

ZOOM CLINIQUE

Page réalisée sous la direction éditoriale de Mathilde Jalladaud

Gestion du frein mandibulaire

Mathilde Jacquemont. Bordeaux.
Exercice libéral spécialisé en parodontologie

Le secteur antérieur mandibulaire est un motif de consultation fréquent en chirurgie plastique parodontale. Une analyse rigoureuse de la situation clinique initiale et de la demande du patient permet de proposer une option thérapeutique adaptée.

Une patiente de 37 ans consulte pour l'apparition d'un « triangle noir » entre ses incisives mandibulaires qui s'accroît depuis deux ans. L'examen clinique révèle :

- un parodonte épais ;
- une absence d'inflammation gingivale ;
- une perte de la papille entre 41 et 31 ;

- la présence d'un frein médian volumineux, de la face interne de la lèvre à la base de la papille rétro-incisive mandibulaire ;

- en vue occlusale, l'insertion freinale crée une concavité vestibulaire importante.

L'attache haute de ce frein médian a entraîné la disparition de la papille incisive. La réalisation d'une freinectomie seule permettrait de supprimer l'élément causal, mais aggraverait la concavité vestibulaire présente. Ainsi, il est proposé à la patiente de combiner la freinectomie à une greffe épithélio-conjonctive de forme triangulaire.



Fig. 1 - Situation initiale, vue vestibulaire avec insertion freinage haute et base large. Perte de la papille inter incisive.



Fig. 2 - Freinectomie en losange avec préparation du lit receveur de forme triangulaire. Elimination des fibres d'insertion restantes.

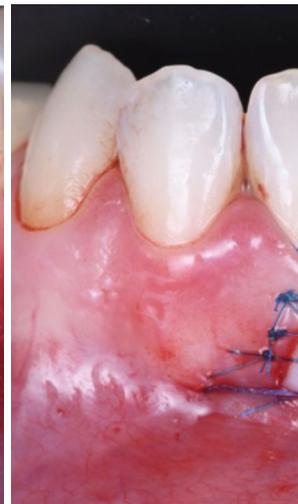


Fig. 3 - Fixation du greffon qui est ajusté à la concavité vestibulaire. Suture de la greffe.

Le tracé d'incision de la freinectomie est réalisé à l'aide d'une lame 15C, la formation d'un losange est recherchée avec une portion coronaire pour le lit receveur de la greffe. Ce triangle part de la base de la papille puis rejoint latéralement les deux extrémités de la concavité au sein de la gencive attachée.

Un patron de forme triangulaire ajusté au lit receveur est réalisé, puis reporté sur une portion lisse du palais pour obtenir un greffon épithélio-conjonctif à la forme adéquate. Il est ensuite suturé aux berges latérales de gencive attachée au fil 6.0 non résorbable. La portion apicale du losange initial, située dans la muqueuse alvéolaire, est éliminée en s'assurant de ne pas laisser d'attache freinale apicale. Les berges de la muqueuse sont ensuite réunies par des sutures en « O ».

En fin d'intervention, le greffon doit être parfaitement stable. À dix jours, nos objectifs sont atteints : augmentation de la concavité avec élimination freinale. À ce stade, le brossage est facilité et la perte gingivale ne peut plus augmenter. Pour répondre à la demande esthétique de la patiente, ce triangle noir pourra être masqué en

Bibliographie

Borghetti A, Guy JP, Cesano B. La frénectomie associée à une greffe gingivale triangulaire [Frenectomy associated with a triangular gingival graft]. J Parodontol. 1991 Nov; 10(4):373-8. French. PMID: 1811046.

Bhusari PA, Verma S, Maheshwari S, Belludi S. Modified frenectomy: a review of 3 cases with concerns for esthetics. Gen Dent. 2013 Aug; 61(5):56-9. PMID: 23928441.

Bagga S, Bhat KM, Bhat GS, Thomas BS. Esthetic management of the upper labial frenum: a novel frenectomy technique. Quintessence Int. 2006 Nov-Dec; 37(10):819-23. PMID: 17078281.

partie par une adjonction de blanc à travers une restauration prothétique. Il a donc été proposé la mise en place de deux composites proximaux pour bomber la zone cervicale. Ils pourront être mis en place trois mois après la chirurgie plastique parodontale, une fois la maturation gingivale correcte.

Cette association de la freinectomie et de la greffe épithélio conjonctive dans ce secteur à risque permet de stabiliser et prévenir des récurrences par un gain de gencive attachée. ■



greffon épithélio conjonctif, quantité de tissu mou absent. la portion labiale.

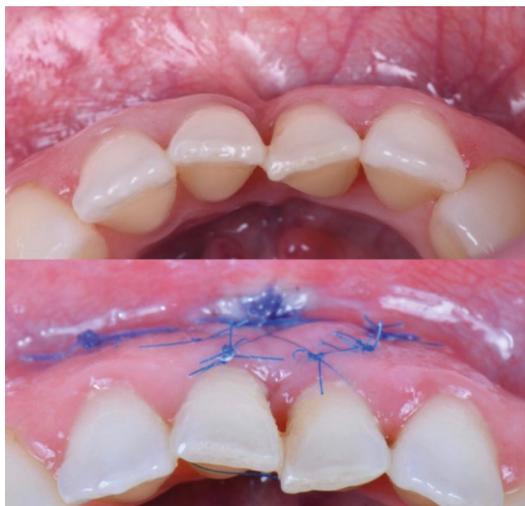


Fig. 4 - Avant/après GEC et freinectomie, bombé gingival retrouvé.



Fig. 5 - Postopératoire à 10 jours.