



CLINIQUE

PAR LE DR RÉMI LOCKHART
Chirurgien maxillo-facial

Traitement du sourire gingival par ostéotomie maxillaire d'impaction

Introduction

Acquérir ou retrouver un joli sourire est une demande fréquente des patients. Le sourire gingival est caractérisé par une exposition gingivale excessive lors du sourire. S'il est important, il est souvent jugé comme disgracieux et source de complexes pour les patients. La correction de ce sourire gingival devient alors un objectif de traitement majeur.

Il est primordial lors de l'étude du patient de déterminer l'étiologie du sourire gingival car de celle-ci découlera le traitement le mieux adapté. Différents traitements faisant intervenir plusieurs spécialités peuvent être associés.

- Les anomalies alvéolo-dentaires sont fréquentes et seront traitées par orthodontie.
- Les causes gingivales font appel à des traitements parodontaux : assainissement des gencives, gingivectomies, lambeau repositionné apicalement.
- Concernant les causes labiales on pourra limiter l'ascension de la lèvre supérieure soit chirurgicalement soit en affaiblissant les muscles releveurs par des injections de toxine botulique. La chirurgie de repositionnement de la lèvre supérieure consiste à réséquer de la muqueuse dans le vestibule supérieur pour "brider" la lèvre. Elle est simple, rapide et réalisée sous anesthésie locale. L'efficacité de la toxine botulique est limitée dans le temps (4-6 mois)

et nécessite la répétition des injections. Ces techniques s'adressent à des cas d'exposition gingivale peu sévère.

- Les causes osseuses sont dues à un excès de croissance verticale et/ou une protrusion maxillaire. L'anomalie basale peut s'associer à des anomalies alvéolo-dentaires (proalvéolie, égression, vestibuloversion dû secteur antérieur). Outre le problème esthétique du au sourire gingival ces patients présentent souvent un problème fonctionnel lié à une incompétence labiale au repos responsable d'une respiration buccale.

Si l'anomalie basale est importante, elle ne pourra être traitée que par une ostéotomie de repositionnement du plateau maxillo-palatin (ostéotomie de Le Fort I). Son déplacement vertical (impaction) et/ou sagittal permettra la correction des rapports entre la lèvre supérieure et l'arcade maxillaire. La demande de correction du sourire gingival peut être isolée ou faire partie du traitement global orthodontico-chirurgical d'une dysmorphose. L'association excès vertical maxillaire avec une anomalie mandibulaire (rétro-mandibulie, hyperdivergence mandibulaire, rétrogénie) est fréquente.

Anatomie du sourire

En position de repos, les arcades dentaires sont séparées et les lèvres sont fermées sans aucune contraction musculaire

ce qui permet une respiration nasale. La ligne bicommissurale est parallèle à la ligne bipupillaire. L'écartement des lèvres laisse normalement apparaître le bord libre des incisives sur une hauteur de 2 à 3 mm. Lors du sourire, la lèvre supérieure remonte plus ou moins et les commissures s'élargissent découvrant les dents de l'arcade maxillaire sur toute leur hauteur d'une région prémolaire à l'autre sans exposition de la gencive, seule la ligne festonnée des papilles peut être visible. La forme de la lèvre supérieure varie en fonction de l'importance et de la direction des tractions musculaires. Le bord libre de la lèvre inférieure affleure le bord occlusal des incisives supérieures. Un sourire très légèrement gingival peut rester très joli (*photo 1*), à l'inverse il devient inesthétique s'il est important allant jusqu'à exposer la totalité des procès alvéolaires. (*photo 2*)



Photo 1 : sourire esthétique



Photo 2 : sourire gingival exposant les procès alvéolaires

L'ostéotomie maxillaire de Lefort I

L'ostéotomie de Lefort I permet de mobiliser en bloc le plateau maxillo-palatin. Il faut pour cela sectionner horizontalement les os maxillaires depuis la partie inféro-externe de l'orifice piriforme jusqu'à la tubérosité, les cloisons intersinuso-nasales et le septum et disjoindre en arrière les sutures ptérygo-palato-maxillaires (*photo 3*).

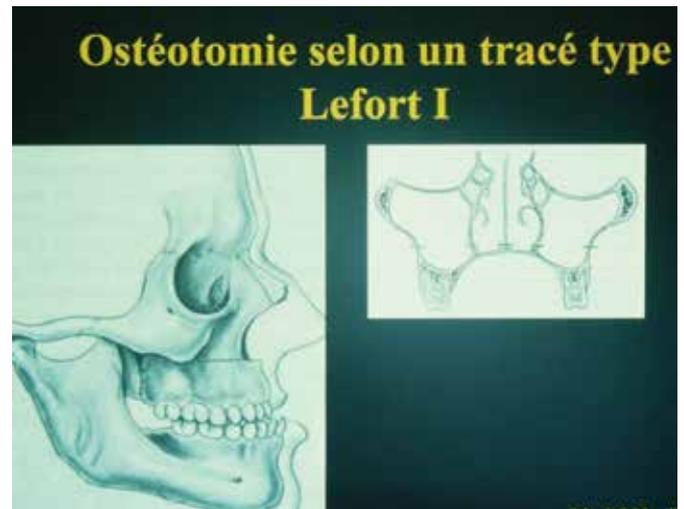


Photo 3 : schéma de l'ostéotomie de Lefort I

Le déplacement vertical du plateau maxillo-palatin permet de corriger des rapports anormaux entre la lèvre supérieure et l'arcade maxillaire. L'impaction maxillaire peut être globale ou plus importante dans le secteur antérieur. Un déplacement dans le plan sagittal (avancée ou plus rarement recul) et horizontal (dérotation) peut être associé si besoin. L'immobilisation du maxillaire est toujours réalisée grâce à des plaques d'ostéosynthèse en titane vissées dans les piliers osseux (piliers canins et cintres maxillo-malaires).

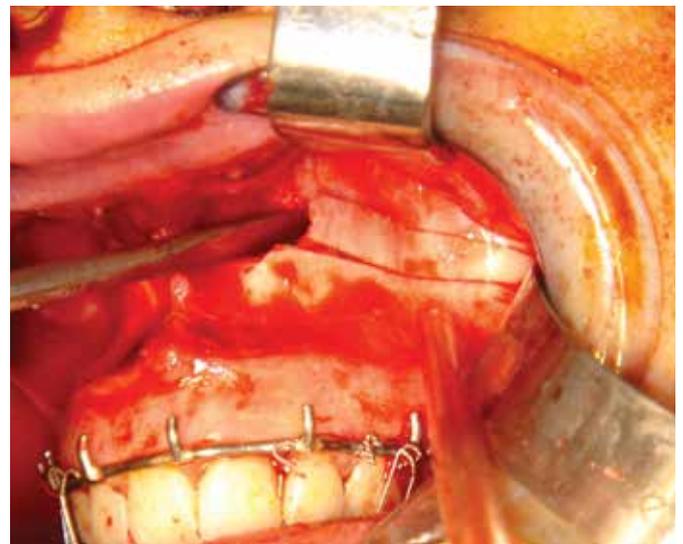


Photo 4 : résection osseuse maxillaire

L'impaction maxillaire qu'elle soit globale ou plus importante en antérieur impose une résection osseuse verticale sur la tranche de section (*photo 4*). Pour obtenir la correction du sourire souhaitée il faut réséquer une hauteur d'os correspondant à l'excès de hauteur gingivale mesurée en préopératoire et que l'on souhaite supprimer. L'impaction est facilitée si une avancée maxillaire y est associée pour la correction d'un trouble de l'articulé

car les zones de contacts osseux se trouvent décalées. L'impaction du maxillaire entraîne une rotation dans le sens anti-horaire de la mandibule qui suit le mouvement maxillaire. La diminution de la hauteur faciale s'accompagne inévitablement d'une avancée du complexe maxillo-mandibulaire liée à la rotation mandibulaire. Une impaction maxillaire va modifier l'anatomie des fosses nasales en diminuant le volume (photo 5). Pour ne pas obstruer les fosses nasales et compromettre la ventilation nasale, l'impaction maxillaire doit être complétée d'une plastie des fosses nasales. Celle-ci inclue systématiquement une résection ostéo-cartilagineuse de la partie inférieure du septum et un meulage du plancher des fosses nasales et des orifices piriformes. Dans certains cas il est nécessaire d'y ajouter une résection partielle de volumineux cornets inférieurs. Les répercussions esthétiques d'une impaction maxillaire concernent le nez et les joues. Elles varient en fonction de l'importance du déplacement osseux et ne sont pas corrélées à celui-ci de façon fiable. Au niveau nasal il existe toujours un élargissement des ailes qui peut être associé à une discrète ascension et une

augmentation de la projection de la pointe. Au niveau de l'étage moyen du visage les joues apparaissent plus volumineuses et les sillons naso-geniens plus pleins. ■

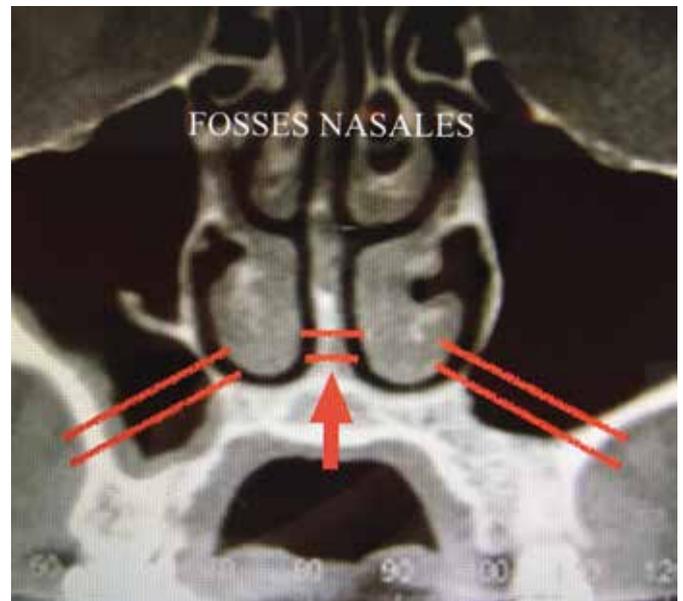


Photo 5 : Coupe scannographique des fosses nasales

Pul
concept

HARMONISEUR 4D MULTI FONCTION

Plusieurs actions simultanées !

Sagittal, transversal, vertical, fonctionnel



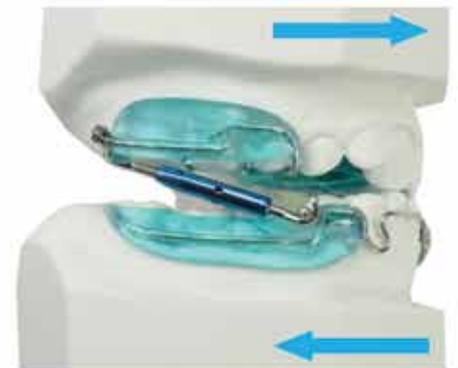
PUL Helix

Traitement de la Classe II

Sans coopération ou en cas de non port du PUL amovible (8%)

Venez passer une ½ journée de formation et profitez de nombreux conseils !

Cas cliniques & travaux pratiques au programme
(Plus d'informations sur notre site internet)



PUL 3

Interception de la Classe III fonctionnelle

Effet d'un masque orthopédique combiné à une enveloppe linguale, portés jour et nuit



Inscrivez-vous sur le Study Group du Club PUL pour obtenir des conseils et aide à la prescription du Dr Callabe ! Envoyer une demande à : clubpul+subscribe@googlegroups.com

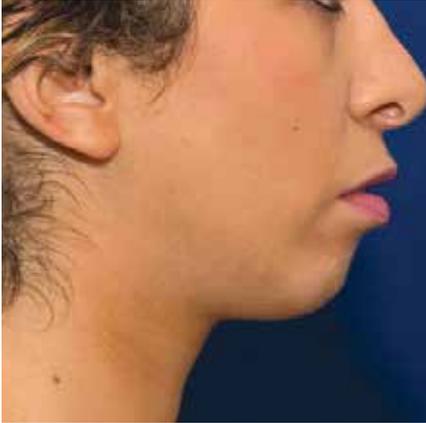
www.pulconcept.com
PUL Concept – ZA Les Plantes - 7 rue Pierre et Marie Curie
BP 11 – 41140 NOYERS SUR CHER - FRANCE
Tel : 02.54.75.54.80 / Fax: 02.54.75.07.35

CAS CLINIQUE

NUMÉRO 1

Patiente de 29 ans.

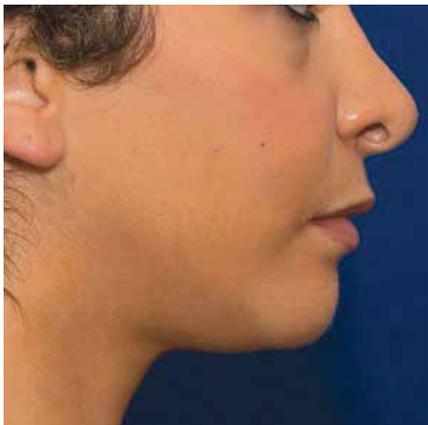
Motif de consultation : demande de correction de son sourire gingival et de sa rétrognathie. Antécédent de rhinoplastie esthétique.



Examen : incompetence labiale au repos, menton rétrus avec crispation des muscles du menton. Classe I dentaire. Excès vertical antérieur. Symphyse mandibulaire longue et rétruse. Hauteur de gencive exposée lors du sourire = 6 mm.



Photos de face, profil, ¾ et des radiographies panoramiques et téléradiographies de profil avant la correction chirurgicale



Le traitement a consisté en une impaction maxillaire de 5 mm associée à une gènioplastie d'avancée de 6 mm et de diminution verticale. Résultats 6 mois après l'intervention : le sourire gingival a été corrigé, bonne compétence labiale au repos.



Photos de face, profil, ¾ et des radiographies panoramiques et téléradiographies de profil 6 mois après la correction chirurgicale

CAS CLINIQUES

NUMÉRO 2 & 3

Patiente de 33 ans

Motif de consultation : demande de correction de son sourire gingival. L'intervention a consisté en une impaction maxillaire de 4 mm avec une petite gènioplastie d'avancée pour améliorer la compétence labiale au repos.



Photos du sourire avant et 6 mois après la correction chirurgicale.

Patient de 30 ans

Motif de consultation : demande de correction de son sourire gingival et d'un menton long. L'intervention a consisté en une impaction maxillaire de 6 mm avec résection partielle des cornets inférieurs et gènioplastie de réduction verticale de 5 mm.



Photos du sourire avant et 6 mois après la correction chirurgicale.