

**FRENECTOMIE LABIALE SUPERIEURE: TECHNIQUE
OPERATOIRE ET INTERETS THERAPEUTIQUES**

<p>Auteurs</p> <p>KONE D. KAMAGATÉ A. MOBIO S.</p> <p>Service</p> <p>Département de parodontologie, U.F.R. Odonto-Stomatologie-Université d'Abidjan-Cocody</p> <p>Correspondance</p> <p>Dr. KONE Dramane Maître-Assistant U.F.R. Odonto-Stomatologie Université de Cocody 22 BP 612 Abidjan 22</p>	<p>RESUME</p> <p>Le frein labial supérieur d'insertion basse est un facteur de complications des parodontopathies. Ces mauvaises insertions sont à l'origine du maintien ou de l'élargissement de certains diastèmes inter-incisifs. Dans ce travail, nous montrons une technique opératoire d'ablation totale du frein (frénectomie) à partir d'un cas clinique. Cette chirurgie plastique muco-gingivale nous a permis d'éliminer l'action traumatique du frein en le repositionnant plus haut. La frénectomie doit être réalisée assez tôt afin de prévenir les incidences parodontales ou les interférences avec les thérapeutiques orthodontiques ou prothétiques.</p> <p>Mots-clés : Frein labial supérieur - Diastème - Frénectomie - Chirurgie muco-gingival</p> <p>SUMMARY</p> <p><i>The lower attachment of the superior labial frenum is a factor of complication in periodontal diseases. Because of these pathological frenums, the diastema between the two superior central incisors does not properly close. In this clinical case, a frenectomy (a total ablation of the labial frenum) has been performed. This muco-gingival plastic surgery helped reposition the frenum, and stop its traumatic action. Frenectomy must be performed as soon as possible in order to prevent periodontal incidences or interferences with orthodontic or prosthetic treatments.</i></p> <p>Key Words: Superior labial frenum - Diastema - Frenectomy - Mucogingival surgery</p>
---	--

INTRODUCTION

Les freins sont des restes de structures embryologiques ; le frein labial supérieur reliant le tubercule de la lèvre à la papille palatine voit son attachement se déplacer au cours de l'évolution des procès alvéolaires. L'insertion est le plus souvent muqueuse, jusqu'à la ligne muco-gingivale. Cependant, dans certains cas, le frein peut s'insérer au niveau de la gencive attaché ou dans la papille inter-incisive et même au-delà dans la papille palatine^{3,5}.

La frénectomie est une technique de chirurgie plastique muco-gingivale^{1,3,4}. La chirurgie muco-gingivale est constituée par des procédés de chirurgie plastique destinés à corriger les relations de la gencive et de la muqueuse alvéolaire qui peuvent compliquer les parodontopathies et entraver la réussite du traitement (parodontal, orthodontique ou prothétique). L'un de ses buts est le repositionnement des freins et brides musculaires interférant au niveau des poches parodontales. L'objectif de ce travail est de monter à partir d'un cas clinique le protocole opératoire de la frénectomie labiale supérieure et indiquer les intérêts thérapeutiques.

I - PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un sujet de sexe féminin âgé de 25 ans. Au niveau clinique, la patiente présente une dysharmonie dento-maxillaire d'où une occlusion traumatique, un frein labial supérieur d'insertion basse au niveau de la papille bunoïde centrale, un diastème inter-incisif important avec une vestibulo-version des 11 et 21. Ces deux dents présentent également des récessions gingivales importantes et une mobilité dentaire de type 4 (figure 1).



Figure 1 : Cas clinique

La radiographie panoramique (figure 2) montre une résorption osseuse horizontale généralisée, plus importante dans le secteur antérieur supérieur. La 11 et la 21 présentent un élargissement ligamentaire circulaire autour de la racine qui est un signe de trauma occlusal consécutif à des forces de type va et vient ou juggling.



Figure 2 : Radio panoramique

II - PROTOCOLE OPERATOIRE

Après une anesthésie locale au niveau du frein et du raphé médian, le frein est mise en évidence par traction sur la lèvre supérieure et la partie blanchie est saisie à l'aide d'une pince hémostatique ou à griffe (figures 3 et 4).



Figure 3 : Anesthésie locale



Figure 5 : Incision du frein



Figure 4 : Frein saisi à l'aide d'une pince hémostatique



Figure 6 : Incision au niveau du palais

Le frein est incisé à l'aide d'une lame de bistouri n°15. Les traits d'incision sont réalisés de part et d'autre de l'instrument, les fibres sont disséquées jusqu'à l'os. Les incisions doivent englober l'ensemble des insertions (figures 5, 6), au besoin jusqu'à la papille palatine ; tout en préservant les sillons gingivaux des dents adjacentes. Les traits d'incision dessinent deux triangles dont la base commune est prise dans la pince. Le losange tissulaire ainsi formé est alors éliminé (figure 7). La plaie également dessine une forme losangique (figure 8). Les berges de la plaie sont suturées par des points séparés ou par un surjet (photo 9). Si la plaie est importante, un pansement chirurgical est posé (figure 10). Une antibiothérapie à base d'amoxicilline est réalisée pendant une à deux semaines, associée à un bain de bouche.



Figure 7 : Décollement du frein



Figure 8 : Plaie après incision



Figure 11 : Une semaine après



Figure 9 : Points de suture



Figure 12 : Deux semaines après



Figure 10 : Pansements chirurgicale

La plaie est examiné une semaine après et les fils de suture sont retirés (fig. 11). A deux semaines (figure 12), la cicatrisation est totale, et le frein est repositionné plus haut. Ce qui élimine les tensions du frein sur la gencive marginale.

III - INTERETS THERAPEUTIQUES

En parodontie, lorsque les freins exercent des tensions sur la gencive marginale ou sur la papille, cela peut entraîner l'ouverture du sulcus et des poches parodontales, favorisant ainsi l'accumulation des irritants⁷. Si le repositionnement du frein n'est pas réalisé tôt, cela entraîne un approfondissement des poches parodontales suivie de large récession gingivale. Toute fois, la frénotomie qui est l'ablation partielle des freins suffit en général en parodontie⁷. Elle permet de repositionner l'attachement du frein de façon à créer une zone de gencive attaché entre la gencive marginale et le frein. L'acte chirurgical doit être réalisé assez tôt afin d'éliminer toutes les tensions des freins sur la gencive marginale.

En orthodontie, lorsque la tension d'un frein entraîne le blanchiment de la papille palatine, bien souvent, le faisceau fibreux est visible dans l'espace inter-incisif^{3, 4, 5}. Ces insertions palatines empêchent la fermeture du diastème. Les anomalies des freins sont souvent associées à des contractions maxillaires, à des palais étroits et à des béances antérieures⁵. Lorsque la fermeture ne se produit plus, la frénectomie doit être réalisée pour permettre la fermeture d'un diastème inesthétique ou pour éviter l'agrandissement de petit diastème qui a un caractère esthétique chez certains patients. En orthodontie, la frénectomie est réalisée avant la pose des appareils orthodontiques. Elle permettra la fermeture du diastème et le maintien des dents après les déplacements dentaires⁵.

Enfin, en prothèse la frénectomie permet d'éliminer les tractions des freins sur la gingive marginale des dents piliers de prothèse fixée ou d'assurer la stabilité des plaques de prothèse adjointe. Dans le cas de la prothèse partielle, la frénectomie est souvent associée à une vestibulopastie, qui est un acte de chirurgie muco-gingival destiné à l'approfondissement du vestibule.

CONCLUSION

La frénectomie par la technique losangique est un acte de chirurgie muco-gingival facile à réaliser, qui a pour but de repositionner les freins exerçant une action traumatique directe sur la gencive marginale ou sur la papille palatine et qui empêchent la fermeture d'un diastème. Cette technique s'applique également au frein lingual qui limite les mouvements de la langue.

La frénectomie au laser tend à simplifier davantage cet acte en profitant des avantages de la chirurgie au laser avec une finesse de coupe, une parfaite hémostase, ainsi que des suites opératoires minimales. Toutefois, une parfaite connaissance de cet instrument, de son utilisation et des effets

lasers est un pré-requis indispensable pour éviter tout dommage iatrogène^{2,6}.

L'acte chirurgical ne sera réalisé qu'après l'élimination de l'inflammation et le contrôle de plaque post-opératoire étant le paramètre le plus important pour l'obtention des résultats recherchés par l'acte chirurgical.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BOUCHEMIT I, KUNTZ T.
La frénectomie labiale supérieure
Inf. Dent. 1997 ; 32 : 2269-2275.
- 2 - COHEN R.E., AMMONS W.F.
Lasers in periodontics (Academy report)
J. Periodontol. 2002 (73), 1231 - 1239.
- 3 - EDWARDS J.G.
A clinical study : the diastema, the frenum, the frenectomy
Oral Health 1977 67 (9): 51-62
- 4 - GARDELA J.P., MONNET-CORTI V., GLISE J.M.
La chirurgie muco-gingivale
Real. Clin. 1997, 8 (1) : 41 - 59.
- 5 - KORBENDAU J., GUYOMARD F.
Chirurgie parodontale orthodontique
Chapitre 4 : diastème median et frein labial supérieur PP : 55 - 63 .
- 6 - KRYIER G, ABADIE M.J.M., HORTON J.E.
L'utilisation des laser en parodontologie
J. Parodontol. Implantol. Oral, 1994 ; 13 (4) : 405-415.
- 7 - MIRKO P. MIROSLAV S. LUBOR M.
Significance of the labial frenum attachment in periodontal diseases in man.
J. Periodontol. 1974 45 (12): (891-894)