriger la déformation osseuse ; la myotomie du muscle élévateur de la lèvre sup, (*9 11) Les injections de toxine botulique. (*12) , l'allongement coronaire dans le cas d'une éruption retardée (10) et le repositionnement de la lèvre sup qui est indiquée surtout dans le cas de l'hypermobilité labiale.

Cas clinique

Une patiente âgée de 32 ans, subissant un traitement orthodontique, se présente à la consultation avec la plainte du sourire gingival (fig 1)



fig 1 sourire préopératoire

Les antécédents médicaux de la patiente ne présentent pas de contre indication à la chirurgie. L'examen clinique a révélé une quantité modérée de l'affichage de la gencive maxillaire lors d'un grand sourire : 5-6 mm d'exposition des gencives. Les dents antérieures maxillaires étaient courtes. A l'examen dynamique de la lèvre supérieure, une hypermobilité labiale a été notée. La chirurgie orthognathique comme une option de traitement a été discutée avec la patiente suite à l'excès maxillaire qu'elle présentait, mais cette dernière a refusé cette chirurgie et a préféré une autre procédure moins invasive. Il a été décidé de pratiquer l'élongation coronaire et la chirurgie de repositionnement de la lèvre supérieure

Consentement éclairé :

Un consentement éclairé a été signé par la patiente l'informant de la procédure chirurgicale du repositionnement de la lèvre supérieure, des résultats esthétiques, des suites opératoires: (oedème post op, tension labiale) et des risques minimes et rares : (paresthésie, brides cicatricielles au fond du vestibule, et le risque de formation de muccocèle etc..

Interventions chirurgicales

L'élongation coronaire au niveau du secteur antérieur a été réalisée. (fig 2)



Fig 2 élongation coronaire

- La chirurgie de repositionnement de la lèvre : Après avoir repéré la ligne mucco gingivale, (fig 3) les tracés d'incision ont été faites à l'aide d'un crayon indélébile stérile. L'anesthésie est administrée dans la muqueuse vestibulaire et la lèvre.



Fig 3 : repérage de la ligne muccogingivale



Fig 4 Tracé d'incision

La première incision est horizontale en demi épaisseur est pratiquée le long de la ligne mucco gingivale de la face mesiale de la 16 à la FM de la 26 (fig 5). Une seconde incision de 10 à 12 mm

parallèle a la première a été faite dans la muqueuse labiale (fig 6). On a pris soin d'éviter d'endommager des glandes salivaires mineures dans la sous-muqueuse ainsi que les muscles sous jacents en évitant de ne pas trop écarter la lèvre lors de l'incision. Les deux incisions ont été rejointes de chaque côté par des incisions elliptiques permettant le décollement de la bande épithéliale (fig 7) . La bande de muqueuse épithélio conjonctive a été retirée en épaisseur partielle de la première molaire gauche à la première molaire droite, exposant ainsi le tissu conjonctif sous-jacent (fig 8)



Fig 8. Tissu conjonctif exposé



Fig 5. Première Incision basse, puis une deuxième incision haute. De la 16 à la 26



Fig 9. La bande épithéliale retirée



Fig 6. Les deux incisions parallèles



Fig 7. Décollement de la bande épithéliale en épaisseur partielle

Les sutures

Le premier point de suture est médian (fig10) permettant le repositionnement correct de la lèvre. Des points séparés ont été réalisés sur toute la longueur de l'incision afin de sécuriser au maximum



le maintien du lambeau.

Fig 10 point de suture médian



Fig 11. Les points de sutures séparés

Conseils post op :

- * application d'un sac de glace sur la lèvre supérieure
- * Réduire les mouvements de la lèvre pdt 07j
- * pas brossage autour du site chirurgical pendant 14 jours.
- * utilisation de La Chlorhexidine en bain de bouche deux fois par jour pendant 2 semaines.
- * Prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antibiotiques oraux (amoxicilline 1 g, 2 fois par j pendant 06 jours).
- * Ablation des points de sutures après 14j

Résultat

Diminution de l'exposition gingivale et donc le sourire gingival de 5mm

Augmentation de la largeur de la lèvre sup qui est devenue plus pulpeuse

Les résultats esthétiques sont maintenus sur plusieurs mois.



Cas initial

Discussion

Ce rapport de cas documente la technique originale de la procédure qui a été décrite par Rubinstein et Kostianovsky (*20) pour la correction d'un sourire gingival causée par la lèvre hypermobile. Cette intervention chirurgicale a été conçue pour avoir moins de complications post-opératoires par rapport à la chirurgie orthognathique en plus d'être plus courtes et moins agressives. Cette procédure est décrite et reprise par Bholá and coll. (*13) c'est une intervention chirurgicale qui ne rapporte aucune complication mais il y avait des rapports de rechute.

Une autre étude a été menée par Silva et al (*22) Ils ont proposé le maintien de la fixation du frein labial maxillaire comme une modification à la technique chirurgicale originale proposée par Rubenstein et Kostianovsky (*2) pour éviter le risque d'un mauvais positionnement de la lèvre lors ses sutures. Une autre modification proposée par Jacobs et Jacobs (*23) décrit la procédure de simulation des résultats par suturer la muqueuse labiale à la ligne mucogingivale avant de faire les incisions.



Après élongation coronaire



Résultat grand sourire après repositionnement de la lèvre supérieure



Résultat sourire modéré après repositionnement de la lèvre supérieure

Conclusion

Le repositionnement de la lèvre est une technique novatrice et prévisible pour la correction du sourire gingival surtout dans le cas d'hypermobilité labiale ou d'éruption passive dentaire. Cette technique doit être utilisée après une évaluation clinique préopératoire approfondie et la sélection de cas approprié. En effet, l'évaluation de diagnostic correct est essentielle pour le succès de cette intervention chirurgicale. C'est une technique viable moins invasive pour les patients, elle a moins de complications post-opératoires et fournit une récupération plus rapide par rapport à la chirurgie orthognathique. Des études de suivi des résultats sont nécessaires pour évaluer la stabilité et l'efficacité de cette modalité de traitement à long terme.

Références

1. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984;51 :24–28.
2. Rubenstein AM, Kostianovsky AS. Cirugia estetica de la malformacion de la sonrisa. *Pren Med Argent* 1973 ; 60 :952
3. RosenblatA. Simon Z. Lip repositioning for excessive gingival display : A clinical report. *Int J Periodontics restorative dent.* 2006 ; 26 :433-437
4. Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *Int J Prosthodont* 1999; 12:9–1 9.
5. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas j, Bholam. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess/ a case report. *J Periodontol* 2010 ;81 :1858- 1863
6. Ribeiro-Júnior NV1, Campos TV, Rodrigues JG, Martins TM, Silva CO. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2013 May-Jun;33(3):309-14. doi: 10.11607/prd.1325.
7. Gabrić Pandurić D1, Blašković M2, Brozović J3, Sušić M4. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Feb;72(2):404.e1-11. doi: 10.1016/j.joms.2013.10.016. Epub 2013 Oct 31. Surgical treatment of excessive gingival display using lip repositioning technique and laser gingivectomy as an alternative to orthognathic surgery.

8. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bholá M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess: A case report. *J Periodontol* 2010;81:1858-63. Back to cited text no. 1
9. Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthod* 1992;62:91-100. Back to cited text no. 2
10. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: A clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26:433-7. Back to cited text no. 3
11. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display - Etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int* 2009;40:809-18. Back to cited text no. 4
12. Polo M. Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile). *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;133:195-203.
13. Bholá M, Fairbairn PJ, Kolhatkar S, Chu SJ, Morris T, de Campos M. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2015 Jul-Aug;35(4):549-59. doi: 10.11607/prd.2059. LipStaT: The Lip Stabilization Technique- Indications and Guidelines for Case Selection and Classification of Excessive Gingival Display.
14. M.F Liebart ; and coll. Smile line and periodontium visibility . *perio* 2004 vol1. Issue 1:17-25
16. Trossello VK, Gianelly AA. Orthodontic treatment and periodontal status. *J Periodontol* 1979 ;50 :665-671
17. DEAngelo S, Murphy j, Claman L gingivla fibromatosis : A review. *Compend Contin Educ Dent* 2007 ;28 :138-143 ; quiz 144,152
18. Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999 ;11 :265-272 ; quiz273
19. Peck S, Peck L, Kataja M. Some vertical lineaments of lip position. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992 ;101 :519-524.
20. Litton C, P. Fournier correction chirurgicale simple du sourire gingival *Plast Surg Reconstr* 1979; 63:...372-3
21. Simon Z, Rosenblatt A, Dorfman W. élimination d'un sourire gingival avec chirurgicale lèvre repositionnement *Cosmet Dent* 2007; 23:.. 100-8.
Silva CO, Ribeiro-Junior NV, Campos TV, Rodrigues JG, Tatakis DN. Excessive gingival display: Treatment by a modified lip repositioning technique. *J Clin Periodontol* 2013;40:260–265
23. Jacobs PJ, Jacobs BP. Lip repositioning with reversible trial for the management of excessive gingival display: A case se- ries. *Int J Periodontics Restorative Dent* 201 3;33:1 69–1 75.