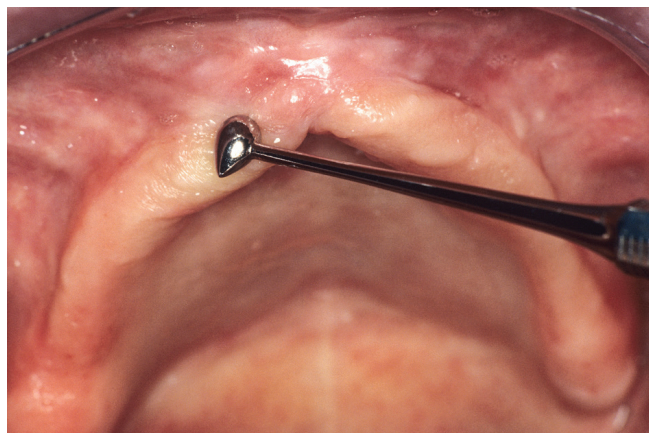


La chirurgie préprothétique chez l'édenté total : chirurgie des tissus mous

C. RIGNON-BRET,
A. LAM
Chirurgiens-dentistes



- Quelles sont les lésions des tissus mous rencontrées chez l'édenté total ?
- Quelles sont les indications de chirurgie correctrices de tissus mous ?
- Quelles techniques chirurgicales employer ?

La population de patients totalement édentés est parfois traitée par des prothèses amovibles complètes inadaptées qui sont responsables d'atteintes au niveau des surfaces d'appui prothétique et des structures musculaires et articulaires.

Au stade du renouvellement des prothèses, la prise en charge de ces patients nécessite alors d'améliorer la qualité de la surface d'appui prothétique avant de débiter les étapes de réalisation prothétique. L'observation clinique loco-régionale met en évidence les facteurs positifs et négatifs pour la réalisation d'une prothèse complète stable, rétentive et favorable au maintien de la pérennité de la surface d'appui [1].

Le traitement prothétique est un acte médical qui, suite au diagnostic, peut poser l'indication d'un traitement préprothétique d'assainissement de la surface d'appui prothétique [2]. Ce traitement préprothétique peut être non chirurgical avec une mise en condition tissulaire utilisant des résines à prise retardée et/ou une modification des prothèses existantes [3,4]. Il peut également être chirurgical lorsque cette préparation tissulaire s'avère insuffisante ou inefficace [5].

Ainsi, la chirurgie préprothétique a pour objectif de corriger les anomalies congénitales ou acquises des tissus durs et des tissus mous supports d'une prothèse amovible afin d'établir des conditions

anatomiques favorables à une réalisation prothétique de qualité [6]. L'objectif de cet article est de présenter les indications et les techniques chirurgicales préprothétiques sur les tissus mous.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Un bilan préopératoire complet est indispensable pour évaluer les risques médico-chirurgicaux. Les contre-indications absolues ou relatives liées à l'état de santé du patient sont globalement celles de la chirurgie orale, avec cependant la spécificité de la prise en charge des patients âgés [6]. Au niveau des tissus mous, la prévalence des lésions chez l'édenté complet appareillé est présentée dans le [tableau](#) ci-dessous.

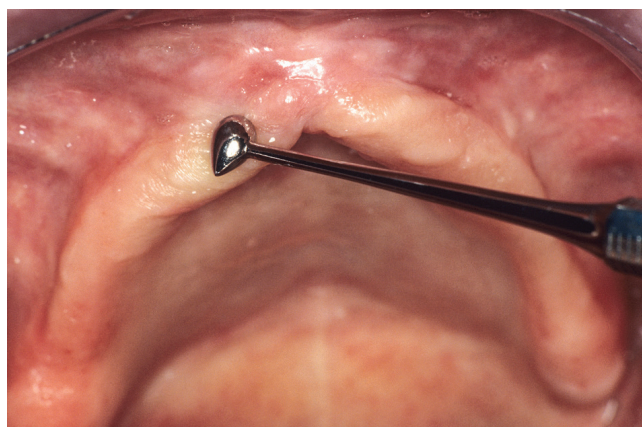
Les crêtes flottantes

Étiologies

Les hyperplasies¹ et les hypertrophies muqueuses sur les crêtes sont dénommées « crêtes flottantes ». Elles sont liées à un défaut d'adhérence de la fibromuqueuse hyperplasiée au périoste

Comparaison des principales techniques de fabrication par addition			
Études	Hyperplasie d'origine prothétique	Épulis	Crête flottante
Helft M et coll. [7]		24,6 %	22 %
Budtz-Jørgensen E. [8]			10-20 %
Moskona D et coll. [9]	10 %		
Xie Q et coll. [10]			24 % maxillaire 5 % mandibulaire
Dorey JL et coll. [11]		2 %	
Coelho CM et coll. [12]	14,5 %		
Coelho CM et coll. [13]	16,7 %		5,1 %
Freitas JB et coll. [14]	29,4 %		
Ferreira RC et coll. [15]	12,8 %		
Turker SB et coll. [16]	12,3 %		5,7 %
Jainkittivong E et coll. [17]	17%		
Bilhan H et coll. [18]		4.2 %	
Veena KM et coll. [19]	5-10 %		
Bozdemir E et coll. [20]	34,7 %		

¹ L'hyperplasie peut être définie comme un développement excessif des tissus par multiplication de ses cellules, avec conservation d'une architecture et de fonctions normales.



1

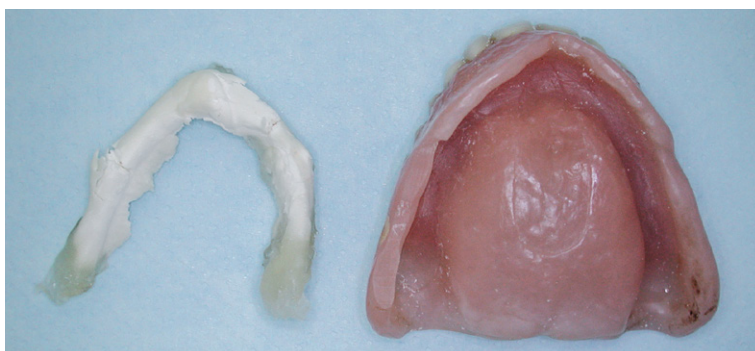
1. Crête flottante maxillaire antérieure présentant un aspect sain. Seule la palpation de la zone dépressible permet de faire le diagnostic.

2. Crête flottante idiopathique avec hypertrophie de la couche glandulaire.

3. Emploi excessif de pâte adhésive dans la prothèse complète.



2



3

(fig. 1). Selon les études, elles se rencontrent chez 5 à 20 % des patients édentés complets appareillés (voir le [tableau](#) de la page précédente). Les hyperplasies peuvent être liées à la prise de certains médicaments comme la ciclosporine, la phénytoïne ou la nifédipine [21-23], ou à des causes idiopathiques (fig. 2). Hormis ces causes générales, l'étiologie de crêtes flottantes est le résultat du port de prothèses amovibles complètes inadaptées. En effet, des prothèses complètes avec une occlusion défectueuse et des joints insuffisants génèrent une résorption osseuse incontrôlée qui est compensée dans son volume par cette crête flottante. C'est une situation clinique souvent rencontrée lorsqu'une prothèse complète est opposée à un édentement bilatéral postérieur (classe 1 de Kennedy). Dans ce cas, si l'occlusion postérieure est mal équilibrée ou en sous-occlusion, les dents antérieures mandibulaires exercent alors une prématurité et une surcharge occlusale

à l'origine d'une résorption osseuse et d'une crête flottante [24].

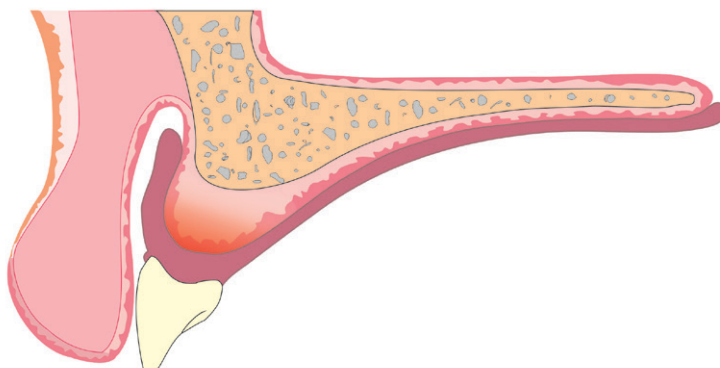
Ces pathologies sont aggravées par deux phénomènes. D'abord l'utilisation abusive de « colles adhésives », pour pallier l'instabilité prothétique, qui tend à développer l'hyperplasie (fig. 3). Ensuite, par l'utilisation de dents prothétiques en résine dont la résistance à l'abrasion est faible, ce qui engendre une usure rapide puis une perte du calage occlusal. Le patient, pour maintenir l'équilibre prothétique, place la mandibule dans une position paracentrée ou excentrée et amplifie alors la surcharge occlusale antérieure [25]. Enfin, les crêtes flottantes peuvent être localisées postérieurement. Ce sont les tubérosités flottantes ou les trigones flottants (fig. 4).

Conséquences prothétiques

La présence de crêtes flottantes molles et dépressibles complique la prise d'empreinte. Ces zones risquent d'être déformées et déplacées par les techniques classiques de prise d'empreintes



4

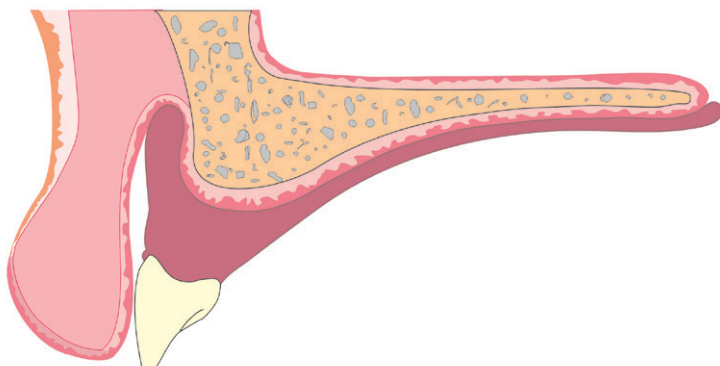


5

4. Tubérosités flottantes.

5. Schéma de la crête flottante. La surface de sustentation est limitée à la zone postérieure en arrière de la crête flottante.

6. Schéma de la crête flottante supprimée. Malgré la réduction du volume, la surface de sustentation est augmentée, elle va jusqu'au bord antérieur de la prothèse.



6

fonctionnelles [25]. Les crêtes flottantes sont essentiellement défavorables à la sustentation. Elles entraînent une instabilité prothétique lors de la fonction, des douleurs pendant la mastication et un défaut de rétention [1,24,26].

Les tubérosités hyperplasiques résultent du port de prothèses complètes ne recouvrant pas les tubérosités. Leur volume réduit l'espace prothétique et empêche le recouvrement tubérositaire de la plaque base, et parfois le montage des dents postérieures.

Indication d'exérèse

L'exérèse des crêtes flottantes est indiquée, chaque fois que l'état de santé du patient le permet, pour retrouver une fibromuqueuse adhérente à l'os sous-jacent. En effet, bien que réduisant le volume de la crête, la chirurgie d'exérèse permet d'obtenir une surface de sustentation plus importante (fig. 5 et 6). Dans les cas inopérables, ce sont des techniques spécifiques d'empreintes mixtes avec des

porte-empreintes individuel à logettes qui sont réalisées [27].

Pour les tubérosités flottantes, la chirurgie correctrice a pour objectif d'obtenir un volume tubérositaire compatible avec un espace prothétique permettant d'éviter toute interférence entre les plaques bases des prothèses.

Les freins et les brides

Étiologies

Les freins sont des structures anatomiques intra-orales normales dont le siège ou le volume varie (freins médians, canins ou de la langue). Les brides sont plutôt des formations cicatricielles, séquelles de blessures par des prothèses inadaptées ou des chirurgies buccales mal conduites [28].

Conséquences prothétiques

L'examen clinique, et en particulier la traction des joues et des lèvres, permet d'évaluer le niveau d'insertion, la morphologie de la base d'implantation et la mobilité des freins et des brides. Si le jeu

7. Bride canine droite maxillaire.

8. Le jeu fonctionnel de la bride est parfaitement enregistré avec un polyéther haute viscosité lors de l'enregistrement fonctionnel du joint.

9. Lésion hyperplasique sessile du fond du vestibule maxillaire antérieure, lésion dite en « feuillets de livre ».

10. Lésion hyperplasique pédiculée du fond du vestibule maxillaire antérieure.



7



8



9



10

fonctionnel des freins et des brides n'est pas parfaitement enregistré lors de l'enregistrement des joints et du surfacage de l'empreinte fonctionnelle, ni parfaitement reproduit sur les bords prothétiques, les mouvements fonctionnels de la musculature périphérique ou linguale risquent de déplacer la prothèse et d'entraîner une perte de rétention.

Indications de freinectomie

Les indications d'exérèse des freins et des brides varient considérablement d'un praticien à l'autre. Certains préfèrent supprimer d'emblée ce qu'ils considèrent comme un obstacle anatomique [28,29]. Au contraire, il est souhaitable de conserver ces freins et brides car, parfaitement enregistrés et reproduits sur les prothèses, ils permettent d'améliorer la rétention prothétique. En effet, si le jeu fonctionnel du frein est parfaitement enregistré, il contribue à augmenter la longueur du joint périphérique et donc l'efficacité du joint (fig. 7 et 8) [27,30]. De plus, le frein correctement placé dans l'échancrure du bord prothétique stabilise la prothèse dans le plan horizontal. Néanmoins, l'exérèse du frein labial médian

supérieur conserve une indication esthétique majeure lorsque le frein possède son insertion sur le sommet de la crête et que le sourire du patient risque de découvrir le volet labial [31]. L'échancrure du bord de la prothèse [31].

Les fibromes prothétiques ou hyperplasies d'origine prothétique

Étiologies

Des hyperplasies sont rencontrées au niveau du vestibule et provoquent des lésions appelées fibromes prothétiques ou « lésions en feuillets de livres » [32]. Elles sont de morphologies variables avec des bases d'implantation larges (sessiles) ou étroites (pédiculées) (fig. 9 et 10). La diversité des lésions explique la disparité de leur prévalence dans la population de patients édentés appareillés qui va de 10 à 34 % (voir le tableau en page XXX). Ces lésions traumatiques se développent chez les patients porteurs de prothèses inadaptées [1,26,29]. Elles sont le résultat d'un traumatisme chronique de bords prothétiques sécants et en surextension. Cela peut être lié à une prothèse

complète instable ou devenue inadaptée avec la résorption osseuse. Ces lésions sont aggravées par une hygiène orale et prothétique insuffisante qui favorise la colonisation des prothèses par le *Candida albicans* [1].

En fonction de leurs localisations et de leurs aspects, plusieurs hyperplasies sont décrites, qui correspondent à des tumeurs bénignes épithéliales ou conjonctives : diapneusies, épulis inflammatoire, kyste de la papille palatine, papilles rétro-incisives hyperplasiées et inflammatoires, botryomycome, lipomes, papillomes... Le diagnostic différentiel de ces lésions localisées bénignes doit être réalisé avant d'entreprendre un geste chirurgical.

Ainsi, les fibromes de la muqueuse labiale ou jugale sont appelés diapneusies (fig. 11). Ils se développent lentement pendant plusieurs années, souvent en regard d'un espace d'aspiration de cette muqueuse (diastème, site d'extraction non compensé). Cette hyperplasie fibreuse est donc engendrée par une irritation chronique qu'il convient de découvrir. L'épulis inflammatoire est une réponse à un phénomène inflammatoire chronique dont il convient d'en rechercher la cause. Le botryomycome est une hyperplasie inflammatoire de tissu conjonctif avec de nombreux petits vaisseaux. Le traumatisme prothétique génère un tissu de granulation excessif avec une surface recouverte de fibrine et une tendance au saignement.

Conséquences prothétiques

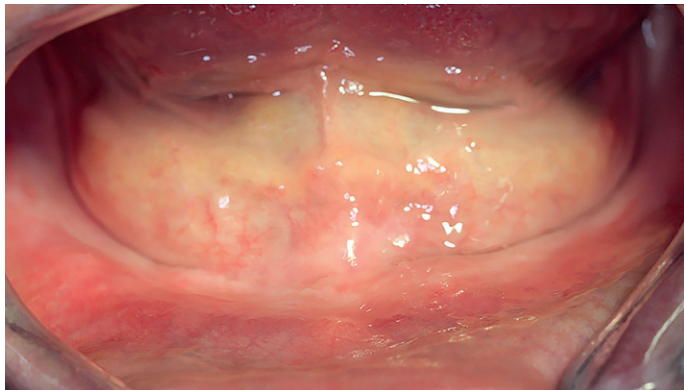
Ces lésions sont douloureuses et source d'inconfort pour les patients. La **La** **exten-** **sion** est responsable d'un défaut du joint périphérique et donc d'une perte de rétention.

Indications d'exérèse

La réalisation d'une nouvelle prothèse ne peut être envisagée sans la disparition ou la suppression de ces lésions. La correction des bords prothétiques associée à une mise en condition tissulaire permet l'involution, voire la disparition de ces lésions. Mais dans les cas les plus sévères, l'exérèse chirurgicale s'impose.



11



12

Vestibule de profondeur insuffisante

Étiologies

Dans les cas de résorption osseuse extrême, les insertions musculaires sont proches du sommet de la crête. Une résorption importante correspond à une hauteur entre le sommet de la crête et la ligne de réflexion muqueuse inférieure à 3 mm. Cette résorption importante est le plus souvent liée au port de prothèses complètes inadaptées et mal équilibrées pendant de nombreuses années. Elle peut exceptionnellement être le résultat d'un échec de traitement implantaire.

Conséquences prothétiques

Dans les cas fortement résorbés, la morphologie de la crête est réduite. Ainsi, la surface de sustentation est diminuée et le relief crestal est peu favorable à la stabilisation de la prothèse amovible complète (fig. 12).

11. Diapneusie de la muqueuse labiale.

12. Crête édentée mandibulaire atrophiée.

Indication d'approfondissement vestibulaire

Dans cette situation clinique de faible profondeur vestibulaire, de nombreux auteurs ont préconisé d'indiquer une intervention chirurgicale d'approfondissement vestibulaire [3,29,33-36]. Ces interventions chirurgicales furent progressivement abandonnées du fait de leur complexité, de leur morbidité et du nombre important de récidives. En effet, les insertions musculaires désinsérées ont tendance avec le temps à se replacer dans leur situation initiale. Surtout, ces interventions sont très douloureuses pour un faible gain. Les techniques modernes d'empreintes et de montage permettent de traiter ces cas sans avoir recours à la chirurgie [27,37].

TECHNIQUES CHIRURGICALES

Chirurgie des crêtes flottantes

À l'examen clinique, lors de la palpation, les crêtes flottantes apparaissent :

- molles, fibreuses, « cartonnées », parfois exubérantes ;
- symétriques ou asymétriques ;
- à base d'implantation large ou étroite ;
- situées plus ou moins en regard de la ligne faitière de crête ;
- avec un aspect érythémateux ou sain.

Il convient de distinguer la chirurgie de crêtes flottantes maxillaire de celle de la mandibule. Cette dernière nécessite en effet la prise en compte de l'obstacle anatomique que constitue l'émergence du nerf mandibulaire au foramen mentonnier.

Technique classique d'exérèse des crêtes flottantes (ex : maxillaire de canine à canine) (fig. 13 à 18)

Il s'agit en premier lieu de délimiter par palpation l'étendue de la crête flottante. Une analgésie par infiltration locale avec vasoconstricteur est réalisée à distance du site opératoire (ex : analgésie du nerf alvéolaire supérieur par une infiltration bilatérale canine haute), ce qui évite l'élimination partielle de la solution anesthésique lors du saignement peropératoire [38]. Cette analgésie est complétée par des infiltrations palatines pour le nerf naso-palatin et

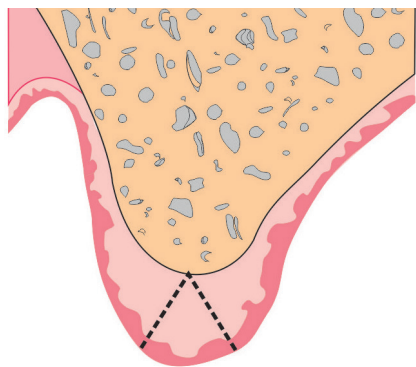
au niveau du seuil narinaire (anastomoses croisées).

La chronologie de l'incision s'effectue en trois temps. D'abord, une incision primaire cunéiforme (dite en « quartier d'orange ») qui va jusqu'au contact osseux en vestibulaire et en palatin. Afin d'obtenir, en fin d'intervention, un rapprochement idéal des berges, il faut que la largeur entre les traits d'incision vestibulaire et palatin soit égale à la profondeur de l'incision.

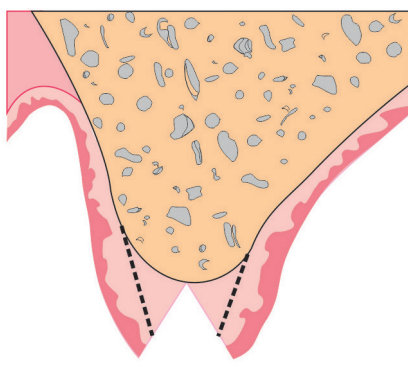
Une fois la masse de tissus hyperplasiques retirée, une dissection pour désépaissir la masse de tissus hyperplasiques au niveau des berges est réalisée. Dans ce but, les berges de l'incision sont légèrement décollées et le tissu est tendu avec une précelle à griffes. Cette dissection s'effectue grâce à deux incisions, l'une superficielle parallèle à la surface muqueuse, l'autre profonde au niveau du périoste pour ôter le tissu en excès.

Le rapprochement des berges est réalisé pour juger de la régularité et de l'importance de l'exérèse. Si elle est insuffisante, la correction pour obtenir la meilleure coaptation des berges s'effectue avec une lame ou au ciseau de Metzenbaum. Les sutures se réalisent soit par des points séparés, soit par une suture continue, type surjet passé, qui offre l'avantage de répartir la force de traction du fil sur toute la longueur du lambeau. La prothèse est corrigée au niveau des bords prothétiques en surextensions, puis rebasée en occlusion avec des résines de rebasage (DuraBase, Coe-soft, GC Reline, Hydrocast...). Préalablement au rebasage, les fils de sutures sont vaselinés. La prothèse rebasée favorise l'hémostase et guide la cicatrisation. Le suivi prothétique consiste, à 48 heures, à nettoyer la plaie et la prothèse, et à contrôler l'occlusion et l'absence de blessure. Les fils de suture sont retirés précocement entre trois et cinq jours pour éviter un risque d'enfouissement des nœuds sous l'épithélium de la fibro-muqueuse. Le traitement prothétique peut débuter trois semaines plus tard.

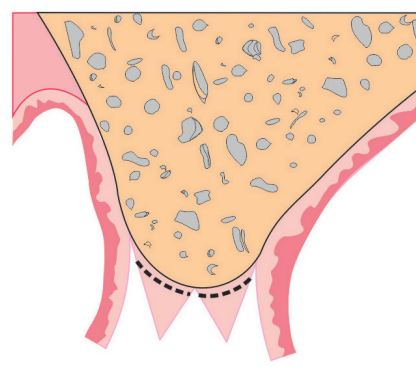
Pour les tubérosités flottantes, la technique chirurgicale est identique mais il faut s'assurer avant cette chirurgie de l'absence d'une dent de sagesse incluse grâce



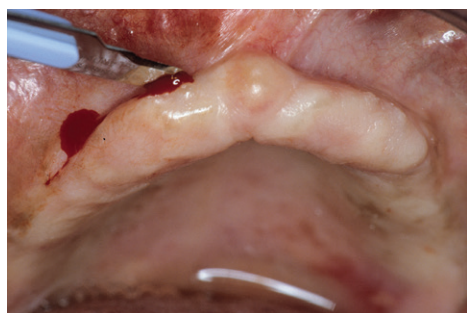
13a



b



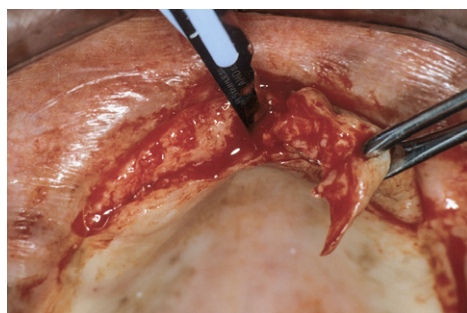
c



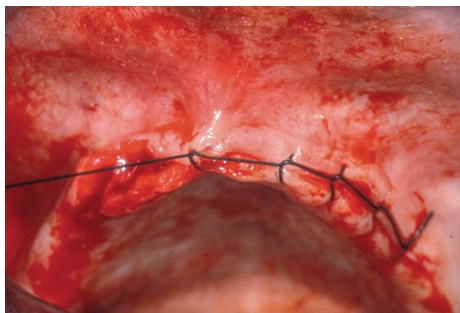
14



15



16



17

13. Chronologie de l'incision en trois temps.

a. Incision cunéiforme dite en quartier d'orange.

b. Incision tangentielle à la surface muqueuse pour désépaissir la masse de tissu hyperplasique.

c. Incision sus-periostée à la base du tissu hyperplasique pour le retirer.

14. Incision vestibulaire en-deça de la ligne mucco-gingivale jusqu'au contact osseux. Noter l'axe horizontal de la lame.

15. Incision primaire cunéiforme vestibulaire et palatine de l'ensemble de la crête flottante.

16. La masse de tissu hyperplasique tractée avec la pince à griffes puis sectionnée à sa base.

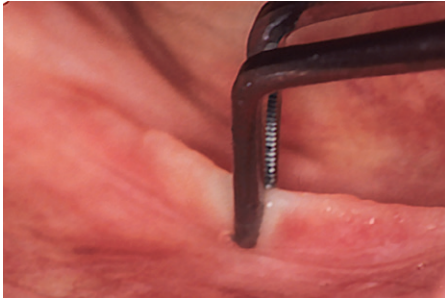
17. Suture continue par un surjet passé.

18. Prothèse amovible complète rectifiée au niveau des bords prothétiques puis rebasée avec une résine de rebasage (Durabase).

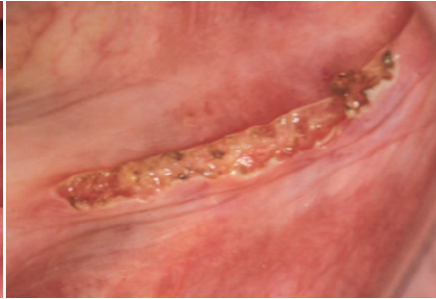
à une radiographie panoramique. De plus, lors de la chirurgie, il faut faire attention à ne pas inciser trop en palatin à proximité des foramina grands palatins (artère palatine descendante et nerf palatin antérieur) et palatins accessoires (rameaux de l'artère palatine et nerfs palatins postérieurs et moyens). Lors du désépaississement palatin, une limite de sécurité à 5 mm en dedans du repli **sub-tubérositaire** du ligament ptérygo-palatin doit être respectée.



18



19



20



21



22



23

19. Crête flottante mandibulaire fibreuse à base d'implantation étroite située dans la zone postérieure.

20. Exérèse de la crête flottante au bistouri électrique.

21. Cicatrisation à quinze jours.

22. Illustration de la technique chirurgicale de la chirurgie d'une crête flottante mandibulaire située au niveau du foramen mentonnier.

23. Sur pièce anatomique. Incisions triangulaires, en mésial et distal, à distance de l'émergence repérée du foramen **mentonnier**  tunellisation progressive sous-muqueuse jusqu'à visualiser le pédicule mentonnier.

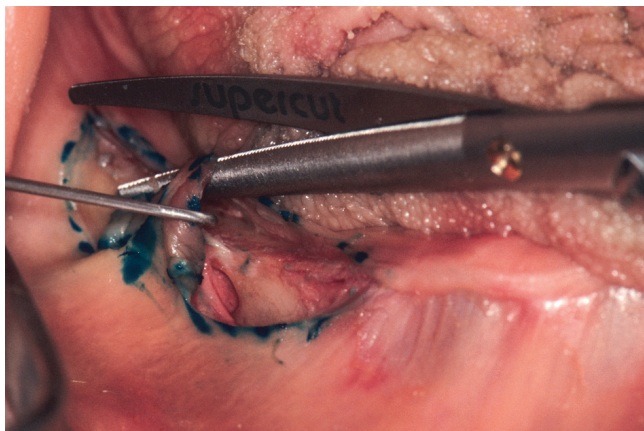
Techniques spécifiques d'exérèse des crêtes flottantes à la mandibule

La particularité de la chirurgie des crêtes flottantes mandibulaires est liée à la situation de la crête flottante par rapport au pédicule mentonnier. L'émergence du pédicule mentonnier doit être localisée grâce à une radiographie panoramique puis sa situation confirmée à la palpation. Deux situations cliniques peuvent se présenter.

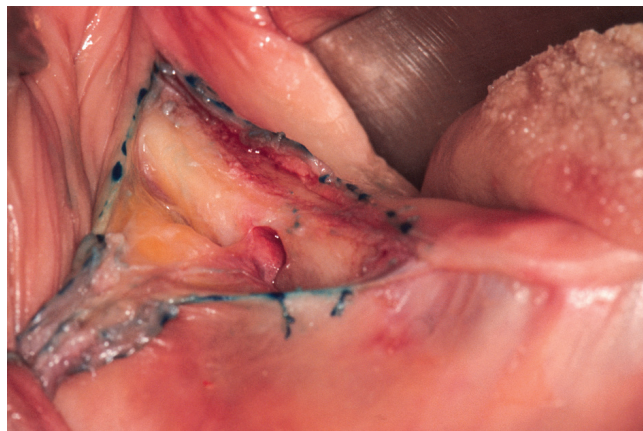
- La crête flottante est à distance de l'émergence du pédicule mentonnier. La crête flottante est en totalité en avant ou en arrière du pédicule mentonnier, ou est située sur le sommet de la crête mais à distance du pédicule mentonnier situé apicalement. La chirurgie d'exérèse est alors similaire à la technique classique décrite précédemment. Pour les crêtes flottantes mandibulaires à base d'implantation étroite ([fig. 19 à 21](#)), on peut avantageusement employer le laser ou le bistouri électrique qui exercent un effet de

coagulation simultané lors de la coupe et simplifient l'acte chirurgical.

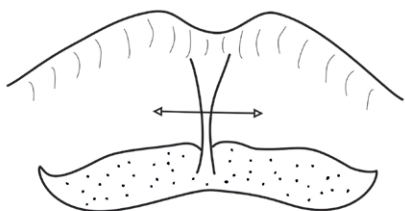
- La crête flottante est située au niveau du pédicule mentonnier localisé sur le sommet de la crête édentée. La situation de l'émergence du pédicule mentonnier est repérée et marquée. L'analgésie est obtenue par une infiltration locale en vestibulaire et lingual. L'incision « en quartier d'orange » débute à distance du foramen mentonnier en mésial et en distal ([fig. 22](#)). Puis, par l'incision mésiale, une tunellisation sous-muqueuse progressive est réalisée avec soit avec un décolleur fin, soit un syndesmotome droit, soit un petit ciseau de Metzenbaum ([fig. 23](#)). Après avoir repéré visuellement et isolé le nerf mentonnier qui est exclusivement sensitif, la fibromuqueuse est coupée du côté lingual le long de la crête flottante ([fig. 24](#)). Le lambeau est rabattu en vestibulaire. Le pédicule du nerf mentonnier est alors disséqué de la masse hyperplasique ([fig. 25](#)). La suture est réalisée classiquement.



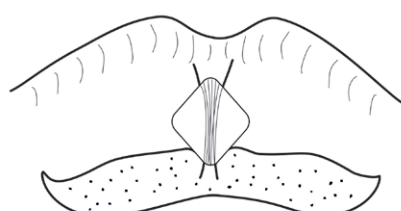
24



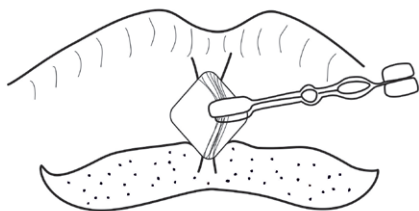
25



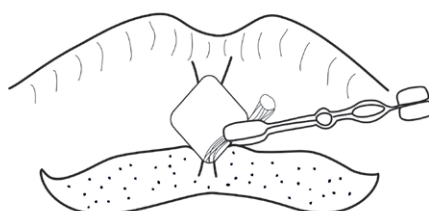
26



27



28



29

24. Sur pièce anatomique. Incision du côté lingual de la crête flottante.

25. Le lambeau est rabattu en vestibulaire et la masse de tissu hyperplasique disséquée et retirée.

26. Le frein est tendu. Incision transversale à mi-hauteur.

27. Espace losangique sous-muqueux qui permet de visualiser le tractus fibreux...

28. ...saisi avec une pince à griffes ou une pince.

29. Section du tractus fibreux à ses bases. L'os est ruginé pour s'assurer de la suppression des insertions osseuses.

Freinectomie

De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites en fonction de la nature fibreuse du frein [28,36,38].

En effet, le frein labial médian peut être une structure simple formée principalement d'une couche d'épithélium recouvrant un tissu conjonctif lâche, mais également une structure complexe avec un tractus musculo-fibreux plus ou moins dense.

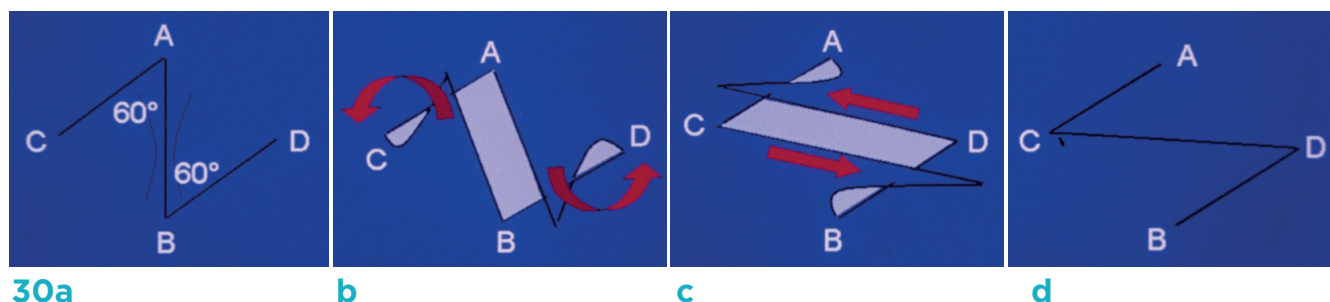
Technique simple d'exérèse

(fig. 26 à 29)

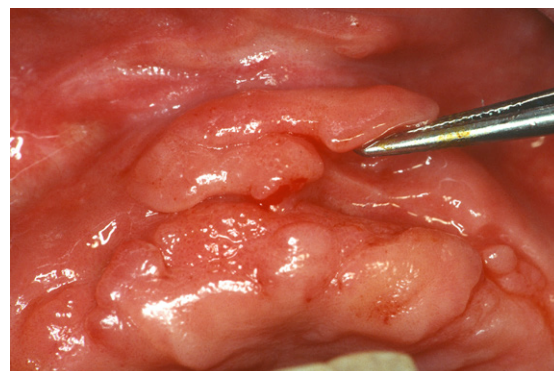
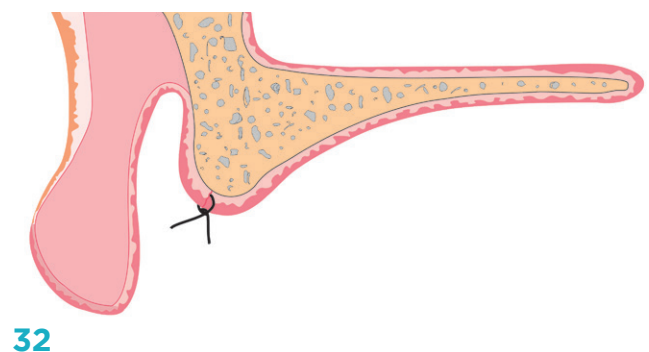
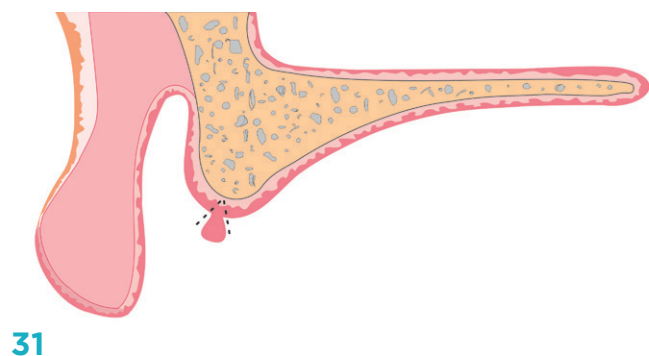
Une infiltration canine haute et au seuil narinaire est réalisée, puis complétée au niveau de la papille rétro-incisive.

La lèvre est tractée de manière à tendre le frein. La première incision transversale au milieu du frein est réalisée. Elle fait apparaître un espace losangique. Les berges de la plaie sont décollées de part et d'autre du tractus fibreux. Ce dernier est saisi avec une pince ; il est ensuite disséqué jusqu'au contact osseux sur toute la longueur visible. Il est sectionné puis libéré et retiré. À l'aide d'une curette tranchante, on s'assure ensuite de la totale éviction des insertions osseuses.

La suture à points séparés est précédée d'un léger décollement des bords latéraux afin de donner un peu d'élasticité aux tissus et de permettre le recouvrement de la zone d'exérèse.



30. Schéma de la plastie en Z. **a.** Incision primaire AB longitudinale dans l'axe du frein, puis deux incisions formant un angle de 60° avec l'incision AB. **b.** Obtention de deux lambeaux muqueux triangulaires équilatéraux CAB et DBA : l'un à pédicule gingival, l'autre à pédicule labial. Ils sont disséqués et libérés de leurs adhérences profondes et superficielles. **c.** Entrecroisement des sommets des deux lambeaux de telle sorte que CAB prenne la place de DBA et inversement. **d.** Une fois les sutures séparées, le vestibule est approfondi et maintenu.



31. Schéma d'exérèse simple cunéiforme d'une hyperplasie pédiculée sur la fibromuqueuse.

32. Schéma de l'exérèse réalisée et sutures des berges de la plaie.

33. Fibrome prothétique à base large.

Technique de la plastie en Z (fig. 30a-d) [32,33,38,39]

L'intérêt principal de la plastie en Z par rapport à la technique classique est d'obtenir en fin d'intervention une cicatrice du frein horizontale et non verticale, et de rétablir d'emblée un sillon vestibulaire. Cette plastie en Z n'est indiquée que pour les freins et les brides étroites. Elle correspond à une autoplastie par transposition de deux lambeaux triangulaires.

Elle consiste à faire pivoter de 90° l'axe de tension du frein par l'entrecroisement des deux lambeaux.

Une incision primaire longitudinale est réalisée dans l'axe du frein.

Deux incisions secondaires, l'une partant du sommet créal, l'autre de l'extrémité julo-labiale, du premier trait d'incision sont effectuées. Elles forment un angle de 60° avec l'incision primaire et sont de longueur égale à cette dernière.

Nous obtenons deux lambeaux muqueux triangulaires équilatéraux, l'un à pédicule créal, l'autre à pédicule labial. Les deux lambeaux sont disséqués, libérés de leurs adhérences profondes et périphériques. Le tractus fibreux est retiré. Puis les sommets des deux lambeaux sont inversés. Cette translation des deux lambeaux est possible si les plans superficiels sont bien libérés du tissu conjonctif. Des sutures par points séparés sont réalisées.

Chirurgie des fibromes prothétiques

La technique chirurgicale varie en fonction de la base d'implantation de la lésion hyperplasique [26,32,33].

Lésions à base d'implantation étroite (fig. 31 et 32)

Ce sont des lésions bien individualisées (lésions pédiculées).

L'incision est simple, de part et d'autre du pédicule jusqu'au périoste, puis retrait de la masse de tissu hyperplasique tendue à la pince à griffe.

Les berges de la plaie sont suturées. La prothèse est rebasée, ce qui permet d'accroître la précision des rapports intrados-muqueuse, d'assurer un confort accru, de favoriser la cicatrisation.

Il est également possible d'utiliser judicieusement le laser ou le bistouri électrique avec une électrode à anse

Lésion à base d'implantation large occupant le vestibule

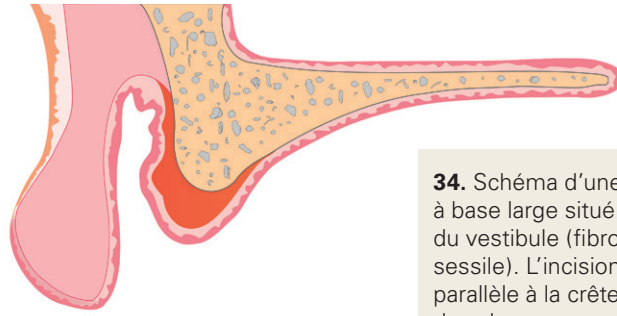
Ce sont des lésions type « feuillets de livre » (lésions sessiles) (fig. 33). Elles ne sont pas traitées de la même façon par exérèse en masse. L'objectif est d'éviter une exposition osseuse trop importante et surtout la disparition de la profondeur du vestibule.

La technique chirurgicale doit permettre de supprimer la masse de tissu hyperplasique tout en conservant suffisamment de capital muqueux pour fermer hermétiquement les berges et conserver une profondeur du vestibule.

Ainsi l'incision vestibulaire horizontale est réalisée, parallèle à la crête, au-dessus du bord supérieur de l'hyperplasie (fig. 34). Elle intéresse la muqueuse et les tissus sous muqueux mais elle respecte le périoste.

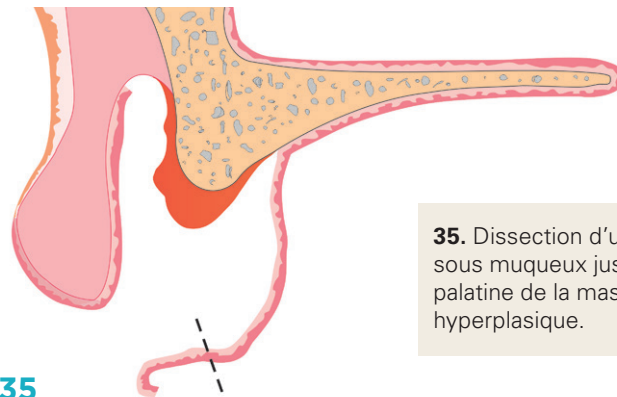
À partir du bord supérieur de l'incision, un mince lambeau muqueux est disséqué pour circonscrire toute la masse de tissu hyperplasiques. Cette dissection sous muqueuse est délicate, afin d'éviter de déchirer la muqueuse fragile (fig. 35).

La masse de tissu hyperplasique exposée est supprimée (fig. 36). Le lambeau est suturé au périoste après avoir régularisé sa longueur (fig. 37).



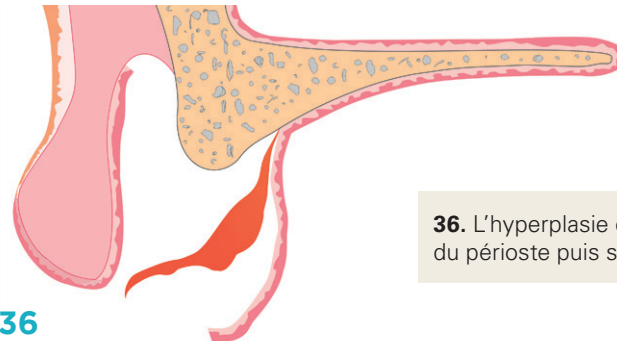
34

34. Schéma d'une hyperplasie à base large située au fond du vestibule (fibrome prothétique sessile). L'incision horizontale parallèle à la crête est réalisée dans la muqueuse labiale au niveau de la limite de l'hyperplasie.



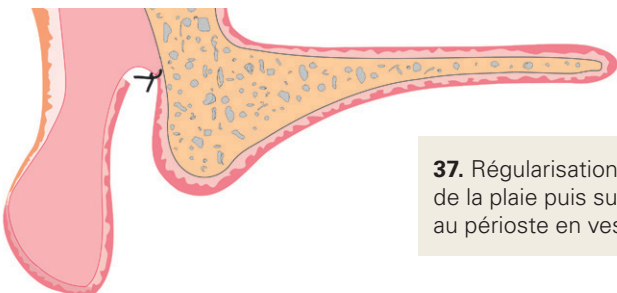
35

35. Dissection d'un mince lambeau sous muqueux jusqu'à la limite palatine de la masse de tissu hyperplasique.



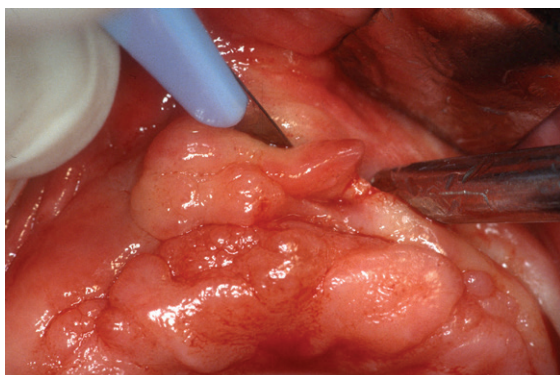
36

36. L'hyperplasie est libérée du périoste puis supprimée.

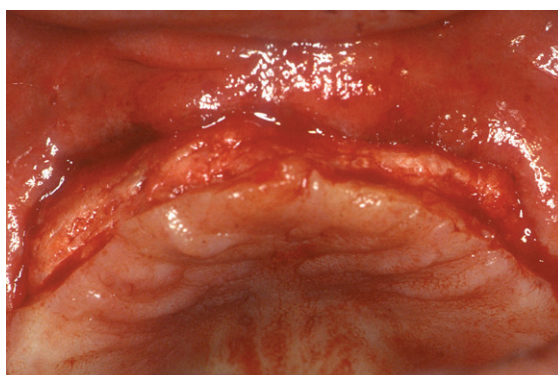


37

37. Régularisation des berges de la plaie puis suture du lambeau au périoste en vestibulaire.



38



39

38. Incision horizontale au fond du vestibule.

39. Dissection d'un lambeau sous-muqueux et résection de la masse de tissus hyperplasique(s ???).

40. Cicatrisation à trois semaines.



40

Les bords prothétiques sont corrigés et la prothèse rebasée (fig. 38 à 40).

En cas de doute sur une lésion des tissus mous, une analyse anatomopathologique est indiquée suite à l'exérèse chirurgicale.

d'assainissements de la surface d'appui sont indiqués lorsque celle-ci est altérée. À ce stade, la chirurgie préprothétique est un atout important dans le traitement de l'édentement total à condition d'en connaître les indications et d'en maîtriser les techniques.

De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites dans la littérature. Il est nécessaire de choisir celles alliant simplicité, innocuité, efficacité et pérennité de façon à proportionner les risques de l'acte chirurgical et de ses suites au bénéfice qu'il est possible d'en attendre. Les solutions proposées pour la chirurgie préprothétique des tissus mous répondent à cet objectif.

CONCLUSION

Le souci du maintien d'une bonne qualité de surface d'appui doit guider l'odontologiste. Cela se manifeste par une attitude préventive lors des avulsions dentaires, dans la réalisation et le suivi prothétique, et dans l'enseignement à l'hygiène orale et prothétique. Des traitements

CORRESPONDANCE

Email : rignon-bret@wanadoo.fr

Christophe Rignon-Bret (MCU-PH, Université de Paris)

Anna Lam (ex-assistante, Université de Paris)

Auto-évaluation



1. Les crêtes flottantes sont favorables à la sustentation.		
2. Le frein labial médian maxillaire avec une insertion haute parfaitement enregistré lors de l'empreinte améliore le joint.		
3. Les fibromes prothétiques vestibulaires peuvent être sessiles.		
4. La chirurgie des crêtes flottantes nécessite un rebasage de la prothèse en fin d'intervention.		
5. La chirurgie du fibrome prothétique vestibulaire nécessite une dissection sous-muqueuse dans le cas de lésion pédiculée.		

Bibliographie

1. Itic A, Braud A, Escure S, Berteretche MV. L'examen clinique en prothèse complète ou comment influencer sur le succès prothétique. *Clinic*. 2015;36:349-56.
2. Rignon-Bret JM. En prothèse adjointe complète l'acte prothétique est un acte médical. *Chir Dent Fr*. 1991;585:31-6.
3. Castany E, Laffargue P, Godet C. Aménagements pré-prothétiques des crêtes édentées : six situations cliniques fréquentes. *Inf Dent*. 2002;38:2867-75.
4. Grimonster J. Les conditionneurs tissulaires et leurs emplois en prothèse adjointe. *Actual Odonto Stomatol*. 1997;200:655-69.
5. Lynde A, Unger F. L'aménagement des surfaces d'appui : clé du succès en prothèse complète. *Clinic*. 1996;17:197-203.
6. Jacquemart P, Rignon-Bret C, Maman L. Chirurgie pré-prothétique en prothèse complète : aspects médico-légal. *Clinic*. 2005;309-17.
7. Helft M, Cardash HS, Rones B, Ben-Ur Z. The prevalence of denture-related injuries in patients resident at two Israeli geriatric hospitals. *Gerodontology*. 1986 Autumn; 5(2):123-7.
8. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*. 1981;10:65-80.
9. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. *Clin Prev Dent*. 1992;14:11-4.
10. Xie Q, Närhi TO, Nevalainen JM, Wolf J, Ainamo A. Oral status and prosthetic factors related to residual ridge resorption in elderly subjects. *Acta Odontol Scand*. 1997 Oct;55(5):306-13.
11. Dorey JL, Blasberg B, MacEntee MI, Conklin RJ. Oral mucosal disorders in denture wearers. *J Prosthet Dent*. 1985;53:210-3.
12. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: A retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont*. 2000;13:148-51.
13. Coelho CM, Sousa YT, Daré AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian School of Dentistry. *J Oral Rehabil*. 2004;31:135-9.
14. Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil*. 2008;35:370-4.
15. Ferreira RC, Moreira A, Magalhaes CI. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Brazilian Oral Research*. 2010 Sep;24(3):296-302.
16. Turker SB, Sener ID, Koçak A, Yilmaz S, Ozkan YK. Factors triggering the oral mucosal lesions by complete dentures. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51:100-4.
17. Jaiakittivong E, Anekasuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*. 2010 Mar;27(1):26-32.
18. Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *J Oral Sci*. 2013 Mar;55(1):29-37.
19. Veena KM, Jagadishchandra H, Sequria J, Hameed SK, Chatra L, Shenai P. An extensive denture-induced hyperplasia of maxilla. *Ann Med Health Sci Res*. 2013 Nov; 3(Suppl 1):S7-9.
20. Bozdemir E, Yilmaz HH, Orhan H. Oral mucosal lesions and risk factors in elderly dental patients. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2019;13(1):24-30.
21. Breitung K et Remmerbach T. L'hyperplasie gingivale en tant qu'effet secondaire potentiel de l'amlodipine, un antagoniste calcique. *Rev Mens Suisse Odontostomatol*. 2010;120:529-31.
22. Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth : old problem, new problem. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1991;2(1):103-37.
23. Butler RT, Kalkwarf KL, Kaldahl WB. Drug-induced gingival hyperplasia: phenytoin, cyclosporine and nifedipine. *J Am Dent Assoc*. 1987;114(1):56-60.
24. Meyere P, Mariani P. Traitement des hyperplasies et des hypertrophies avant réhabilitation prothétique des édentés totaux. *LQOS*. 1987;12:381-6.
25. Ogolnik R. Edentation totale et chirurgie pré-prothétique : chirurgie des parties molles. *Cah Prothèse* 1981;34:55-60.
26. Baudet-Pommet M, Lescher J. À propos des hyperplasies et hypertrophies muqueuses. Problèmes prothétiques, techniques chirurgicales. *Cah Proth*. 1984;45:35-46.
27. Rignon-Bret C, Rignon-Bret JM. Prothèse complète, prothèse immédiate, prothèse supra-radulaire et implantaire. Paris : CdP. 2002. (Coll. JPIO)
28. Missika P. Chirurgie préprothétique : chirurgie des brides et des freins. *Cah Proth*. 1981;34:61-9.
29. Cosme LP, Amans JM, Voreaux M. Les indications de la chirurgie préprothétique. *Chir dent Fr*. 1989;496:45-8.
30. Rignon-Bret JM. L'esthétique en prothèse adjointe complète, préservation ou amélioration : 197-212. In: S. Perelmutter. L'esthétique en odontologie. Paris : SNPDM; 1987.
31. Naser B, Delcroix P, Postaire M, Rignon-Bret JM. L'exploitation des brides et des freins en prothèse complète. *Cah Proth*. 1994;86:19-25.
32. Martineau C. Chirurgie préprothétique : traitement chirurgical des hyperplasies et des hypertrophies. *Cah Proth*. 1981;34 :87-94.
33. Benoist M. Techniques chirurgicales préprothétiques. *Actua Odonto-Stomatol*. 1992;177:83-103.
34. Viargues P, Khayat P. Chirurgie préprothétique : approfondissement vestibulaire. *Cah Proth*. 1981; 34:75-81.
35. Liposky RB. Maxillary osteotomy and vestibuloplasty for the correction of maxillary anterior atrophy : Preliminary report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1979;48(2):101-7.
36. Vignon M, Robellaz C, Bournigault A. Chirurgie plastique des tissus mous par soustraction. *Chir Dent Fr*. 1990;502:33-40.
37. Rignon-Bret C. Le guide esthétique en prothèse complète. *Inf Dent*. 2002;21/22:1249-51, 1312-6.
38. Gaudy JF. Anatomie clinique. Paris : CdP; 2003. (Coll. JPIO)
39. Haubert H. À propos des freins. *Chir Dent Fr*. 1988; 445:35-44.