



Chirurgie plastique parodontale : Traitement des récessions multiples de grandes étendues

➔ Introduction

Cette patiente de vingt-deux ans est référée par son dentiste traitant dans le service de Parodontologie car elle présente

des récessions gingivales multiples au maxillaire et à la mandibule (Fig. 1 a, b, c ; Fig. 2 a, b, c). En plus de l'aspect inesthétique de ces récessions, elle souffre d'hypersensibilités au niveau des racines exposées et se préoccupe par rapport au caractère évolutif des récessions.

ment, certains biomatériaux xénogéniques ou allogéniques ont été proposés pour substituer la greffe de tissu conjonctif. Si ces matériaux montrent dans certaines indications de bons résultats, le tissu conjonctif autologue est toujours considéré comme le gold standard pour garantir un épaissement et une stabilité à long terme des tissus régénérés.

De nombreuses techniques ont été décrites pour recouvrir les récessions multiples de ce genre, notamment d'une part, les lambeaux déplacés coronairement ou latéralement, associés ou non à une greffe conjonctive ; d'autre part, les greffes de conjonctif enfouies en tunnel, et ses multiples variantes. Plus récem-

Souvent, dans les cas de récessions multiples sur de grands secteurs, les techniques avec apport de conjonctif nécessitent plusieurs interventions chirurgicales. Dans la gestion de ce cas, l'objectif était d'assurer en un minimum d'intervention et de manière prédictible, le recouvrement complet des récessions et un épaissement des tissus. Cette patiente a dès lors été traitée avec la technique en tunnel (sans lambeau) associé aux prélèvements de grands conjonctifs bilatéraux qui ont permis de traiter cette patiente en seulement deux chirurgies. Une première intervention a d'abord été réalisée à la mandibule et après deux mois, le maxillaire supérieur a été traité.



Fig. 1. a, b, c : La ligne du sourire est relativement haute. La patiente découvre les bords cervicaux des dents antéro-supérieures.



Fig. 2. a, b, c : Le biotype gingival est relativement fin. Au maxillaire supérieur, toutes les dents du prémaxillaire à l'exception de la 11, ainsi que les premières prémolaires, présentent des récessions gingivales évolutives. Au maxillaire inférieur, les récessions sont généralisées dans le quadrant 3 et localisées sur la 44 dans le quadrant 4.



Fig. 3 a, b : La première étape de cette technique chirurgicale consiste à préparer le site receveur et à retirer l'épithélium intra-sulculaire sur chacune des dents à recouvrir afin d'éviter l'invagination de cellules épithéliales qui risquerait d'entraîner des cicatrices. Ensuite, à l'aide d'une microlame, des poches sont réalisées en semi-épaisseur sur chacune des dents et celles-ci sont reliées entre elles. L'approfondissement de ces poches peut être affiné avec un micro-découleur. Une fois le site receveur préparé, la surface de la dentine à recouvrir est conditionnée avec une solution de doxycycline à une concentration de 10gm/ml.



Fig. 4 a, b : Deux greffons conjonctifs calibrés par rapport aux dimensions des sites receveurs ont été prélevés des deux cotés du palais.



Fig. 5 a, b : Les tissus conjonctifs ont été prélevés par un accès chirurgical à un seul bord. Une plaque palatine a été préalablement réalisée au laboratoire afin d'éventuellement servir comme plaque d'hémostase, mais surtout pour améliorer le confort post-opératoire de la patiente.



Fig. 6 : Afin de faciliter l'insertion du greffon dans le tunnel de six dents, celui-ci peut être tracté à l'aide d'un fil de suture.



Fig. 7 a, b : Le greffon conjonctif est positionné de manière à recouvrir les récessions. Le conjonctif n'est pas complètement enfouie, la portion exposée sera ré-épithélialisée et entrainera une régénération de gencive kératinisée. Une fois les greffes installées dans leurs lits receveurs, elles sont suturées avec des points simples verticaux au niveau de chaque papille avec un fil de suture en polypropylène 6/0. Si la racine n'est pas complètement recouverte, un point suspendu peut être réalisé de manière à tracter et à stabiliser les tissus en position plus coronaire. Les points sous tension sont réalisés avec un fil tressé, dans ce cas de la soie 5/0. Il est recommandé au patient de ne pas brosser et d'utiliser un bain de bouche à base de Chlorhexidine jusqu'à la dépose des fils après une semaine.



Fig. 8 a, b : Après deux mois, le temps de permettre aux sites donneurs de se régénérer, la même technique chirurgicale est appliquée au maxillaire supérieur. Afin de réaliser les points de traction suspendus, des plots provisoires de composites fluides sont réalisés pour renforcer les points de contact.



Fig. 9 a, b : Le tissu conjonctif peut à nouveau être prélevé dans les mêmes sites. L'abord chirurgical avec une seule incision permet de limiter la perturbation de la vascularisation du palais et donc, de minimiser le risque de nécrose du volet qui recouvre le site de prélèvement, et par conséquent, les suites post-opératoires.



Fig. 10 a, b : Après une semaine, les greffons sont parfaitement vascularisés et la réaction inflammatoire est relativement minime. Les points sont retirés et la patiente peut commencer à brosser délicatement avec une brosse souple. Un brossage normal peut être repris après trois semaines.



Fig. 11 : Images en préopératoire, un an après la procédure chirurgicale au maxillaire supérieur. Toutes les récessions traitées sont recouvertes et les tissus gingivaux sont épaissis afin de prévenir toute récurrence. L'aspect esthétique de la gencive est tout à fait optimal, malgré le conjonctif laissé exposé. L'élimination de l'épithélium intra-sulculaire permet d'éviter la présence de cicatrice au niveau de l'ancien bord cervical.



FIG. 10b

Bon de commande

Expéditeur, Tampon cabinet

170784
Numéro de client

Date _____ Signature _____

Nous commandons les articles suivants :

Quantité	Description	Quantité	Description
1	Adhésif mordantage total	1	
1	Adhésif automordantage	2	
1	Activateur bi-polymérisation	1	
1	Pinceau d'application	2	
1	Primer céramique	1	
1	Primer métal	1	
1	Primer zircone	1	
1	Glazing	1	

On ne commande plus que Futurabond U à l'avenir !

Profitez des offres actuelles!*

➔ Conclusion

Le résultat clinique de ce traitement est un succès pour la patiente : elle ne présente plus d'hypersensibilités dentinaires et son désagrément esthétique est à présent résolu. De plus, le biotype gingival a été renforcé et le risque de récurrence est vraiment très minime.

Malgré la situation initiale assez critique au vu du nombre de récessions, le traitement été réalisé en seulement deux étapes chirurgicales, sans décollement de papille ni élévation de lambeau. L'utilisation d'une greffe conjonctive a été privilégiée par rapport à d'autres techniques ne nécessitant pas de prélèvement palatin pour garantir un résultat en termes de recouvrement et d'épaississement. Cependant, le caractère invasif de la greffe est minimisé grâce à l'utilisation d'un lambeau à un seul bord. La combinaison du nombre réduit d'interventions et de l'abord moins traumatique de cette chirurgie fait en sorte que le traitement global a été parfaitement bien accepté par la patiente.

Si les résultats de ce type de procédures chirurgicales sont prédictibles, il faut néanmoins bien poser leurs indications, savoir que la chirurgie plastique parodontale fait appel à une bonne connaissance de l'anatomie et de la réactivité des tissus parodontaux et enfin qu'elle nécessite la maîtrise de la microchirurgie parodontale.

➔ Bibliographie

- 1. Allen, A. L. (1994). « Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. » *Int J Periodontics Restorative Dent* 14(3) : 216-227.
- 2. Bouchard, P, et al. (1994). « Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. » *J Periodontol* 65(10) : 929-936.
- 3. Cairo, F, et al. (2008). « Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures : a systematic review. » *J Clin Periodontol* 35(8 Suppl) : 136-162.
- 4. Carvalho, P F, et al. (2006). « Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple

ALL YOU NEED IS „U“

- Adhésif universel bi-polymerisable
- Automordantage, mordantage sélectif ou mordantage total – vous avez le libre choix
- Une variété exceptionnelle d'utilisations et d'indications
 - pour les restaurations directes et indirectes
 - compatibilité illimitée avec tous les composites à durcissement photo, dual et chimique sans activateur supplémentaire
 - adhésion sûre aux divers matériaux comme le métal, le dioxyde de zirconium, l'oxyde d'aluminium et la céramique à la silice, sans primer supplémentaire
- Application d'une seule couche – le temps de travail total s'élève à 35 secondes seulement



*Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.fr
Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe/Organisme certificateur : Ifa/CE 0492. Fabricant : VOCO GmbH



Rendez-nous visite
ADF - Paris - Stand : 1L02
26.11.-30.11.2013



VOCO
LES DENTALISTES



Fig. 12 : Résultats à la mandibule après un an. Si les récessions de départ étaient moins profondes qu'au maxillaire, l'épaississement et le gain de gencive kératinisée sont très clairs.



Fig. 13 a, b, c : Sourire de la patiente un an après le traitement.

gingival recessions. » J Periodontol 77(11) : 1901-1906.

•5. Chambrone, L., et al. (2010). « Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects : a Cochrane systematic review. » J Periodontol 81(4) : 452-478.

•6. De Queiroz Cortes, A., et al. (2006). « A two-year prospective study of coronally positioned flap with or without acellular dermal matrix graft. » J Clin Periodontol 33(9) : 683-689.

•7. Langer, B. and L. Langer (1985). « Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. » J Periodontol 56(12) : 715-720.

•8. Raetzke, P. B. (1985). « Covering localized areas of root exposure employing the « envelope » technique. » J Periodontol 56(7) : 397-402.

•9. Rocuzzo, M., et al. (2002). « Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions : a systematic review. » J Clin Periodontol 29 Suppl 3 : 178-194 ; discussion 195-176.

•10. Tozum, T. F. (2006). « Root coverage with subepithelial connective tissue grafts and modified tunnel technique. An evaluation of long-term results. » N Y State Dent J 72(4) : 38-41.

•11. Zucchelli, G. and M. De Sanctis (2005). « Long-term outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth. » J Periodontol 76(12) : 2286-2292.

Note aux auteurs

> Les articles doivent être fournis sous word (et non en pdf) avec les iconographies en fichiers séparés jpeg, eps ou tiff.

Les power point et images dans un document word ne sont pas exploitables ou sont d'une qualité plus que moyenne.

> Pour chaque image ou schéma prévoir une **légende courte**.

> Les images doivent être en résolution 300 DPI et **ne pas faire moins de 5 x 5 cm.**

> Les articles doivent quant à eux être clairs dans leurs présentations (titres, sous titres, gras), et sans lettre capitale (hormis pour les noms propres et sigles).

Merci d'envoyer votre article sur CD à Régimédia :

**A0News
326, bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud**

PROCHAIN NUMÉRO ADF
LA DOULEUR EN ODONTOLOGIE
coordonné par le Pr Claude Bernard Wierzba

ADF 2013 | **STAND 2L03**

LES OFFRES SÉRÉNITÉ

5 ANS DE GARANTIE

Quetin

AIREL

1^{ER} FABRICANT FRANÇAIS DE FAUTEUILS ET UNITS DENTAIRES

FABRIQUÉ EN FRANCE

www.airtel.com

917 Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne • Tél. : 01 48 82 22 22 • commercial@airtel.com