



Reconstruire le parodonte marginal *chez le sujet jeune*

Objectifs esthétiques et fonctionnels

Nicolas Henner, Virginie Monnet-Corti

Les récessions gingivales sont un motif de consultation fréquent en parodontologie. Plusieurs techniques de traitement existent, avec des résultats plus ou moins esthétiques et stables. Celles proposées ici au travers d'un cas clinique illustré permettent d'améliorer les résultats des méthodes classiques de lambeau positionné coronairement, grâce à quelques modifications originales.

Nous décrirons ici des techniques de recouvrement et de renforcement du parodonte sans aucune incision de décharge, avec des tracés d'incisions et une séquence de dissection particuliers afin d'obtenir des résultats satisfaisants dans le traitement des récessions gingivales multiples, tant en termes d'esthétique que de renforcement tissulaire.

Examen clinique

Le patient de 25 ans consulte pour des doléances esthétiques: « Les gencives se retirent. » Lors de l'entretien médical, il dit se brosser les dents 3 fois par jour, avec une brosse à dents médium. L'examen clinique révèle un parodonte de type IV de Maynard



et Wilson [8], des récessions gingivales touchant l'ensemble des arcades dentaires ainsi qu'une absence de plaque et de tartre (fig. 1 et 2).

Diagnostic parodontal

Aucune perte d'attache interproximale n'étant mise en évidence, un diagnostic clinique de récessions de type I (RT1) de Cairo est posé [3]. Le pronostic de recouvrement est donc favorable.

D'un point de vue étiologique, ces atteintes sont imputables à l'association entre un parodonte fin et festonné [7] (facteur anatomique prédisposant) et un brossage horizontal rigoureux et traumatogène [4] (facteur déclenchant).

Objectif thérapeutique

L'objectif thérapeutique pour répondre à la demande de notre patient est donc triple :

- corriger la technique de contrôle mécanique de plaque ;
- recouvrir les récessions (esthétique) ;
- renforcer le parodonte (fonctionnel).

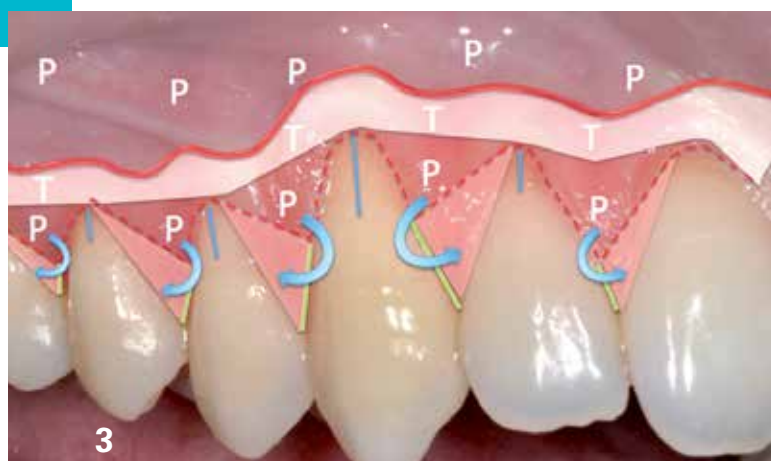
Solutions thérapeutiques

L'enseignement d'une technique de brossage non iatrogène, ou technique du « rouleau », est donc tout d'abord proposé : la tête de la brosse à dents a une position oblique en direction apicale, ses brins étant à la fois dans le sulcus et à la surface des dents. Après une pression initiale

sur la gencive marginale, la tête est tournée, « du rose vers le blanc », en direction occlusale pour balayer les surfaces gingivo-dentaires avec un mouvement de rotation [11]. Une brosse à dents électrique peut également être prescrite (Oral B ou Philips Sonicare) dans le but de « déprogrammer » un geste horizontal, rigoureux et traumatisant pour la gencive.

Une fois cet apprentissage validé, la réalisation de lambeaux positionnés coronairement (LPC) associés à une greffe de conjonctif enfouie (GCE) est envisagée : Wennström et Zucchelli [12] montrent que la hauteur de tissu kératinisé est significativement plus augmentée avec un LPC associé à une GCE qu'avec un LPC seul. Baldi et coll. [1] concluent qu'un lambeau d'épaisseur inférieure à 0,8 mm est insuffisant pour un recouvrement radiculaire par une technique de LPC seul et recommandent d'adjoindre une greffe de tissu conjonctif. D'après la méta-analyse menée par Chambrone et coll. [5] en 2012, un LPC associé à une GCE est la technique chirurgicale offrant la meilleure prédictibilité en termes de recouvrement radiculaire.

- Au maxillaire : secteurs 1 et 2 : lambeau positionné coronairement avec rotation des papilles (technique de Zucchelli et De Sanctis [14]).
- À la Mandibule : secteur 3 : lambeau positionné coronairement avec rotation des papilles (technique de Zucchelli et De Sanctis [14]).
- Secteur 4 : technique de l'enveloppe/technique de Bruno par modification du tracé d'incision.
- Secteur antérieur : technique de Bruno par modification du tracé d'incision [2].





Techniques opératoires

Technique n° 1: lambeau positionné coronairement avec rotation des papilles.

Au maxillaire

Préparation du site receveur. La première originalité de la technique proposée ici réside dans le graphisme du tracé d'incision [14]. Comme l'illustre la ligne en pointillé sur le schéma, le tracé d'incision est intra-sulculaire au niveau des dents, et oblique à la base de chaque papille, avec un changement d'inclinaison de part et d'autre de la récession la plus haute (fig. 3). La distance entre le sommet de la papille et l'extrémité haute du segment oblique de l'incision (traits verts) doit correspondre à la hauteur de la récession au niveau de chaque dent (traits bleus). Les papilles sont ensuite désépithélialisées à l'aide d'une lame 15C ou de lames MJK n° 1 (MJK Instrument).

La seconde caractéristique réside dans la dissection: la partie du lambeau qui viendra en fin d'intervention recouvrir la zone des papilles est disséquée en épaisseur partielle, notée « P ». Un décollement classique jusqu'à la ligne muco-gingivale (ligne rouge) est réalisé, ainsi que le montre la zone blanche notée « T ». Enfin, et c'est la dernière particularité de cette méthode, la dissection en épaisseur partielle au-delà de la ligne muco-gingivale, qui correspond à la seconde partie colorée en gris clair et marquée d'un « P », se fait dans un plan très superficiel: le travail dans cette zone est conduit « en transparence ».

Prélèvement du greffon. Le greffon conjonctif est prélevé selon une technique de no modifiée [2]: la première incision part de la de prémolaire dans une direction postéro-antérieure. Elle est perpendiculaire au grand axe des dents, à 3 mm du rebord gingi-



val, et va jusqu'au contact osseux. La seconde incision se fait dans le tracé de la précédente, parallèlement au grand axe des dents, à nouveau jusqu'au contact osseux, et la troisième, parallèle à la seconde, dans l'épaisseur du tissu conjonctif palatin.

Le greffon est délicatement prélevé à la précelle (fig. 4a).

Des sutures compressives permettent de fermer, grâce à un fil synthétique tressé, de décimale 4/0, le site opératoire (fig. 4b).



Mise en place du greffon et sutures. Le greffon est mis en place et fixé par des points simples en mésial et en distal du site opératoire. Son bord coronaire est positionné au niveau de la jonction émail-cément ou un peu plus apicalement [13].

Le lambeau est tracté coronairement, de façon à recouvrir complètement le greffon. Une rotation des zones les plus coronaires, disséquées en épaisseur partielle, permet de recouvrir les zones des papilles désépithélialisées.

Le lambeau est fixé par des points simples au niveau de chaque espace interdentaire à l'aide d'un fil synthétique, monofilament de préférence, de décimale 6/0 ou 5/0 (fig. 5).

Enfin, pour empêcher toute mobilisation du lambeau lors des mouvements musculaires environnants, un point particulier, caractérisé par un double ancrage périosté en mésial et en distal de la zone d'intervention, est réalisé apicalement au site opératoire [9]. Pour ce faire, un fil synthétique tressé de décimale 4/0 est utilisé.

À la mandibule (secteur 3)

En 2011, De Sanctis et coll. [6] proposent de réaliser cette même technique pour traiter les récessions multiples dans les secteurs postérieurs mandibulaires. Notre futur tracé d'incision est fonction de la récession la plus haute : 4 mm en regard de 34.

Techniques n° 2 et n° 3 : technique de l'enveloppe et technique de Bruno par modification du tracé d'incision.

Secteur 4

En l'absence de récession et en présence d'un bandeau de tissu kératinisé en regard de 45, nous avons décidé de préserver le parodonte de cette dent. Nous avons abordé ce secteur selon deux approches :

1) L'enveloppe : décrite par Raetzke en 1985, cette technique est indiquée dans le traitement des récessions unitaires [10]. Elle consiste en une dissection en épaisseur partielle apicalement et de part et d'autre de la récession, créant un véritable lit nourricier pour le greffon (fig. 6a).

La récession de 2 mm de la racine distale de 36 a été traitée selon cette technique. Afin d'optimiser le recouvrement, un point suspendu tracte le lambeau en direction coronaire (fig. 6b).

2) Technique de Bruno par modification du tracé d'incision : initialement, Bruno décrit un tracé d'incision horizontal, à la base des papilles, en regard de la jonction émail-cément (pointillés rouges) [2]. Cette technique a pour principal inconvénient l'exposition du greffon et donc un risque de nécrose de ce dernier puisque le lambeau ne peut être suturé qu'à sa position initiale.

De plus, selon la dimension des papilles, le fait de les sectionner à leur base risque de rompre leur vascularisation, entraînant une souffrance tissulaire postopératoire pouvant aller jusqu'à la perte de ces papilles (apparitions de trous noirs interdentaires).

Au vu de l'importante hauteur des récessions et dans le but d'éviter toute exposition du greffon, nous avons procédé à une modification de ce tracé : un lambeau incluant les papilles est réalisé (pointillés bleus). Un décollement en épaisseur totale jusqu'à la ligne muco-gingivale permet d'apprécier la hauteur des récessions « cachées », une dissection en épaisseur partielle est ensuite réalisée en prenant bien soin de rester à distance de l'émergence du nerf mentonnier (fig. 6a).

Cette modification originale du lambeau, associée à des sutures suspendues, permet un recouvrement parfait du greffon et optimise nos chances d'atteindre nos objectifs thérapeutiques (fig. 6b).

Le secteur 4 a été traité dans une même séance, avec un seul site donneur, le greffon étant séparé en deux, selon une longueur adaptée à chacun des sites opératoires.



Secteur antérieur mandibulaire

Ce secteur a été également traité selon la technique de Bruno par modification du tracé d'incision. Ici, des dents triangulaires répondent à un parodonte festonné, offrant des papilles hautes et très fines dont la section (pointillés rouges) entraînerait une souffrance tissulaire non négligeable. Ces dernières sont donc incluses dans notre lambeau (pointillés bleus) (fig. 7a). Des points simples en interdentaire permettent un recouvrement complet du greffon, auxquels vient s'ajouter un point périosté au fond du vestibule limitant le risque de traction du lambeau par le muscle mentonnier (fig. 7b).

Résultats

Les sutures sont déposées à 10 jours. Le choix d'une technique de Bruno modifiée pour réaliser le prélève-

ment palatin permet d'assurer une cicatrisation de première intention à ce niveau. Des visites de contrôle sont programmées à 30, 60 et 90 jours postopératoires, puis tous les 3 mois pendant un an. Un suivi deux fois par an permettra ensuite, parallèlement à la maintenance parodontale globale usuelle, une surveillance régulière de l'évolution de l'ensemble des sites traités.

Le suivi rigoureux du patient, une connaissance précise des techniques de chirurgie plastique parodontale et de leurs indications, mais également la parfaite compliance de notre patient permettent de répondre aux objectifs thérapeutiques que nous nous sommes fixés: le parodonte est renforcé par un gain de tissu kératinisé significatif pour chacun des sites greffés, le taux de recouvrement des récessions est de 100 % et ces résultats sont stables à deux ans postopératoires (fig. 8, 9 et 10).



Conclusion

Les résultats obtenus avec la technique de Bruno par modification du tracé d'incision nous dirigent vers une systématisation de cette approche par rapport à la technique décrite initialement. Cela est justifié par une diminution du risque de nécrose des papilles, l'absence d'exposition du greffon et un recouvrement radiculaire complet.

Des résultats immédiats, durables et prédictibles particulièrement satisfaisants sont obtenus dans le traitement des récessions gingivales multiples grâce à une optimisation des techniques « classiques » de lambeau positionné coronairement. Cela passe par des tracés d'incisions et une séquence de dissections particuliers dont le seul but est de répondre aux objectifs thérapeutiques que nous nous sommes fixés, des objectifs esthétiques et fonctionnels.



Evaluation réponses en ligne sur notre site
www.information-dentaire.fr

1. Une récession de type I (RT1) de Cairo correspond à une perte d'attache interproximale de hauteur égale ou inférieure à la récession vestibulaire. V F
2. Un lambeau positionné cororairement associé à une GCE est la technique chirurgicale offrant la meilleure prédictibilité en termes de recouvrement radiculaire. V F
3. Une technique de contrôle mécanique de plaque inadaptée peut être à l'origine de l'apparition de récessions gingivales. V F
4. Sectionner une papille à sa base n'entraîne aucune souffrance tissulaire postopératoire. V F
5. La technique de Bruno par modification du tracé d'incision se justifie par une diminution du risque de nécrose des papilles, l'absence d'exposition du greffon et un recouvrement radiculaire complet. V F

bibliographie

1. Baldi C, Pini-Prato G, Pagliaro U, Nieri M, Saletta D, Muzzi L, Cortellini P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series. *J Periodontol* 1999; 70: 1077-1084.
2. Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 126-137.
3. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 661-666.
4. Carlos MC, Muyco MM, Caliwag MC, Fajardo JA, Uy HG. The prevalence and distribution of gingival recession among U.E. dental students with a high standard of oral hygiene. *J Philipp Dent Assoc* 1995; 47: 27-48.
5. Chambrone L, Pannuti CM, Tu YK, Chambrone LA. Evidence-based periodontal plastic surgery. II. An individual data meta-analysis for evaluating factors in achieving complete root coverage. *J Periodontol* 2012; 83: 477-490.
6. de Sanctis M, Baldini N, Goracci C, Zucchelli G. Coronally advanced flap associated with a connective tissue graft for the treatment of multiple recession defects in mandibular posterior teeth. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011; 31: 623-630.
7. Maynard JG Jr, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. *J Periodontol* 1979; 50: 170-174.
8. Maynard JG Jr, Wilson RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dent Clin North Am* 1980; 24: 683-703.
9. Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F, Cortellini P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *J Periodontol* 2000; 71: 188-201.
10. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol* 1985; 56: 397-402.
11. van der Weijden GA, Hioe KP. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol* 2005; 32 (Suppl 6): 214-228.
12. Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 770-777.
13. Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 862-870.
14. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* 2000; 71: 1506-1514.

Auteurs

Nicolas Henner

AHU Chirurgie Orale - Pratique privée (Nîmes)*

Virginie Monnet-Corti

*MCU-PH Parodontologie**

** Assistance Publique Hôpitaux de Marseille*

Service d'Odontologie du Pr Jacques Déjou

Hôpital de La Timone

Correspondance cabinetdentaire.nimes@gmail.com