

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par :

Nafissa TEHAMI

Le 9 janvier 2020

**AMELIORATION DU SOURIRE GINGIVAL PAR TECHNIQUE DE
REPOSITIONNEMENT LABIAL**

Directeur de thèse : Dr Matthieu RIMBERT

JURY :

Président :	Pr COUSTY Sarah
1 ^{er} assesseur :	Dr BARTHET Pierre
2 ^{ème} assesseur :	Dr LAURENCIN-DALICIEUX Sara
3 ^{ème} assesseur :	Dr RIMBERT Matthieu



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEURS DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)
Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +
Mr Jean-Philippe LODTER +
Mr Gérard PALOUDIER
Mr Michel SIXOU
Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE et ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY
Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER
Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,
Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL
Maître de Conférences : Mr. VERGNES,
Assistant : Mr. ROSENZWEIG,
Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr. LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL
Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS
Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeurs d'Université : Mme COUSTY,
Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY, Mme. BLANC
Adjoints d'Enseignement : Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr. FISSE, Mr. GAILLAC, Mme. BARRERE
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRAR, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 13 Novembre 2019

A notre présidente du Jury,

Madame le professeur **COUSTY Sarah**,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B.),
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Ancienne Interne des Hôpitaux de Toulouse,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre Jury de thèse. Nous avons pu apprécier tout au long de notre cursus la qualité de votre enseignement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde reconnaissance.

A notre Jury de thèse :

Monsieur le docteur **BARTHET Pierre**,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable DU de Parodontologie.

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de participer à notre jury de thèse. Votre présence à nos côtés durant ces années cliniques et théoriques nous a beaucoup appris. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A notre Jury de thèse :

Madame le docteur **LAURENCIN-DALICIEUX Sara**,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme Universitaire de Parodontologie,
- Lauréate de l'université Paul Sabatier.

Vous avez spontanément accepté de juger ce travail et nous vous en remercions chaleureusement. Vos conseils et votre présence en clinique nous aurons été précieux et nous aurons apporté beaucoup. Nous vous sommes reconnaissant d'avoir partagé avec nous toute votre expérience. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

A notre Directeur de thèse :

Monsieur le docteur **RIMBERT Matthieu**,

- Assistant Hospitalo-Universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- C.E.S Biologie de la bouche : mention Histo-embryologie,
- C.E.S -Parodontologie,
- D U Parodontologie,
- DU Imagerie 3 D Maxillo-Faciale.

Nous sommes particulièrement touchés que vous ayez accepté la charge de Directeur de thèse. Nous vous remercions pour toutes ces années à bénéficier de vos connaissances, de votre expérience et de vos conseils.

Nous vous remercions pour votre écoute et votre disponibilité tout au long de ces études. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

REMERCIEMENTS

A ma mère, qui a toujours tout fait pour nous et sans qui je ne serais pas arrivée là aujourd'hui.

A ma sœur, qui m'a toujours soutenue, merci pour tout.

A ma famille, les grands parents, qui je l'espère sont fiers de moi.

A mes amies d'enfance, Laurine et Audrey avec qui j'ai grandi et partagé tant de bons moments. Merci pour toutes ces belles années.

A Fanny, une de mes plus belles rencontres de ces dernières années.

A Jeany, Flotie, Camille, Lisa, Aude, Clarisse, Adrien avec qui j'ai passé de formidables moments durant toutes ces années.

A Tayfun, mon binôme, ces années de cliniques n'auraient pu mieux se passer.

A mes amis de promotion : Jeannou Combis, Manue, Hinde, Coline, Geoffrey, Lucas, Julien, Leila, Aurore, Julie et tous les autres avec qui j'ai passé de bon moments durant ces années dentaires.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
I. LE SOURIRE GINGIVAL	12
I.1 DEFINITION : (1)	12
I.2 PREVALENCE :(3)(4)	12
I.3 CLASSIFICATIONS :	13
I.4 ETIOLOGIES	14
I.4.1 ETIOLOGIES SQUELETTIQUES	14
I.4.2 LES ETIOLOGIES LABIALES	16
I.4.3 ETIOLOGIES GINGIVO-DENTAIRES	18
I.4.4 ETIOLOGIES COMBINEES :	21
I.5 DIAGNOSTIC DU SOURIRE GINGIVAL	21
I.5.1 ANAMNESE (21)	21
I.5.2 DIAGNOSTIC POSITIF	22
I.6 LES THERAPEUTIQUES DU SOURIRE GINGIVAL :	29
I.6.1 LA CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE :(7)	29
I.6.2 LES THERAPEUTIQUES LABIALES	29
I.6.3 LA CHIRURGIE PARODONTALE : ELONGATION CORONAIRE(2)(34)	29
II. L'AMELIORATION DU SOURIRE GINGIVAL PAR TECHNIQUE DE REPOSITIONNEMENT DE LA LEVRE SUPERIEURE	31
II.1 INDICATIONS : (48)	31
II.2 CONTRE-INDICATIONS	31
II.3 LES RISQUES ANATOMIQUES : (2)(39)	32
II.4 PRESENTATION DE LA TECHNIQUE DE REPOSITIONNEMENT LABIAL	33
II.4.1 PRINCIPE : (40)	33
II.4.2 MATERIEL ET METHODE	33
II.4.3 RESULTAT ET SURVEILLANCE :(44)(1)	35
III. CAS CLINIQUES	36
III.1 CAS DE REPOSITIONNEMENT DE LA LEVRE SUPERIEURE POUR UNE HYPERMOBILITE DE LA LEVRE SUPERIEURE ASSOCIEE A UN EXCES VERTICAL MAXILLAIRE MODERE :(34)	36
III.1.1 PRESENTATION DU CAS	36
III.1.2 TECHNIQUE OPERATOIRE	36
III.1.3 RESULTATS ET DISCUSSION	37
III.2 CAS D'UN REPOSITIONNEMENT DE LA LEVRE SUPERIEURE AVEC CONSERVATION DU FREIN LABIAL SUPERIEUR :(38)	39
III.2.1 PRESENTATION DU CAS	39
III.2.2 TECHNIQUE OPERATOIRE	39
III.2.3 RESULTATS ET DISCUSSION	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES ILLUSTRATIONS	47

Introduction

Le sourire est une expression universelle qui permet de transmettre une émotion tout au long de la vie. Avec le regard, il permet de refléter la personnalité d'un individu. Il joue alors un rôle psychologique, relationnel et professionnel. Autant statique que dynamique, il peut être considéré comme un atout chez certains ou *a contrario* être un frein, voire un réel complexe pour d'autres. Le sourire se compose des lèvres, des dents et de la gencive : une harmonie entre ces trois éléments, un équilibre entre le « rose » et le « blanc », déterminent un sourire considéré comme esthétique.

Dans nos sociétés actuelles, la notion d'esthétique prend une part importante dans le quotidien des individus. Avec l'essor des réseaux sociaux, on assiste à la naissance de modèles de beauté qui tendent à influencer de plus en plus de personnes et en particulier les jeunes en quête de perfection. De nos jours, cela est devenu un motif de consultation à part entière au cabinet. La dentisterie est une discipline qui évolue parallèlement à cette forte demande esthétique et permet aujourd'hui, au travers de plusieurs techniques, de reproduire la denture naturelle le plus fidèlement possible. Mais il arrive parfois que le défaut concerne la partie gingivale du sourire et le dentiste se doit de répondre à cette doléance avec une approche souvent pluridisciplinaire. Actuellement, plusieurs thérapeutiques existent pour corriger le sourire gingival en fonction de l'étiologie et de la demande du patient.

Notre travail a pour but de présenter une technique d'amélioration du sourire gingival par un repositionnement labial comme alternative à certains traitements qui pourraient être trop longs ou invasifs.

Dans cette optique-là, Armando S. Kostianovsky et Arturo M. Rubinstein (1) ont introduit cette méthode en 1973. Par le biais de cas cliniques, ils ont démontré que cette technique apporte une réelle alternative à la chirurgie orthognatique dans les cas où la lèvre supérieure est courte et/ou hypermobile. Depuis, cette méthode a connu des modifications et est pratiquée de plus en plus par des chirurgiens-dentistes notamment aux Etats-Unis.

En outre, le diagnostic de l'étiologie du sourire gingival est un élément primordial à une bonne prise en charge et à la réussite du traitement.

La thérapeutique choisie devra être en accord avec les principes fonctionnels et biologiques mais doit aussi correspondre aux caractéristiques du patient et répondre en premier lieu à son motif de consultation.

I. Le sourire gingival

I.1 Définition : (1)

Un sourire « idéal » est le résultat d'un équilibre entre la partie gingivale et dentaire. L'affichage gingival est considéré comme « normal » lorsqu'il existe 1 ou 2mm de gencive apparente. Si l'exposition de gencive devient prépondérante au moment du sourire, on parle de sourire gingival ou « gummy smile ».

Plusieurs auteurs le définissent à partir de la ligne du sourire, ligne imaginaire passant par le bord inférieur de la lèvre supérieure. Il est communément défini dans la littérature qu'une exposition de gencive supérieure ou égale à 3mm entre la limite cervicale de la dent et la ligne du sourire correspond à un sourire gingival.



Figure 1: Un sourire gingival

Néanmoins, si une harmonie entre les dents, les lèvres et la gencive existe, le sourire n'est pas nécessairement inesthétique.(2)

I.2 Prévalence :(3)(4)

Le sourire gingival concerne 10% de la population notamment les personnes âgées de 20 à 30 ans. Il a tendance à se réduire avec l'âge du fait de la baisse de tonicité de la lèvre supérieure qui va alors s'affaïsser et réduire l'exposition de gencive.

Les femmes sont deux fois plus représentées que les hommes et si l'on considère l'origine ethnique, il semble majoritaire chez les femmes asiatiques.

D'un point de vue dento-alvéolaire, il est souvent associé aux classes II.2 mais peut se retrouver sous toutes les formes cliniques.

Nota Bene : Le sourire gingival existe en denture temporaire et aura donc de fortes chances d'être retrouvé à l'âge adulte.

I.3 Classifications :

Pour définir un sourire, plusieurs auteurs ont établi des classifications afin d'apporter une aide au diagnostic.

La classification de Tjan et al (1984) se base sur la ligne de sourire. Pour eux, elle peut être de trois types selon la mobilité de la lèvre supérieure lors du sourire (2) :

Ligne de sourire	Haute	Moyenne	Basse
Définition	Elle découvre toute la couronne du bloc incisivo-canin maxillaire	Elle découvre 75 à 100% des couronnes du bloc incisivo-canin maxillaire	Elle découvre moins de 75% des couronnes du bloc incisivo-canin
Prévalence	Elle est retrouvée chez 10,6% des jeunes adultes.	Se retrouve chez 68,9% des jeunes adultes.	Se retrouve chez 20,5% des jeunes adultes.
			

La classification de Liebart et al. (2004) décrit la ligne de sourire en fonction de la visibilité de la gencive au moment du sourire (5) :

Classe 1 : ligne de sourire très haute	Classe 2 : ligne de sourire haute	Classe 3 : ligne de sourire moyenne	Classe 4 : ligne de sourire basse
Plus de 2mm de gencive marginale sont visibles lors du sourire, cette classe définit un sourire gingival.	0 à 2mm de gencive marginale sont visibles au moment du sourire.	On ne voit que les espaces interdentaires remplis ou pas par les papilles.	Le parodonte n'est pas visible.
			

Pour définir les différents types de sourire, une classification a été faite selon l'apparition des zones dento-parodontales lors du sourire (6):

Sourire de type 1	Sourire de type 2	Sourire de type 3	Sourire de type 4	Sourire de type 5
Découvre que le maxillaire lors du sourire.	Découvre le maxillaire et plus de 3mm de gencive.	Découvre la mandibule.	Découvre le maxillaire et la mandibule.	Ne découvre ni le maxillaire ni la mandibule.

I.4 Etiologies

Le sourire gingival peut avoir plusieurs causes isolées ou combinées. Elles peuvent être d'ordre squelettique, labiales ou gingivo-dentaires. Savoir les identifier permettra un traitement efficace et adapté.

I.4.1 Etiologies squelettiques

Ce sont les causes qui concernent la structure faciale. Elles seront confirmées lors du diagnostic par la réalisation d'une téléradiographie de profil.

I.4.1.1 L'excès vertical maxillaire global

Il correspond à une croissance excessive de l'os maxillaire dans le sens vertical. La dimension verticale (hauteur de l'étage inférieur de la face mesurée entre le point sous nasal et le point menton) est alors augmentée et donne l'impression d'une « face longue ». Lors du sourire, la gencive se trouve très exposée et on a un sourire dit « chevalin ».(7)



Figure 2: Un sourire "chevalin" avec un excès vertical maxillaire

Les trois étages faciaux ne sont plus équilibrés et ceci peut avoir des conséquences à la fois esthétiques et fonctionnelles. C'est la cause la plus fréquente des sourires gingivaux.

D'autres anomalies y sont souvent associées telles qu'une lèvre courte, une proalvéolie, une éruption passive altérée etc.

Des auteurs comme Garber et Salama (8) ont créé une classification de l'excès vertical maxillaire pour en déduire un traitement en fonction du degré d'exposition gingival :

Table 2. Vertical maxillary excess classification		
Degree	Gingival and mucosal display	Treatment modalities
I	2-4 mm	Orthodontic intrusion only Orthodontics and periodontics Periodontics and restorative therapy
II	4-8 mm	Periodontics and restorative therapy Orthognathic surgery The choice depends on the remaining amount of root encased in bone and crown-to-root ratio
III	≥8 mm	Orthognathic surgery with or without adjunctive periodontal and restorative therapy complete dentofacial harmony

Figure 3: Classification de l'excès vertical maxillaire en fonction du degré d'exposition gingival

Cette classification peut être un outil précieux pour définir un traitement adapté une fois le bon diagnostic posé. On voit alors que dans le cas d'un excès vertical maxillaire, le traitement de choix est l'orthodontie et notamment la chirurgie orthognathique.

1.4.1.2 Proalvéolie antérieure

Il s'agit d'une anomalie alvéolaire dans laquelle les incisives sont excessivement vestibulées. Elle se retrouve dans les classes II.1 le plus souvent.(9)

Il en découle que les muscles péris buccaux doivent être contractés pour permettre la fermeture buccale. Ainsi, lors du sourire, la lèvre supérieure glisse et découvre une gencive importante et créant un sourire gingival.(10)



Figure 4: Proalvéolie maxillaire

I.4.2 Les étiologies labiales (11)

Le sourire est une mimique qui résulte de l'action conjointe de muscles péri buccaux. Ils sont au nombre de douze répartis selon leur action (dilatateur ou constricteur). L'innervation motrice est régie par le nerf facial (VII) et la sensitive par le nerf trijumeau (V). Les muscles impliqués dans le sourire sont organisés en une sangle buccale (impaire et médiane) et deux sangles orbito-palpébrales (paires et symétriques). On retrouve le muscle buccinateur, risorius, grand et petit zygomatique, releveur de l'angle de la bouche et enfin les releveurs de la lèvre supérieure qui vont nous intéresser ici.



Figure 5: Les muscles péri-buccaux

1.4.2.1 Hypermobilité des muscles élévateurs de la lèvre supérieure

Il existe deux muscles élévateurs de la lèvre supérieure : le muscle releveur de la lèvre supérieure et le releveur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez. Le premier s'insère sur le bord inférieur de l'orbite, il est oblique en bas et en dedans et termine sur la face profonde de lèvre supérieure. Le second lui s'insère sur le rebord médial de l'orbite, est oblique en bas et en dehors, se termine au niveau de la peau du bord postérieur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure (11).

Lors de la contraction de ces muscles au moment du sourire, la lèvre supérieure est donc levée. Si on a une hyperactivité de ces muscles, c'est à dire une contraction trop forte, alors on peut avoir un sourire gingival. En effet, si le patient n'a pas d'anomalies au niveau squelettique et que celui-ci n'expose que 2mm de hauteur des incisives laissant apparaître une bonne partie de gencive lors du sourire, on a alors très probablement une hyperactivité de ces muscles releveurs. (12)

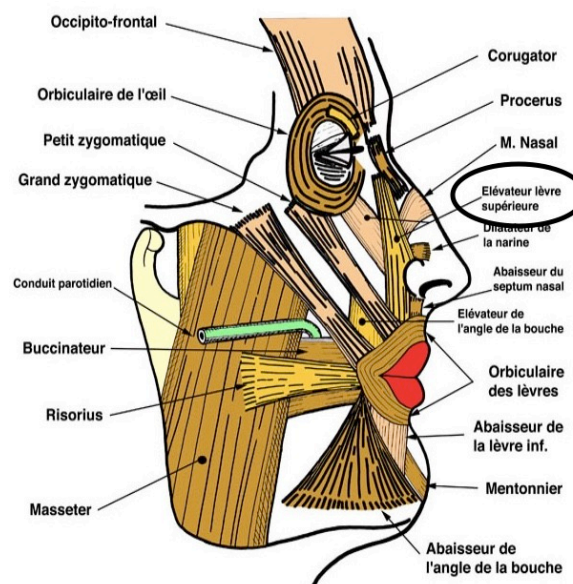


Figure 6: Muscle élévateur de la lèvre supérieure

1.4.2.2 La lèvre supérieure courte

Une des causes fréquente du sourire gingival est une faible longueur de lèvre supérieure. En effet, on la mesure du point sous nasal jusqu'au rebord inférieur de celle-ci. (13)

Certains auteurs comme Robert G. Vig et Gerlad C. Brundo (14) estiment une longueur normale de lèvre supérieure entre 20 et 25mm, en dessous elle est considérée comme courte. Dans ce cas , les incisives supérieures sont visibles au repos et lors du sourire spontané la longueur diminue de 4mm ce qui entraîne l'apparition excessive de gencive (15).



Figure 7:Lèvre supérieure courte de 15 mm

1.4.3 Etiologies gingivo-dentaires

Le sourire gingival peut tout aussi bien être le résultat de causes liées à la composante dentaire (dents courtes, une éruption passive altérée...) ou gingivale (excès de gencive...).

1.4.3.1 Eruption passive altérée :(16)(17)

L'éruption dentaire est un processus physiologique permettant à la dent de sortir de sa crypte osseuse pour jouer son rôle occlusal sur l'arcade dentaire. Une éruption se compose de deux phases : une phase active puis une phase passive.

Lors de la phase active, la dent va sortir de son germe, traverser la gencive et occuper sa place sur l'arcade. La phase passive consiste en la migration apicale de la gencive libre et de l'épithélium jonctionnel afin de retrouver sa place, c'est à dire au niveau de la jonction amélo-cémentaire. Elle se déroule après la mise en place complète de la dent.

Ainsi, lors d'une éruption passive altérée ou retardée, la gencive ne migre pas en direction apicale. On aura alors cliniquement une gencive importante au détriment de la couronne dentaire qui aura une forme carrée.

Cette anomalie du développement peut toucher une seule comme plusieurs dents et se retrouve chez environ 12% de la population.

Cependant, l'éruption passive peut tout à fait se poursuivre durant la troisième décennie de la vie, ce qui implique que le diagnostic doit tenir compte de l'âge du patient.



Figure 8:Eruption passive altérée et dents à l'aspect courtes et carrées

1.4.3.2 La microdontie (18)

Il s'agit d'une anomalie génétique qui se caractérise par des dents anormalement petites. Cette anomalie est due à l'absence d'un gène se trouvant normalement sur le chromosome Y.

Elle concerne rarement toutes les dents, lorsqu'elle est localisée, elle concerne les incisives latérales (dents riziformes). Elle peut parfois être associée au nanisme pituitaire, à des cardiopathies congénitales et souvent au syndrome de Down (trisomie 21).

Cliniquement, elle se traduit par une réduction coronaire dans le sens mésio-distal, le rapport couronne/gencive est défavorable ce qui aboutit à un sourire gingival.



Figure 9: Microdontie localisée aux incisives latérales

Nota Bene : Lors du diagnostic, il sera important de ne pas confondre une microdontie avec une usure dentaire par bruxisme par exemple.

1.4.3.3 Extrusion dento-alvéolaire importante (18) :

L'extrusion des incisives maxillaires avec leur complexe dentogingival amène une gencive plus coronaire et donc à un sourire gingival.

Deux causes peuvent être à l'origine de cette extrusion. La première étant une usure dentaire au niveau de la région antérieure qui provoquerait une égression par compensation dans le but de trouver un contact avec la dent antagoniste.

On peut aussi avoir une extrusion liée à une supracclusion du secteur antérieur. Dans ce cas, on verra un écart entre les plans d'occlusions antérieurs et postérieurs, ceci permettra de poser un diagnostic positif.

1.4.3.4 Accroissement gingival (16)(19):

L'accroissement gingival est une augmentation anormale du volume de tissu gingival. Il concerne surtout les papilles interdentaires par un phénomène d'hypertrophie et d'hyperplasie. La gencive devient alors prépondérante lors du sourire.

Plusieurs facteurs peuvent causer cet accroissement. En effet, le plus souvent la plaque dentaire et l'inflammation sont impliquées. L'âge, les hormones, une irritation mécanique (orthodontie) et parfois une prédisposition individuelle entrent également en jeu.

Mais ceci peut aussi être dû à la prise de certaines familles de médicaments comme les immunosuppresseurs (cyclosporines), les inhibiteurs calciques (nifédipine) ou bien des antiépileptiques (phenytoïne) par exemple.

Le traitement de cette étiologie passera par un maintien d'une hygiène rigoureuse et parfois par une gingivectomie pour éliminer les excès et rétablir un sourire harmonieux.



Figure 10:Accroissement gingival dû à la prise de cyclosporine A

I.4.4 Etiologies combinées :

Lors du diagnostic, il est rare que le sourire gingival soit dû à une unique cause. Effectivement, dans la majorité des cas, plusieurs étiologies entrent en jeu. Un excès vertical maxillaire est souvent associé à une hyperactivité du muscle releveur de la lèvre supérieure comme dans le cas ci-dessous par exemple.(20)



Figure 11:Excès vertical maxillaire associé à une hyperactivité du muscle releveur de la lèvre supérieure

Il est donc important de savoir repérer chacune de ces étiologies pour déterminer le traitement adéquat afin de répondre au mieux au motif de consultation du patient.

La diversité des étiologies implique alors une prise en charge multi disciplinaire entre chirurgiens-dentistes et orthodontistes notamment.

I.5 Diagnostic du sourire gingival

Pour permettre une bonne prise en charge du patient, il est important d'avoir le bon diagnostic. En effet, c'est de ce dernier que découlera tout le plan de traitement.

I.5.1 Anamnèse (21)

L'anamnèse est le recueil de toutes les informations concernant le patient et ses éventuelles maladies.

Lors de cet entretien, le patient va nous donner plusieurs renseignements :

- **Son âge** : c'est un facteur qui peut être en lien avec plusieurs pathologies.
- **Ses antécédents médico-chirurgicaux** : si le patient a des allergies, prend des traitements médicamenteux, s'il a une pathologie générale à prendre en compte, s'il a déjà subi des opérations...
- **Ses antécédents dentaires** : il est important de connaître la fréquence de visite chez le dentiste, les éventuels traitements orthodontiques, les soins effectués.
- **Les facteurs de risques potentiels** : alimentation, tabac, stress, drogues...

Le patient va alors exprimer son motif de consultation : il peut être d'ordre fonctionnel, esthétique ou les deux. Dans le cas du sourire gingival, le motif de consultation est majoritairement esthétique. Il s'agit alors de savoir si ce sourire dérange le patient lui-même ou si ce défaut lui a été suggéré par une tierce personne, et dans ce cas, évaluer si le patient a réellement envie de changement.

Ainsi lors de l'anamnèse, le chirurgien-dentiste pourra aussi jauger la motivation du patient. C'est un élément important pour guider le praticien vers le plan de traitement adéquat. Le dentiste se doit de bien évaluer les attentes du patient, voir si elles sont réalisables ou pas.

L'état psychologique du patient est important à juger. En effet, comme la doléance est esthétique, il faut que le patient soit informé des enjeux et des éventuelles répercussions sur son visage et donc sur son quotidien. Les différents traitements du sourire gingival vont modifier l'esthétique du visage et il faut que le patient y soit préparé. De plus, il faut repérer s'il y a un problème psychologique sous-jacent à cela car la correction du sourire gingival dans ce cas ne réglera pas entièrement le problème.

Dans certains cas, l'aide d'un psychologue et notamment si un traitement lourd est envisagé peut se révéler utile pour la bonne prise en charge du patient.

I.5.2 Diagnostic positif

Après avoir recueilli toutes les informations nécessaires concernant le patient, il faudra l'examiner afin d'en déduire le diagnostic adéquat pour une bonne prise en charge.

I.5.2.1 Examen exobuccal

Cet examen va s'effectuer d'abord au repos puis en dynamique lors du sourire.

I.5.2.1.1. Examen exobuccal au repos

I.5.2.1.1.1. Examen exobuccal de Face

Lors de cet examen, des référentiels horizontaux et verticaux vont nous intéresser. On va, en premier lieu, observer le patient de face. Lors d'une analyse esthétique, le premier élément à remarquer est la symétrie :

- La symétrie sur le plan sagittal médian ou ligne médiane (passe par la glabelle, pointe du nez, philtrum, pointe du menton) : cette symétrie n'est jamais parfaite mais toutefois elle est une référence pour l'analyse du visage. Une ligne médiane déviée crée un visage asymétrique et impacte sur le sourire.(22)

- Le parallélisme de la ligne bipupillaire (passant par les deux pupilles) et de la ligne bi commissurale (relie les deux commissures labiales) sont les deux autres références majeures dans l'analyse esthétique. Un non-parallélisme provoque un déséquilibre dans l'harmonie du visage.(22)

Idéalement, le plan sagittal médian est perpendiculaire aux deux lignes horizontales dans un visage harmonieux.

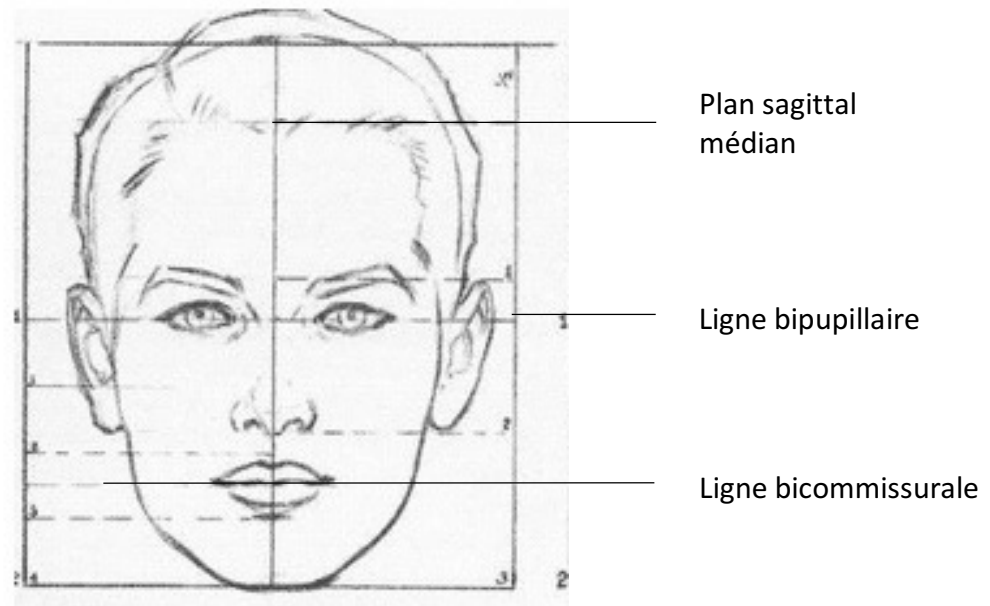


Figure 12: Les plans de références dans l'analyse du visage

Ensuite, on évalue de face la hauteur des trois étages faciaux. Gola et al. (23) ont repris le concept d'harmonie du visage par l'égalité de ces trois étages (initié par Leonard de Vinci) :

- **Etage supérieur** : il va de l'implantation des cheveux à la glabelle.
- **Etage moyen** : de la glabelle au point sous nasal.
- **Etage inférieur** : du point sous nasal au point menton.

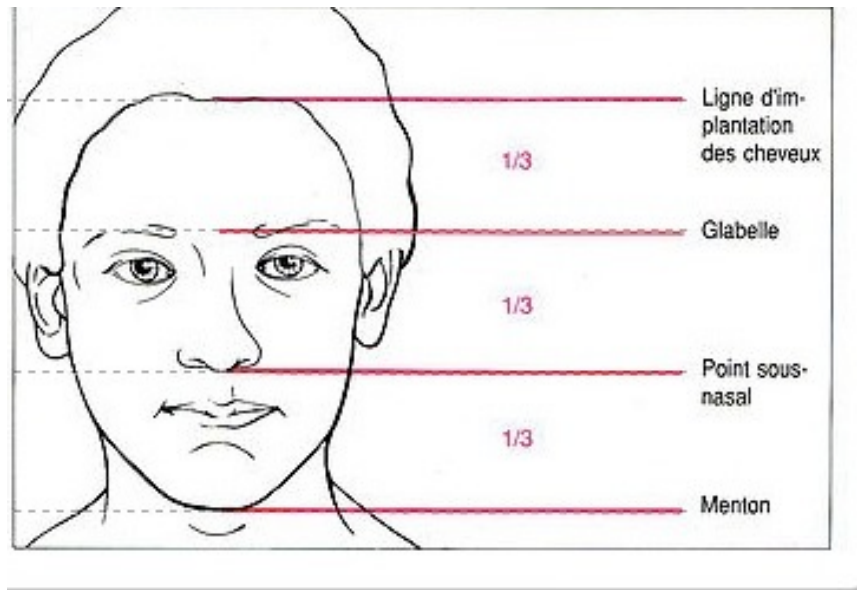


Figure 13: Les trois étages de la face

Souvent, lors d'un sourire gingival dû à un excès vertical maxillaire, l'étage inférieur est plus important que les autres. Ceci amène à un déséquilibre facial et à un aspect de « face longue ».(24)

L'utilisation de la photographie et de la vidéo lors de cet examen exobuccal de face permet de réaliser une analyse esthétique du sourire efficace.

Après une analyse de la face, l'examen clinique doit se concentrer sur la cavité buccale de face.

Pour repérer d'éventuelles causes de sourire gingival, on peut tout d'abord noter si les incisives supérieures sont visibles au repos(24) (14). En effet, leur exposition au repos suppose une inoclusion labiale, et souvent, on peut remarquer une contraction permanente du menton pour tenter de refermer cette cavité buccale.(14) Ceci se constate dans les anomalies squelettiques comme par exemple dans le cas de biproalvéolies.(25)

1.5.2.1.1.2 Examen exobuccal de profil :(26) (27)

Pour la suite de l'examen clinique, on va observer le patient de profil. De cette façon, on pourra déceler ou confirmer des anomalies squelettiques responsables du sourire gingival. Les éléments à noter sont tout d'abord l'angle naso-labial. Il s'agit de l'angle entre la lèvre supérieure et la base de la pyramide nasale. Un angle naso-labial normal est d'environ 90°. C'est un élément important dans l'analyse esthétique du visage de profil. Il va nous donner des renseignements sur l'inclinaison des incisives maxillaires et sur la présence éventuelle d'une proalvéolie. On pourra aussi déceler un éventuel prognathisme responsable d'un sourire gingival.

De profil, les lèvres sont à étudier et donnent si elles sont rétrusives un profil concave et un profil plutôt convexe si elles sont protrusives. Les éléments observés lors de l'examen clinique seront à confirmer avec une téléradiographie de profil.

I.5.2.1.2 Examen exobuccal dynamique

Lors de cet examen, on va évaluer le sourire mais aussi le rire et la parole. On va observer si l'exposition gingivale est plus de 3mm lors de ces moments-là.

Le praticien devra alors obtenir un sourire spontané, naturel et non un sourire posé. Pour ce faire, il pourra s'aider d'outils comme la vidéo pour étudier avec précision les mimiques et le sourire spontané du patient (28).

Lors de l'examen dynamique, on va rechercher des étiologies comme une hyperactivité du muscle releveur de la lèvre supérieure. Celle-ci est difficile à diagnostiquer et se fait par élimination des autres causes.(29)

Si on a une exposition de gencive d'environ 3 ou 4mm lors du passage au sourire spontané, une hyperactivité de ce muscle peut être en cause. On doit aussi observer si cette élévation est symétrique ou pas.(29)

I.5.2.2 Examen endobuccal

Après l'examen clinique exo buccal, on va s'intéresser à la cavité buccale de plus près.

I.5.2.2.1 Examen parodontal (2) (30)

Le parodonte est l'ensemble des tissus qui soutiennent la dent. Le parodonte profond est composé de l'os alvéolaire, du desmodonte (ligament dentaire) et du cément. Le parodonte superficiel est composé du tissu gingival.

La qualité de cette gencive est un élément important à apprécier pour définir une étiologie et un plan de traitement.

Premièrement, le praticien devra évaluer le phénotype parodontal : épais ou fin. La classification de Seibert et Lindhe (1989) permet d'étudier le phénotype parodontal pour déterminer si le parodonte est résistant ou à risque. On distingue le parodonte de type I qui est plat et épais du parodonte de type II qui lui est fin et festonné. Ceci peut avoir un impact sur le plan de traitement.

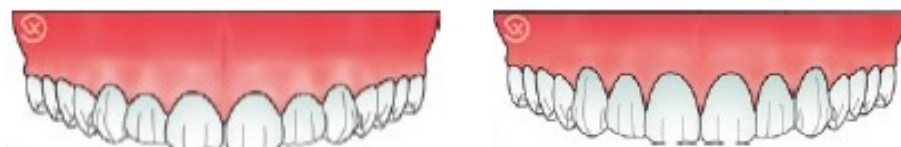


Figure 14: parodonte de Type I et parodonte de type II, classification de Seibert et Lindhe (1989)

Une gencive saine est de couleur rose pâle, a une surface mate et une texture plutôt ferme. Comme le tissu est kératinisé, on a un aspect granité. Il n'y a pas de saignement au sondage et la sonde peut descendre à 2,5mm.



Figure 15: Une gencive saine

Une gencive pathologique est rouge, œdématisée et on a un saignement au sondage. La profondeur de sondage va au-delà de 4mm et on peut observer des poches parodontales.

Lors d'un accroissement gingival, on a une inflammation de la gencive et au sondage des pseudo-poches. L'inflammation débute à la papille et s'étend au tissu kératinisé.



Figure 16: Une gencive pathologique

Si une pathologie gingivale est présente, elle doit être d'abord traitée avant d'envisager un plan de traitement.

Le praticien doit ensuite observer la bonne santé des papilles gingivales qui sont les premières découvertes lors du sourire et étudier la ligne des collets. Cette ligne virtuelle est un critère esthétique important lors de la réalisation prothétique et d'éventuels traitements chirurgicaux. D'autres éléments comme des pigmentations, récessions doivent être améliorés si possible pour obtenir un sourire plus esthétique.

La suite de l'examen endobuccal se poursuit par une mesure de la couronne clinique (celle que l'on observe directement) et la couronne anatomique de la dent (par le biais d'une radiographie). Si une différence existe entre les deux, on pourra diagnostiquer une éruption passive altérée vue précédemment comme une étiologie du sourire gingival.

I.5.2.2.2 Examen dentaire

Lors du sourire gingival, la gencive est certes plus exposée mais la taille, la forme, la teinte et la qualité des dents sont des éléments importants à prendre en compte.

Si la taille des dents est trop petite (de 3 à 4mm normalement chez les femmes, 2mm chez les hommes), et en absence de pathologies parodontales, les causes peuvent être multiples. Il faut faire le diagnostic différentiel entre une microdontie, une éruption passive altérée ou une usure par attrition (bruxisme notamment). (29)

La forme et la teinte des dents est à étudier pour la réalisation d'un plan de traitement à visée esthétique et améliorer la qualité du sourire.

L'occlusion également est un élément à analyser dans le diagnostic. On peut alors dépister des anomalies squelettiques, des problèmes de bruxisme à traiter pour améliorer le sourire gingival.

I.5.2.3 Examen fonctionnel

Pour une bonne prise en charge, il faut analyser si on est en présence de dysfonctions et/ou parafunctions qui pourraient empêcher la bonne prise en charge et les corriger si nécessaire.

Les fonctions à analyser sont la respiration, la déglutition et la phonation.

I.5.2.3.1 La respiration

La respiration normale doit être nasale. Si le patient est respirateur buccal, il faut le dépister et le corriger. La ventilation influe sur la croissance cranio-faciale et la position linguale, une ventilation buccale aura donc des conséquences visibles notamment des béances antérieures ou des proalvéolies antérieures (étiologie du sourire gingival).(31)

Les respirateurs buccaux se distinguent par un faciès dit « adénoïdien » c'est à dire un visage allongé, une bouche ouverte et sèche, des narines étroites, une langue en position basse et des lèvres craquelées. Lors de la consultation on peut facilement observer si la bouche est fermée pour respirer.(32)

I.5.2.3.2 La déglutition

La déglutition va influencer sur la position de la langue et des dents ainsi que sur la phonation. Une déglutition atypique ou immature se caractérise par une interposition de la langue entre les incisives. Elle peut alors entraîner une infracclusion ou une proalvéolie.(33)



Figure 17: déglutition atypique avec interposition linguale

1.5.2.4 Examens complémentaires

Après un examen clinique complet, la réalisation d'examen complémentaires permet de confirmer le diagnostic positif établi.

On peut tout d'abord réaliser un cliché panoramique pour apprécier le niveau osseux et déceler une éventuelle pathologie parodontale.

Pour les anomalies squelettiques, une téléradiographie de profil aide à valider le diagnostic et permet de réaliser une analyse céphalométrique. Cette analyse permet d'étudier les plans d'occlusion, les rapport dento-labiaux. (26)

Ensuite, la prise de photographies est primordiale à tout plan de traitement à visée esthétique. Elles permettent au praticien d'étudier le sourire, d'expliquer au patient les causes mais aussi le traitement possible. Ainsi, le patient peut voir l'évolution de son traitement plus facilement. C'est aussi un outil de communication avec le prothésiste si un traitement prothétique est envisagé. (22)

Dans la thérapeutique du sourire gingival, la vidéo est un outil précieux pour analyser la dynamique naturelle du sourire, les mimiques du patient. (28)

Enfin, des moulages d'études sont réalisés pour étudier les rapports inter-arcades et l'occlusion.

Après avoir défini et posé le diagnostic correct du sourire gingival, nous allons voir que des traitements différents sont possibles en fonction de l'étiologie principalement, mais aussi de la volonté du patient.

I.6 Les thérapeutiques du sourire gingival :

Aujourd'hui il existe plusieurs traitements pour améliorer le sourire gingival. Ils sont de domaines différents et peuvent être complémentaires. Pour chaque étiologie évoquée précédemment on aura une thérapeutique adaptée.

I.6.1 La chirurgie orthognathique :(7)

La chirurgie orthognathique a pour but de corriger les dysmorphoses squelettiques en repositionnant les bases osseuses de sorte à ce qu'elles soient dans une position d'équilibre crânio-facial et fonctionnel. Dans le cas du sourire gingival, cette chirurgie est indiquée pour les étiologies squelettiques, c'est à dire un excès vertical maxillaire et une proalvéolie antérieure. Deux techniques vont nous intéresser : l'ostéotomie LEFORT I (qui consiste en une impaction du maxillaire permettant de réduire l'os maxillaire en hauteur pour obtenir une égalité des étages faciaux) et l'ostéotomie segmentaire antérieure (il s'agit d'un recul du secteur antérieur maxillaire après extraction des deux premières prémolaires maxillaires pour le traitement des proalvéolies).

I.6.2 Les thérapeutiques labiales

Des techniques de médecine esthétique sont utilisées comme l'injection de toxine botulinique de type A (Botox ®)(13), d'acide hyaluronique(34) et la micro autotransplantation de graisse (35) dans le but d'apporter du volume à la lèvre supérieure et de réduire l'excès d'affichage gingival. Elles sont souvent associées aux chirurgies de correction du sourire gingival car ayant un effet transitoire, elles ne constituent pas une thérapeutique efficace en elle-même.

I.6.3 La chirurgie parodontale : élongation coronaire(2)(34)

Ce traitement agit sur la composante gingivale dans le but de la réduire au profit de la composante dentaire. L'excès de gencive peut être diminué par gingivectomie (éviction du tissu gingival, elle peut être à biseau interne ou externe) ou par un lambeau de repositionnement apical. Ces techniques peuvent être associées à une plastie osseuse pour permettre une réhabilitation esthétique du sourire par facettes ou couronnes.

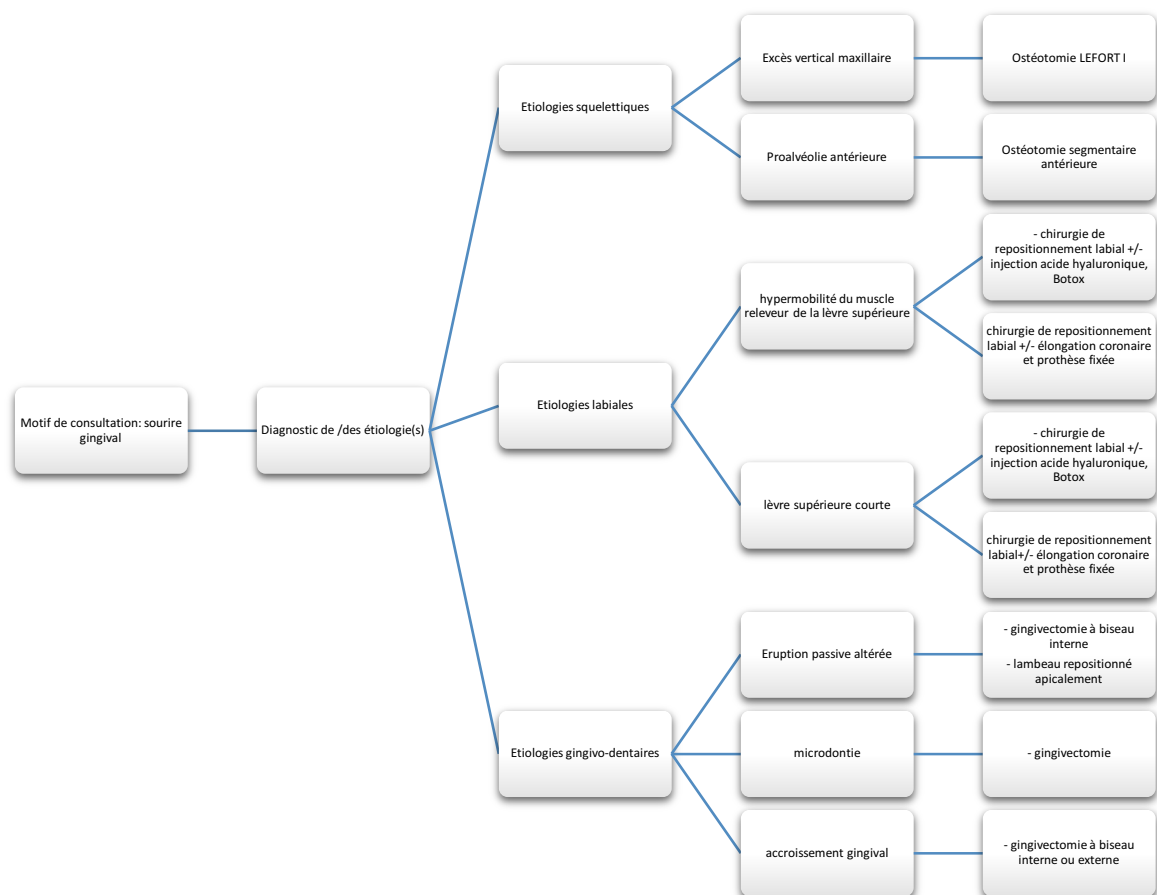


Figure 18: arbre décisionnel du choix du traitement du sourire gingival en fonction de l'étiologie

II. L'amélioration du sourire gingival par technique de repositionnement de la lèvre supérieure

Cette méthode a été introduite pour la première fois en 1973 par Rubinstein et Kostianovsky(36). Le but de cette technique était d'apporter aux patients une alternative à la chirurgie orthognatique pour le traitement du sourire gingival. Elle l'améliore en agissant sur l'hyperactivité du muscle élévateur de la lèvre supérieure.(36)

Ensuite, cette chirurgie a été reprise par Litton et Fournier en 1979 qui l'ont préconisée dans le cas d'une lèvre supérieure courte par un décollement du muscle releveur de la lèvre supérieure (37).

Simon et Rosenblatt en 2005 ont adapté cette méthode aux chirurgiens-dentistes en reprenant les mêmes principes que leurs prédécesseurs chirurgiens plastiques.(38) Leur technique a été modifiée par Ribeiro-Júnior et al en 2013, ces derniers préconisent de garder le frein labial supérieur comme repère lors de la chirurgie.(39)

Deux principales techniques ressortent : l'incision d'une bande elliptique de muqueuse ou la myectomie du muscle releveur de la lèvre supérieure.(29)

II.1 Indications : (48)

Les indications de cette technique sont multiples. Elles concernent les patients ayant un sourire gingival dû à une hypermobilité du muscle releveur de la lèvre supérieure et/ou une lèvre supérieure courte (il est donc important de trouver la bonne étiologie).

Il faut de plus avoir une quantité suffisante de gencive attachée pour permettre la création du lambeau ainsi qu'un bon repositionnement. Un phénotype parodontal épais est plus favorable à la réussite du traitement.

II.2 Contre-indications

La chirurgie de repositionnement de la lèvre supérieure est contre-indiquée pour tous les patients présentant un excès vertical maxillaire et une biproalvéolie importante. Dans ce cas, la chirurgie orthognathique reste la meilleure option car un simple repositionnement ne serait pas suffisant pour diminuer l'excès de gencive.(34)(13)

Un manque de gencive attachée ne permet pas d'utiliser cette méthode pour les raisons évoquées ci-dessus et à contrario, les phénotypes parodontaux minces présentent plus de risques d'échec de cette procédure.(34)

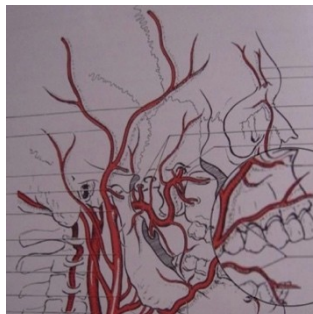
Elle ne peut se faire pour tous les patients qui ont des contre-indications absolues aux gestes chirurgicaux et chez les patients ayant une maladie parodontale non traitée.(38)

II.3 Les risques anatomiques : (2)(39)

Comme pour tout acte chirurgical, il est important au préalable d'évaluer les risques anatomiques présents.

Les lèvres sont des replis musculo-membraneux qui encadrent la cavité buccale, elles sont entourées de muscles peauciers.

Concernant la vascularisation de la lèvre supérieure, elle est assurée par l'artère labiale supérieure, branche de l'artère faciale.



Artères labiales supérieures

Figure 19: Artères labiales supérieures

Pour l'innervation, les muscles releveurs de la lèvre supérieurs sont innervés par les rameaux sous orbitaires de nerf facial (VII) pour la motricité. L'innervation sensitive se fait par la branche labiale issue de la branche maxillaire du nerf trijumeau (V2). Une section de ces nerfs provoquerait une paralysie et le patient aura comme un aspect figé donc inesthétique.

Dans cette région, se trouvent aussi des glandes salivaires accessoires qu'il est important de préserver.

II.4 Présentation de la technique de repositionnement labial

II.4.1 Principe : (40)

Cette méthode permet de réduire l'affichage gingival au moment du sourire en abaissant la lèvre supérieure. Le but de la chirurgie est d'exciser une partie de la muqueuse dans le vestibule supérieur afin de créer un lambeau à repositionner plus bas : la lèvre supérieure est suturée à la ligne muco-gingivale.

Il s'agit de réaliser un lambeau d'épaisseur partielle dans le vestibule pour minimiser la traction des muscles releveurs de la lèvre supérieure.

La technique modifiée actuelle consiste en l'élimination d'une bande de muqueuse tout en maintenant le frein labial supérieur pour permettre un bon repositionnement du lambeau et de préserver l'esthétique. Cependant, maintenir ce frein ne permet pas de corriger l'excès gingival au niveau des incisives maxillaires, cela dépendra alors du cas clinique.

Nota Bene: Il est possible de pré-visualiser le résultat de cette technique en suturant sans enlever la bande de muqueuse comme l'ont démontré Jacobs et Jacobs en 2013.(54)



Figure 20: Simulation du repositionnement labial

Ainsi, le patient a la possibilité de visualiser le résultat de la chirurgie et peut donner son avis avant la procédure.

Après établissement du bon diagnostic et obtention du consentement libre et éclairé du patient, on peut réaliser la chirurgie de repositionnement labial.

II.4.2 Matériel et méthode

II.4.2.1 Matériel

Cette chirurgie ne nécessite pas un plateau technique important, cela fait d'ailleurs partie de ces avantages. Le matériel utilisé et le champ opératoire doivent être stériles.

Pour cette technique, le praticien a besoin de matériel d'anesthésie, de bistouri avec une lame pour l'incision et excision de la bande de muqueuse et de matériel de suture (taille du fil selon la préférence de l'opérateur, résorbables ou non). Certains auteurs utilisent un crayon pour délimiter la zone à éliminer et faciliter l'incision.(41)

La chirurgie peut aussi se faire à l'aide d'un laser au lieu du bistouri à lame, limitant ainsi les saignements au cours de l'opération.(42)

II.4.2.2. Protocole de la chirurgie de repositionnement labial : (43)(3)(43)(44)

Selon plusieurs rapports de cas, la technique de repositionnement labial est réalisée de la manière suivante :

- 1) Décontamination extra-orale puis intra-orale, à la Bétadine (13) ou à la Chlorhexidine (43) selon les auteurs.
- 2) Une anesthésie locale de la muqueuse alvéolaire est réalisée des dents 16 à 26.
- 3) Délimitation de la zone à éliminer à l'aide de crayon indélébile stérile ou de points sanglants réalisés à la sonde.

La quantité de muqueuse à éliminer correspond au double de l'affichage excessif de gencive observé.(3) Dans la majorité des cas, on a un excès de gencive de 5mm donc la taille de la bande de muqueuse à éliminer est généralement de 10 à 12mm.



Figure 21 : délimitation de la zone à éliminer

- 4) Réalisation des incisions. La première incision d'épaisseur partielle est toujours celle située au niveau de la ligne muco-gingivale. Elle va de la face mésiale de la 16 à la face mésiale de la 26. Ensuite, généralement 10 à 12 mm plus haut, la deuxième incision en demi épaisseur est parallèle à la première. Le frein labial supérieur peut ou pas être conservé (cela dépend du cas clinique).

Les deux incisions sont ensuite reliées permettant ainsi l'excision de la bande de muqueuse. Le tissu conjonctif sous-jacent est alors exposé.



Figure 22 : excision en demi-épaisseur de la bande de muqueuse

- 5) Réalisation des sutures. La première suture est toujours médiane pour replacer le lambeau correctement et en harmonie avec le point inter-incisif. Ensuite, des points simples discontinus sont réalisés tout au long du lambeau pour permettre sa traction et son repositionnement. Des sutures en surjet sont à bannir car peuvent se désolidariser et le lambeau ne sera plus maintenu.



Figure 23: sutures et repositionnement coronaire du lambeau

- 6) Conseils post-opératoires(43) : Suite à cette chirurgie, les patients doivent appliquer un sac de glace sur la lèvre supérieure, réduire les mouvements des lèvres pendant 7 jours (éviter les mimiques excessives), éviter de brosser la zone pendant 15 jours et utiliser un bain de bouche à base de Chlorhexidine pendant deux semaines. Les patients doivent être prévenus du risque d'œdème et d'ecchymoses. Un risque d'apparition de mucocèle existe aussi.

Concernant la médication, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (sauf contre-indication) sont prescrits ainsi que des antibiotiques (de l'amoxicilline hors allergies).

Les points de suture sont déposés au bout de deux semaines lors du contrôle de la cicatrisation.

II.4.3 Résultat et surveillance :(44)(1)

Comme pour toute chirurgie, le patient est ensuite revu sous deux semaines pour contrôler la cicatrisation et éventuellement déposer les points. Après la chirurgie, une tension ainsi qu'un gonflement de la lèvre supérieure est noté. Un mois plus tard, un contrôle est fait pour visualiser le résultat obtenu : l'affichage gingival est réduit mais cependant une cicatrice se forme au niveau de la zone des sutures du lambeau (invisible lors du sourire, cela n'impacte pas l'esthétique).

Des contrôles réguliers sont à prévoir pour vérifier la pérennité du traitement et voir si d'éventuelles complications sont survenues.

III. Cas cliniques

Plusieurs cas cliniques de chirurgie de repositionnement labial ont été effectués par des confrères américains et indiens selon l'étiologie du sourire gingival. En voici quelques-uns :

III.1 Cas de repositionnement de la lèvre supérieure pour une hypermobilité de la lèvre supérieure associée à un excès vertical maxillaire modéré :(34)

III.1.1 Présentation du cas

Une jeune femme de 25 ans consulte le département de parodontologie de l'institut de Nijalingappa en Inde pour améliorer son sourire gingival. La patiente est en bonne santé et ne présente aucun antécédent médico-chirurgical.



Figure 24 : photo initiale de la patiente

Lors de l'examen clinique, le diagnostic d'excès vertical maxillaire modéré et d'hypermobilité de la lèvre supérieure a été posé. La patiente ne souhaitant pas un traitement invasif, une chirurgie de repositionnement de la lèvre supérieure lui a été proposée.

III.1.2 Technique opératoire

Après désinfection du site et anesthésie locale, la zone à éliminer a été tracée au crayon stérile.



Figure 25:Tracé des incisions

La première incision est la plus basse et va de 16 à 26, elle se situe au niveau de la ligne muco-gingivale. La seconde incision parallèle à la première est tracée à environ 13-15 mm (correspondant environ au double de l'excès de gencive observé). Les deux incisions sont reliées verticalement l'une à l'autre. Toutes les incisions sont faites en demi-épaisseur.

Nota Bene : Dans ce cas, le frein labial supérieur a été sectionné.

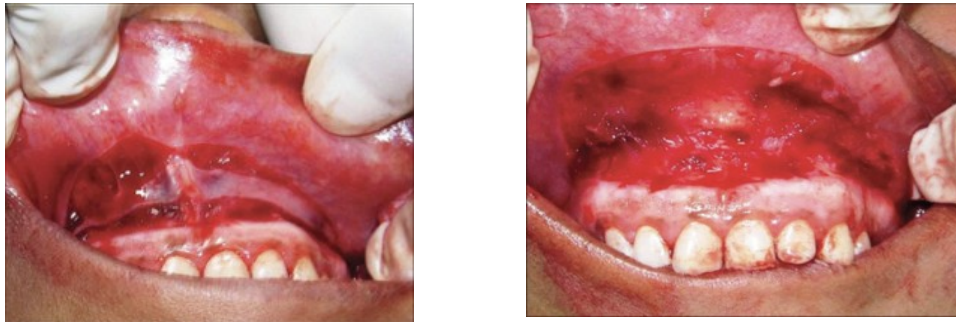


Figure 26 : excision de la bande de muqueuse en demi-épaisseur



Figure 27: réalisation des sutures

Ensuite, le lambeau est suturé au niveau de la ligne muco gingivale. Un premier point médian en concordance avec la ligne inter-incisive est réalisé pour assurer un bon repositionnement. Les autres sutures sont faites en suivant.

En post-opératoire, il a été conseillé à la patiente d'appliquer une poche de glace sur la lèvre supérieure, de limiter les mimiques et mouvements excessifs pendant une semaine et aucun brossage au niveau du site pendant deux semaines. Des antalgiques et bain de bouche ont été prescrits.

III.1.3 Résultats et discussion

Les résultats montrent la formation d'une cicatrice au bout d'une semaine. A deux mois puis à 10 mois post-opératoire, on observe une réduction de l'affichage gingival lors du sourire. Le sourire gingival ici a été amélioré mais pas complètement corrigé à cause de l'excès vertical maxillaire qui aurait nécessité une chirurgie orthognatique et donc une prise en charge pluridisciplinaire. Cependant, on observe une stabilité de la chirurgie à presque un an post-opératoire.



Figure 28: Formation de la cicatrice à une semaine post-opératoire



Figure 29: Résultat à deux mois post-opératoires



Figure 30: Résultat à 10 mois post-opératoire

III.2 Cas d'un repositionnement de la lèvre supérieure avec conservation du frein labial supérieur :(38)

III.2.1 Présentation du cas

Un patient de 23 ans se présente en consultation au département de parodontologie et d'implantologie de Jodhpur (Inde), avec comme motif de consultation un sourire gingival excessif. Il n'a aucun antécédent médico-chirurgicaux et un bon état de santé général.

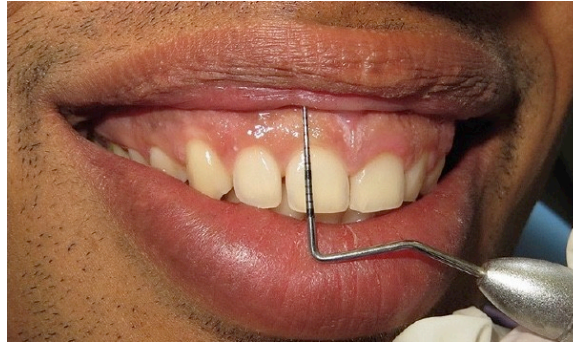


Figure 31: Situation initiale

A l'examen clinique, on remarque un affichage gingival de 6mm lors du sourire forcé. Le diagnostic d'hyperactivité du muscle releveur de la lèvre supérieure a été posé.

III.2.2 Technique opératoire

Après désinfection et anesthésie locale, des points sanglants à la sonde ont été réalisés pour déterminer le premier tracé d'incision qui se situe sur la ligne muco-gingivale. Le tracé va de l'angle mésial de la 11 à l'angle mésial de la 16. Le second tracé, parallèle au premier, se situe à 10-12 mm de la ligne muco-gingivale (car 6 mm d'affichage gingival). Les deux incisions sont reliées par des incisions verticales et la bande de muqueuse est retirée en épaisseur partielle.

Nota Bene : Le frein labial supérieur est donc conservé dans cas.



Figure 32: Tracé et élimination de la bande de muqueuse secteur 1

La même opération est effectuée de l'autre côté du frein c'est à dire de 21 à 26.



Figure 33: Elimination de la deuxième bande de muqueuse en demi-épaisseur

Des sutures sont ensuite réalisées de part et d'autre du frein labial supérieur pour positionner le lambeau au niveau de la ligne muco-gingivale.



Figure 34: Sutures du lambeau

En post-opératoire, des antalgiques et antibiotiques ont été prescrits.

III.2.3 Résultats et discussion

Le patient a été revu une semaine plus tard et a décrit une légère tension au niveau de la lèvre supérieure. Le résultat à un mois post opératoire est très satisfaisant et montre une nette réduction de l'affichage gingival. On note aussi un épaissement de la lèvre supérieure.

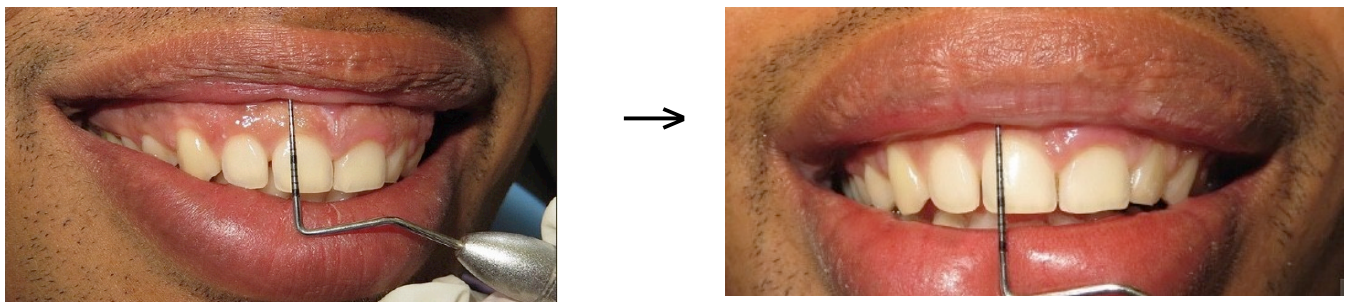


Figure 35: Résultat à un mois post-opératoire

CONCLUSION

Plusieurs traitements existent pour améliorer le sourire gingival. Chacun étant adapté à une étiologie donnée, le diagnostic prend une part importante dans la qualité de la prise en charge du patient.

Facile et peu invasive, la technique de repositionnement de la lèvre supérieure apporte une réelle alternative à des traitements tels que la chirurgie orthognatique. Elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste et ne nécessite pas un plateau technique compliqué. Elle peut se faire rapidement en cabinet libéral. Les suites opératoires sont meilleures et on remarque des résultats satisfaisants dans la littérature avec parfois une très nette amélioration voire une correction du sourire gingival.

Selon le cas et pour un résultat optimal, elle peut être accompagnée d'autres méthodes d'amélioration du sourire gingival.

Cependant, à ce jour, nous n'avons aucune étude sur la stabilité des résultats à long terme ainsi que sur le risque de récurrence. Ceci permettrait alors de trouver un consensus sur la meilleure technique à employer : faut-il garder ou non le frein labial supérieur, faire une adjonction de Botox, une résection partielle ou myotomie du muscle releveur de la lèvre supérieure ?

Plusieurs points restent encore à définir mais la technique de repositionnement labial reste une réponse efficace pour l'amélioration du sourire gingival.

Présidente du Jury

S. COURTJ
12/11/2019


Directeur du Jury

Vu le directeur de thèse
H. RIMBERT


BIBLIOGRAPHIE

1. Modified lip repositioning: A surgical approach to treat the gummy smile [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520129/>
2. **VIGOUROUX F.** Guide pratique de chirurgie parodontale. *ELSEVIER MASSON*;
3. Use of modified lip repositioning technique associated with esthetic crown lengthening for treatment of excessive gingival display: A case report of multiple etiologies [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795143/>
4. smfz-99-02-acta3.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SMfZ_1999/SMfZ_02_1999/smfz-99-02-acta3.pdf
5. **Dodds M, Laborde G, Devictor A, Maille G, Sette A, Margossian P.** Les références esthétiques : la pertinence du diagnostic au traitement. 2014;14:8.
6. Excessive gingival display - etiology, diagnosis and treatment modalities. **Br Dent J** [Internet]. févr 2010 [cité 16 avr 2019];208(3):113-113. Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2010.129>
7. **Lockhart R, Dichamp J.** La chirurgie du sourire : intérêt des ostéotomies maxillaires totales (Lefort I) et segmentaires antérieures. *Actual Odonto-Stomatol* [Internet]. juin 2008 [cité 27 mars 2019];(242):179-92. Disponible sur: <http://aos.edp-dentaire.fr/10.1051/aos:2008015>
8. **Garber DA, Salama MA.** The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol 2000* [Internet]. juin 1996 [cité 27 mars 2019];11(1):18-28. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0757.1996.tb00179.x>
9. Chirurgie dentaire pour tous: proalvéolie supérieure [Internet]. *Chirurgie dentaire pour tous*. 2009 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <http://nar6chir-dentpourtous.blogspot.com/2009/03/proalveolie-superieure.html>
10. **Bouyahyaoui et al.** - A clinical presentation Class I biprotrusion trea.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://wjd.um5s.ac.ma/attachments/article/33/Presentation%20d%20un%20cas%20clinique%20-%20Traitement%20d%20une%20classe%20I%20biproalveolie.pdf>
11. **Clèdes G, Felizardo F, Carpentier P.** Anatomie musculaire du sourire. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 2008;242:111-12.
12. **Polo M.** Botulinum toxin type A in the treatment of excessive gingival display. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005 ;127(2) :214-8.

13. **Aly LA, Hammouda NI.** Botox as an adjunct to lip repositioning for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of upper lip and vertical maxillary excess. *Dent Res J [Internet].* 2016 [cité 16 janv 2019];13(6):478-83. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5256010/>
14. **Robert G. Vig,.** The kinetics of anterior tooth display. *DDS1.*
15. **Van Der Geld P, Oosterveld P, Bergé SJ, Kuijpers-Jagtman.** Tooth display and lip position during spontaneous and posed smiling in adults. *Acta Odontol Scand* 1 janv 2008;66(4):207- 13.
16. **SILBERBERG N. , GOLDSTEIN M., SMIDT A.** Excessive gingival display. Etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int* 2009; 40(10): 809-818.
17. **Thomas C. Waldrop.** Gummy Smiles: The Challenge of Gingival Excess: Prevalence and Guidelines for Clinical Management. *Semin Orthod* 2008;14 260-271 © 2008 Publ Elsevier Inc.
18. **Etienne Piette, Michel Goldberg ;**2001. La dent normale et pathologique ;
19. **BORGHETTI A., MONNET-CORTI.** Chirurgie plastique parodontale. 2. édition. Paris : CDP; 2008. XIV-449p.
20. **BENBRAHIM Hicham**Le repositionnement chirurgical de la lèvre supérieure [Internet]. Dentalespace. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/formationcontinue/repositionnement-chirurgical-de-la-levre-superieure/>
21. **Berteretche M violaine.** JPIO Esthétique en odontologie. CDP 2012/2014.
22. **Sette A, Laborde G, Dodds M, Maille G, Margossian P.** Analyse biométrique des symétries/asymétries faciales. 2014;14:7.
23. : **Gola R., Cheynet F., Guyot L., Richard O.** bases fondamentales de l'analyse céphalométrique de profil fonctionnelle et esthétique. *Rev Stomato Chir Maxillo-faciale* 2004,. :Tome 105 ;6 :323-328.
24. **Barbant R de SMC, G.Tirlet J-PA.** diagnostic du sourire gingival: sur le sourire posé ou spontané? *Inf Dent.* 5 janv 2011;(N°1).
25. **Bouyahyaoui N, Alloula E, de P.** A clinical presentation: Class I biprotrusion treatment. :13.
26. L'analyse du Profil #1 [Internet]. *The Dentalist.* 2014 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/lanalyse-du-profil-1/>
27. L'Analyse du Profil #2 [Internet]. *The Dentalist.* 2014 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/lanalyse-du-profil-2/>

28. **A.A.M van der Geld, Paul Oosterveld, Marinus A.J van Waas, Anne Marie Kuijpers-Jagtman** ; Digital videographic measurement of tooth display and lip position in smiling and speech: Reliability and clinical application ; *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* ; Volume 131, Issue 3, March 2007,. :Pages 301.e1-301.e8.
29. **C.Barbant CL, G.Tirlet J-PA.** Etiologies et traitements du sourire gingival. *Inf Dent.* 12 janv 2011;(N°2).
30. **Bouchard Philippe.** Parodontologie dentisterie implantaire vol1- Médecine parodontale. Lavoisier Médecine sciences.
31. La Respiration Buccale [Internet]. La Respiration Buccale ~ les cours dentaire. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://cours-dentaire.blogspot.com/2011/01/la-respiration-buccale.html>
32. **Korb G.** Correction des troubles ventilatoires de l'enfant. *Bull L'Union Natl Pour L'Intérêt L'Orthopédie Dento-Faciale* [Internet]. 2008 [cité 1 mai 2019];(35):20-30. Disponible sur: <http://www.uniodf-journal.org/10.1051/uniodf/200835020>
33. La langue: DEGLUTITION PRIMAIRE [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://dr-cardinaux-laurent.chirurgiens-dentistes.fr/La-langue-DEGLUTITION-PRIMAIRE-Article-3876.aspx>
34. **Gaddale R, Desai SR, Mudda JA, Karthikeyan I.** Lip repositioning. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2014 [cité 16 janv 2019];18(2):254-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033898/>
35. **Huang S-H, Huang Y-H, Lin Y-N, Lee S-S, Chou C-K, Lin T-Y, et al.** Micro-Autologous Fat Transplantation for Treating a Gummy Smile. *Aesthet Surg J* [Internet]. août 2018 [cité 21 avr 2019];38(9):925-37. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6317576/>
36. **Kostianovsky AS, Rubinstein AM.** The "Unpleasant" smile. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. déc 1976 [cité 20 févr 2019];1(1):161-6. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF01570248>
37. Simple Surgical Correction of the Gummy Smile. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 63(3), 372–373 | 10.1097/00006534-197903000-00014 [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://scihub.tw/https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1979/03000/Simple_Surgical_Correction_of_the_Gummy_Smile.14.aspx
38. **Rosenblatt A, Simon Z.** Lip Repositioning for Reduction of Excessive Gingival Display: A Clinical Report. *Restorative Dent.* 2005;26(5):6.
39. **Ribeiro-Júnior NV, Campos TV de S, Rodrigues JG, Martins TMA, Silva CO.** Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *Int J Periodontics Restorative Dent.* juin 2013;33(3):309-14.

40. **Graziani** Anatomie esthetique des lèvres.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <http://anatomieimplantologie.com/memoire/annee-2012-2013/Graziani%20Anatomie%20esthetique%20des%20l%C3%A8vres.PDF>
41. **Pasquini B.** REGIONS ANATOMIQUES SUPERFICIELLES DU VISAGE : ZONES A RISQUE. :35.
42. **Simancas-Escorcía V, Martínez-Martínez A, Díaz-Caballero A.** Harmonisation du sourire gingival par la technique de repositionnement labial : série de cas. 2019;42:8.
43. **Gaddale R, Desai SR, Mudda JA, Karthikeyan I.** Lip repositioning. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2014 [cité 15 mai 2019];18(2):254-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033898/>
44. **Farista S, Yeltiwar R, Kalakonda B, Thakare KS.** Laser-assisted lip repositioning surgery: Novel approach to treat gummy smile. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2017 [cité 16 janv 2019];21(2):164-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771116/>
45. Le repositionnement chirurgical de la lèvre supérieure [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/formationcontinue/repositionnement-chirurgical-de-la-levre-superieure/#>
46. La chirurgie première au service de l'orthodontie [Internet]. *L'Information Dentaire*. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/la-chirurgie-premiere-au-service-de-l-orthodontie/>
47. TeteCou Muscles [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.anat-jg.com/TeteCou/TetCou%20Muscles/tetecoumus.cadre.htm>
48. Les anomalies dentaires. ~ [Club Dentaire] [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://csd23.blogspot.com/2009/04/les-anomalies-dentaires.html>
49. Atlas PSF | Accroissement gingival [médicaments] [Internet]. [PSF] *ParoSphère Formation*. 2019 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.parosphereformation.fr/2018/03/12/atlas-psf-accroissement-gingival-m%C3%A9dicaments/>
50. Lip repositioning, an alternative treatment of gummy smile – A case report [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6107926/>
51. analyse du vieillissement du visage [Internet]. *orthosmile*. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: https://www.orthosmile-cabinetdentaire.com/analyse-du-vieillissement-du-visage?lightbox=image_1pqe

52. Les maladies des gencives / *Service de Parodontologie du CHU de Liège [Internet]*. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.parocho.be/infos-patient/les-maladies-des-gencives/>

53. **MASCARELLI L., FAVOT P.,** Examen clinique de la face en orthopédie dento-faciale. In: Orthopédie dentofaciale, 28-580-C-10,2009. EMC (Elsevier SAS, Paris.

54. **Jacobs PJ, Jacobs BP.** Lip Repositioning with Reversible Trial for the Management of Excessive Gingival Display: A Case Series. *Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]*. mars 2013 [cité 10 juin 2019];33(2):169-75. Disponible sur: http://www.quintpub.com/journals/prd/abstract.php?iss2_id=1109&article_id=13036&article=9&title=Lip%20Repositioning%20with%20Reversible%20Trial%20for%20the%20Management%20of%20Excessive%20Gingival%20Display:%20A%20Case%20Series

55. **Sharma A, Sharma S, Garg H, Singhal V, Mishra P.** Lip Repositioning: A Boon in Smile Enhancement. *J Cutan Aesthetic Surg [Internet]*. déc 2017 [cité 10 juin 2019];10(4):219. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5820840/>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1: UN SOURIRE GINGIVAL(2)	12
FIGURE 2: UN SOURIRE "CHEVALIN" AVEC UN EXCES VERTICAL MAXILLAIRE(7)	14
FIGURE 3: CLASSIFICATION DE L'EXCES VERTICAL MAXILLAIRE EN FONCTION DU DEGRE D'EXPOSITION GINGIVAL(8)	15
FIGURE 4: PROALVEOLIE MAXILLAIRE(46).....	15
FIGURE 5: LES MUSCLES PERI-BUCCAUX.....	16
FIGURE 6: MUSCLE ELEVATEUR DE LA LEVRE SUPERIEURE(47).....	17
FIGURE 7:LEVRE SUPERIEURE COURTE DE 15 MM(16)	18
FIGURE 8:ERUPTION PASSIVE ALTEREE ET DENTS A L'ASPECT COURTES ET CARREES(16)	18
FIGURE 9:MICRODONTIE LOCALISEE AUX INCISIVES LATERALES(48).....	19
FIGURE 10:ACCROISSEMENT GINGIVAL DU A LA PRISE DE CYCLOSPORINE A(49).....	20
FIGURE 11:EXCES VERTICAL MAXILLAIRE ASSOCIE A UNE HYPERACTIVITE DU MUSCLE RELEVEUR DE LA LEVRE SUPERIEURE(50)	21
FIGURE 12:: LES PLANS DE REFERENCES DANS L'ANALYSE DU VISAGE(51)	23
FIGURE 13:LES TROIS ETAGES DE LA FACE(51)	24
FIGURE 14: PARODONTE DE TYPE I ET PARODONTE DE TYPE II, CLASSIFICATION DE SEIBERT ET LINDHE (1989)(2)	25
FIGURE 15:UNE GENCIVE SAIN(52)	26
FIGURE 16:UNE GENCIVE PATHOLOGIQUE(52)	26
FIGURE 17: DEGLUTITION ATYPIQUE AVEC INTERPOSITION LINGUALE(53)	28
FIGURE 18:ARBRE DECISIONNEL DU CHOIX DU TRAITEMENT DU SOURIRE GINGIVAL EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE	30
FIGURE 19: ARTERES LABIALES SUPERIEURES(41).....	32
FIGURE 20:SIMULATION DU REPOSITIONNEMENT LABIAL(54)	33
FIGURE 21 : DELIMITATION DE LA ZONE A ELIMINER(55).....	34
FIGURE 22 : EXCISION EN DEMI-EPAISSEUR DE LA BANDE DE MUQUEUSE(55)	34
FIGURE 23: SUTURES ET REPOSITIONNEMENT CORONAIRE DU LAMBEAU(55)	35
FIGURE 24 : PHOTO INITIALE DE LA PATIENTE(34)	36
FIGURE 25:TRACE DES INCISIONS(34)	36
FIGURE 26:EXCISION DE LA BANDE DE MUQUEUSE EN DEMI-EPAISSEUR(34).....	37
FIGURE 27: REALISATION DES SUTURES(34)	37
FIGURE 28:FORMATION DE LA CICATRICE A UNE SEMAINE POST-OPERATOIRE(34).....	38
FIGURE 29:RESULTAT A DEUX MOIS POST-OPERATOIRES(34).....	38
FIGURE 30: RESULTAT A 10 MOIS POST-OPERATOIRE(34).....	38
FIGURE 31:SITUATION INITIALE(1)	39
FIGURE 32:TRACE ET ELIMINATION DE LA BANDE DE MUQUEUSE SECTEUR 1(1)	39
FIGURE 33:ELIMINATION DE LA DEUXIEME BANDE DE MUQUEUSE EN DEMI-EPAISSEUR(1)	40
FIGURE 34:SUTURES DU LAMBEAU(1)	40
FIGURE 35: RESULTAT A UN MOIS POST-OPERATOIRE(1).....	40

AMELIORATION DU SOURIRE GINGIVAL PAR TECHNIQUE DE REPOSITIONNEMENT LABIAL

RESUME EN FRANÇAIS :

Le sourire gingival est retrouvé chez 10% de la population. Les causes peuvent être d'ordre squelettiques, labiales, gingivo-dentaires ou bien combinées. Plusieurs techniques plus ou moins invasives existent pour le corriger. Le diagnostic de la bonne étiologie permet une prise en charge adaptée et un meilleur résultat. Facile et peu invasive, la technique de repositionnement labial consiste en l'élimination d'une partie de la muqueuse vestibulaire du maxillaire afin de repositionner la lèvre supérieure plus bas et donc de réduire l'affichage gingival. Elle est particulièrement indiquée lorsque le sourire gingival est dû à une hypermobilité du muscle releveur de la lèvre supérieure et lors d'une lèvre supérieure courte. Peu pratiquée en France, elle permet pourtant une bonne réduction du sourire gingival. Cependant, peu d'études à long terme permettent d'apprécier la pérennité de cette technique.

TITRE EN ANGLAIS : Improvement of the gingival smile by lip repositioning technique.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Sourire gingival, chirurgie, repositionnement de la lèvre supérieure, esthétique, parodontologie.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire

3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur : Dr RIMBERT Matthieu