



Trimestriel - ISSN 1771-3986 - Abonnement 187 € - Prix au numéro 58 €

DOSSIER
Greffes osseuses
12

Fenêtres moins invasives
et augmentations sinusiennes
Hafiz Adawi 71

Traitement des récessions
gingivales à la mandibule
Sylvie Pereira 83

Extraction-implantation immédiate
en secteur postérieur
Laurent Bluche 91

TITANE 1/21

DENT IMPLANT & PARODONTE

 QUINTESSENCE PUBLISHING

VOLUME 18 / NUMÉRO 1 / MARS 2021

Traitement des récessions gingivales des incisives mandibulaires

Description détaillée du lambeau déplacé coronairement associé à un greffon de tissu conjonctif



chirurgie mucogingivale
récession gingivale
recouvrement radiculaire
incisives mandibulaires

Le traitement des récessions gingivales dans le secteur antérieur mandibulaire s'avère très souvent un vrai challenge. En effet, les conditions anatomiques défavorables de ce secteur diminuent la prédictibilité du recouvrement radiculaire et peu de données sont disponibles dans la littérature sur le sujet.

Le lambeau déplacé coronairement associé à un greffon de tissu conjonctif est, à ce jour, considéré comme le « *gold standard* » dans le traitement des récessions gingivales. Même si ceci est surtout valable dans des cas de récessions gingivales de classe I et II de Miller au maxillaire, Zucchelli et coll. ont montré, en 2014, des résultats assez satisfaisants dans le traitement des incisives mandibulaires, avec des taux de recouvrement complet de l'ordre de 88 %. Le cas clinique de cet article illustre les différentes étapes chirurgicales et les modifications de la technique originale du lambeau déplacé coronairement, lorsque ce dernier est utilisé pour le traitement des récessions gingivales dans le secteur antérieur mandibulaire.



SYLVIE PEREIRA

Docteur en chirurgie dentaire
Master Gestion des tissus mous autour des dents et des implants,
Pr Zucchelli, Bologne, Italie.
DU de parodontologie clinique, Paris V.
Master en parodontie clinique, Paris VII.
Exercice privé en parodontologie, Paris.
11 bis avenue Mac-Mahon,
75017 Paris
[@ sylviepereira@gmail.com](mailto:sylviepereira@gmail.com)



INTRODUCTION

La grande majorité des études que nous avons aujourd'hui à notre disposition concernent essentiellement le traitement des récessions gingivales maxillaires en regard des canines, prémolaires et incisives. Or, dans notre pratique clinique, un certain nombre de récessions profondes sont souvent

retrouvées au niveau des incisives mandibulaires, en particulier, chez des patients ayant eu un traitement orthodontique dans le passé. Même si cette relation de cause à effet n'a toujours pas été complètement démontrée, il semblerait qu'en présence d'une table osseuse et d'un tissu gingival vestibulaire fins, un mouvement de vestibulover-sion $\geq 10^\circ$ pourrait entraîner le développement

d'une déhiscence osseuse, prédisposant ainsi à l'apparition d'une récession gingivale lorsque le contrôle de plaque est faible et/ou en présence d'autres facteurs traumatiques (frein iatrogène)¹. Les différentes publications portant sur l'influence de la localisation des récessions dans l'efficacité des techniques de chirurgie mucogingivale montrent des taux de recouvrement significativement supérieurs au maxillaire par rapport à la mandibule. En effet, Zucchelli et coll. ont rapporté des pourcentages de recouvrement complet de 84 % au maxillaire contre 62 % à la mandibule sur trois cent quatre-vingt-dix-neuf récessions unitaires de classe I et II de Miller^{5,6}. Aroca et coll. ont observé des résultats similaires dans le traitement des récessions de classe III de Miller, avec des pourcentages de recouvrement complet de l'ordre de 89 % au maxillaire contre 34 % à la mandibule^{7,2}. En effet, le recouvrement radiculaire au maxillaire semble beaucoup plus prévisible car, d'un point de vue biologique, les conditions anatomiques du secteur antérieur mandibulaire sont moins favorables. La traction musculaire, la faible profondeur vestibulaire et les freins iatrogènes sont souvent présents, limitant ainsi le déplacement coronaire du lambeau. Par ailleurs, le faible apport vasculaire lié à la taille réduite des papilles interdentaires au niveau des incisives mandibulaires semblerait compromettre également la stabilité coronaire du lambeau². Afin de contourner ces différents obstacles, Zucchelli et coll. ont proposé, en 2014, l'utilisation du lambeau déplacé coronairement associé à un greffon de tissu conjonctif dans le traitement des incisives mandibulaires, avec une modification, en particulier, qui est l'élimination du muscle labial. Ils ont alors observé des taux de recouvrement complet dans 88 % des cas, contre 48 % des sites traités avec la technique originale³.

Le cas clinique suivant permet d'illustrer pas à pas les détails techniques spécifiques au lambeau déplacé coronairement avec une greffe de conjonctif dans la région antérieure mandibulaire.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Contrairement au maxillaire, lorsqu'il s'agit de recouvrir des récessions gingivales au niveau des incisives mandibulaires, Zucchelli et coll. ont proposé de réaliser un lambeau déplacé coronairement en forme de trapèze, indépendamment

du nombre de surfaces radiculaires exposées. Néanmoins, étant donné les conditions anatomiques particulières de ce secteur, quelques modifications ont été apportées à cette technique.

Tracés d'incisions

Le tracé du lambeau consiste à réaliser deux incisions horizontales de 3 mm, en mésial et en distal de la récession, ainsi que deux incisions verticales partant de l'extrémité de chacune de ces dernières dans le sens corono-apical. Alors que dans la technique originale le placement des incisions horizontales se fait à une distance de la pointe papillaire égale à la profondeur de la récession plus 1 mm, dans le cas des incisives mandibulaires, ces incisions devront être placées de manière à pouvoir dessiner des papilles chirurgicales avec une quantité de tissu kératinisé satisfaisante (autrement, en respectant ce calcul, les incisions horizontales seraient souvent placées dans la muqueuse alvéolaire). En cas de récessions multiples, une incision horizontale de 3 mm est réalisée en mésial de la récession la plus mésiale, une autre est réalisée en distal de la récession la plus distale, et d'autres incisions horizontales sont placées entre chaque récession en respectant toujours le même principe (**Fig. 1 et 2**).

Élévation du lambeau

Dans les cas où un bandeau de tissu kératinisé est présent apicalement à la récession, le lambeau est décollé avec des épaisseurs variables : les papilles chirurgicales sont décollées en épaisseur partielle et la gencive apicale à l'exposition radiculaire est soulevée en épaisseur totale (**Fig. 3**). Ceci permet d'incorporer le périoste dans le lambeau, source de vascularisation supplémentaire dans le recouvrement de la surface radiculaire avasculaire. Néanmoins, les récessions gingivales au niveau des incisives mandibulaires sont parfois profondes, avec un manque de tissu kératinisé en apical. Dans ces situations, afin de ne pas traumatiser ce tissu, qui est essentiellement caractérisé par de la muqueuse alvéolaire, le lambeau est également soulevé en épaisseur partielle sur sa partie centrale.

Le déplacement coronaire du lambeau est ensuite obtenu par la réalisation de deux incisions : une incision profonde, avec la lame tenue parallèlement au plan osseux afin de séparer le lambeau et les insertions musculaires du périoste,



Fig. 1 Patiente adressée pour des hypersensibilités dentaires au niveau du secteur antérieur mandibulaire. Récessions gingivales multiples de type 2 (RT2, Cairo) sur les dents 32, 31 et 41.



Fig. 2 Tracé d'incision du lambeau en forme de trapèze. Les incisions horizontales sont placées sur du tissu kératinisé et deux incisions verticales de décharge sont réalisées dans le sens corono-apical à partir de l'extrémité des incisions horizontales les plus mésiales et distales.



Fig. 3 Après avoir soulevé le lambeau en épaisseur partielle au niveau des papilles chirurgicales, un décollement en épaisseur totale est réalisé en apical de chaque récession, jusqu'à exposer environ 3 mm de la crête osseuse vestibulaire.



Fig. 4 Décollement du lambeau en épaisseur mixte « split-full-split ». Épaisseur partielle au niveau des papilles chirurgicales, épaisseur totale en apical de chaque surface radiculaire dénudée, épaisseur partielle avec incision profonde et superficielle apicalement à l'os exposé.

et une incision superficielle, avec la lame tenue parallèlement au plan muqueux, afin de séparer les insertions musculaires du tissu conjonctif de la muqueuse alvéolaire. C'est en particulier cette dernière incision, qui va permettre de libérer le lambeau et de le déplacer coronairement de manière à recouvrir complètement les surfaces radiculaires exposées (Fig. 4).

Élimination du muscle labial

Comme une grande partie du lambeau est composée par de la muqueuse, il semblerait nécessaire non seulement de libérer le lambeau des fibres musculaires, mais de retarder au maximum la réinsertion de ces fibres, probablement

responsables de la traction apicale du lambeau pendant les premières phases de la cicatrisation. Par conséquent, Zucchelli et coll. ont proposé d'éliminer le muscle labial situé apicalement à la récession et ont comparé les résultats cliniques au lambeau déplacé coronairement et associé à un greffon de tissu conjonctif seul (Fig. 5 a et b). Les résultats ont montré que les deux techniques (avec et sans l'élimination du muscle labial) sont efficaces dans le traitement des récessions gingivales mandibulaires, mais que l'élimination du muscle permet d'obtenir un recouvrement radiculaire complet significativement supérieur (88 % contre 48 % dans le groupe contrôle). Par ailleurs, les auteurs ont aussi observé un plus grand

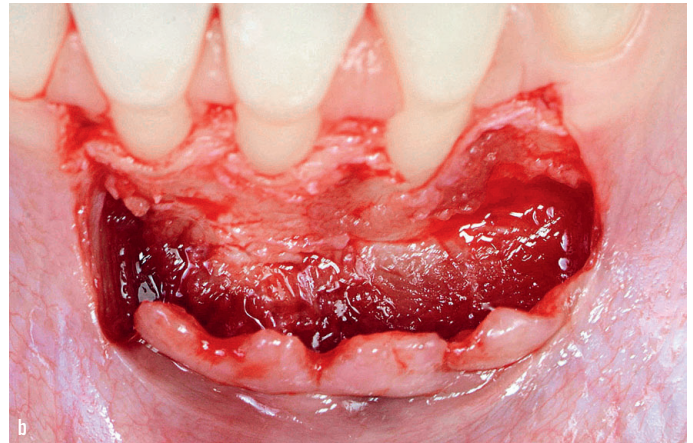
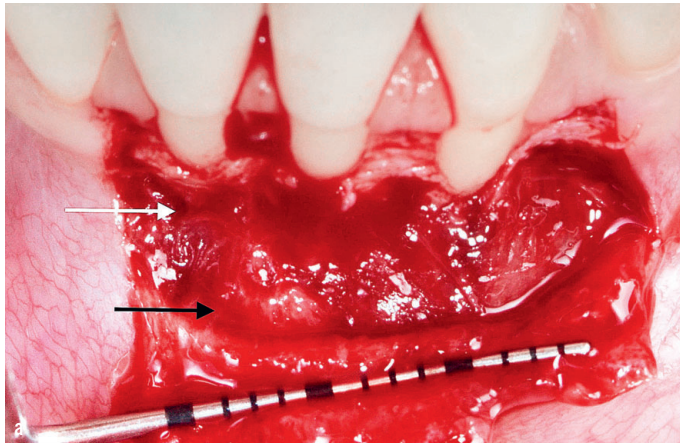


Fig. 5 a et b (a) Vue occlusale du muscle labial inséré au niveau du périoste apicalement aux surfaces radiculaires exposées (flèche blanche), ainsi que dans la face interne de la muqueuse alvéolaire (flèche noire). (b) Vue occlusale après l'élimination du muscle labial.



Fig. 6 a et b Vue de face avant et après l'élimination du muscle. Notez en (b) la déhiscence osseuse vestibulaire plus importante en regard de la 32 et la dimension verticale de la table osseuse qui est maintenant bien évidente.

nombre d'expositions du greffon (60 % contre 20 % dans le groupe test) lorsque les fibres musculaires ont été laissées sur place. Comme le secteur incisif mandibulaire est une zone avec une profondeur de vestibule assez réduite, ceci peut être expliqué par la réattache précoce de ces fibres au lambeau et la traction apicale de ce dernier. Par conséquent, afin d'augmenter la probabilité d'obtenir un recouvrement radiculaire complet, il est conseillé d'éliminer le muscle labial lors de la réalisation d'un lambeau déplacé coronairement dans ce secteur.

D'un point de vue chirurgical, le muscle est éliminé par trois incisions : les deux premières (incisions profondes et superficielles décrites précédemment) vont permettre de séparer le muscle du périoste et de la face interne du lambeau. Contrairement au maxillaire, où le tissu musculaire se contracte apicalement une

fois les attaches séparées, dans le secteur incisif mandibulaire, ces fibres musculaires limitent le mouvement coronaire du lambeau et empêchent la bonne adaptation verticale de ce dernier contre le lit périosté. Ainsi, une troisième incision est réalisée de manière à détacher le muscle sur le plan plus profond (**Fig. 6 a et b**).

Préparation radiculaire

La préparation de la surface radiculaire se fait en deux étapes : le surfaçage radiculaire et le conditionnement chimique de la racine.

Surfaçage radiculaire

Il a pour objectif d'éliminer la couche superficielle du ciment infiltré, en partie déminéralisé, afin de créer une surface lisse favorable à l'attache du lambeau. Le surfaçage radiculaire est alors réalisé sur la partie où la perte d'attache a eu

lieu (profondeur de la récession gingivale et profondeur de sondage vestibulaire), de manière à préserver les fibres conjonctives s'insérant dans la surface radiculaire plus apicale présentant la déhiscence osseuse anatomique.

Conditionnement chimique

Même si la littérature n'a pas montré d'avantages particuliers, certains auteurs recommandent le conditionnement chimique de la surface radiculaire avec de l'acide éthylène diamine tétraacétique (EDTA). L'application de ce gel pendant deux minutes permettrait l'élimination des débris issus du surfaçage et l'exposition des fibrilles de collagène pouvant améliorer l'adhésion du caillot sanguin (Fig. 7).

Malgré les données scientifiques controversées concernant l'intérêt de l'association des protéines de la matrice amélaire avec les techniques chirurgicales de recouvrement radiculaire, certains auteurs considèrent que l'utilisation des protéines de la matrice amélaire pourrait améliorer la qualité de l'attache parodontale dans

des situations complexes : récessions gingivales larges et profondes, racines proéminentes ou en présence de déhiscences osseuses vestibulaires associées à un déplacement de la racine en dehors de l'enveloppe osseuse, ce qui est souvent le cas dans le secteur antérieur mandibulaire⁴ (Fig. 8).

Greffon de tissu conjonctif

Le secteur incisivomandibulaire est généralement caractérisé par une gencive fine avec une faible hauteur de tissu kératinisé. Mais, indépendamment de la quantité de tissu kératinisé présent, un greffon conjonctif est toujours associé au lambeau déplacé coronairement, afin d'améliorer la stabilité coronaire du lambeau, d'augmenter la profondeur du vestibule et sa prédictibilité dans le recouvrement radiculaire. Selon une étude publiée en 2014 par Zucchelli et coll., il est aujourd'hui recommandé d'utiliser des greffons de taille réduite, d'environ 4 mm, afin de réduire les douleurs postopératoires et d'améliorer les résultats esthétiques (Fig. 9 a à c). Néanmoins, dans



Fig. 7 Préparation radiculaire. Après un surfaçage radiculaire, le conditionnement chimique de la surface radiculaire est réalisé par l'application d'acide éthylène diamine tétraacétique (EDTA) pendant deux minutes.



Fig. 8 Les papilles anatomiques sont désépithérialisées, les surfaces radiculaires séchées et un gel contenant des protéines de la matrice amélaire est appliqué sur les zones dénudées.



Fig. 9 a à c (a) Prélèvement palatin d'une greffe épithélioconjonctive (GEC) dans la région prémolaire molaire. Notez la qualité du tissu conjonctif et l'absence quasi totale de tissu adipeux. (b et c) GEC désépithérialisée 20 mm × 4 mm.

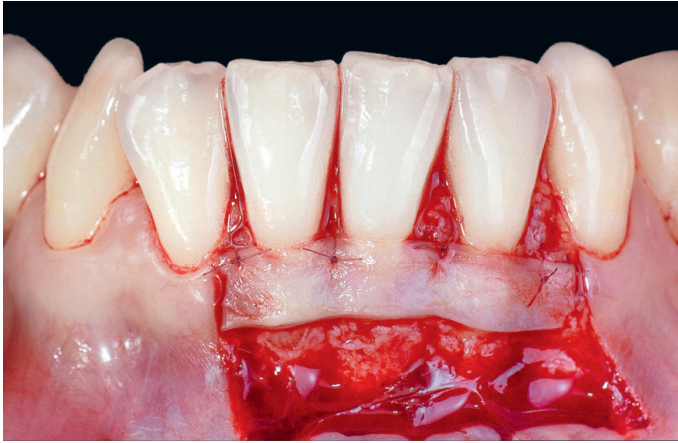


Fig. 10 Le greffon est placé au niveau de la jonction amélocémentaire des surfaces radiculaires exposées et fixé à chaque papille anatomique par un point de suture simple avec un fil résorbable PGA au 7/0.

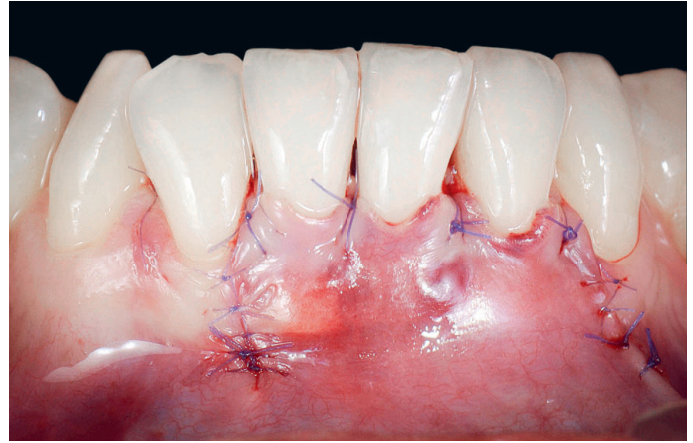


Fig. 11 Le lambeau est déplacé coronairement afin de recouvrir complètement le greffon. Une première suture suspendue autour de chaque dent est réalisée en coronaire pour positionner le lambeau (fil résorbable PGA 6/0). Les incisions verticales de décharge sont suturées dans le sens apicocoronaire : la suture la plus apicale est un point périosté (fil résorbable PGA 6/0), les suivantes sont des points simples réalisées avec un fil résorbable PGA 7/0. En coronaire, une deuxième suture suspendue autour de chaque dent permet l'adaptation finale du lambeau.

le cas des incisives mandibulaires, la taille du greffon sera fonction de la profondeur du vestibule souhaitée. En effet, il semblerait que la mise en place du greffon sur la zone à traiter limiterait la réattache plus coronaire des fibres musculaires, permettant ainsi de préserver une certaine profondeur du vestibule (**Fig. 10**). La largeur du greffon reste la même que celle de la technique originale à savoir 6 mm plus la largeur de la récession.

Sutures

La dernière différence du lambeau vertical déplacé coronairement au niveau des incisives mandibulaires, c'est la séquence des sutures qui varie par rapport au maxillaire. Alors qu'au maxillaire les premières sutures sont placées le long des incisions de décharge pour minimiser les tensions des dernières sutures suspendues en coronaire, à la mandibule, la séquence est inversée. En effet, une première suture suspendue « lâche » est réalisée en coronaire de manière à placer juste le lambeau dans sa position finale. Ensuite, deux sutures périostées sont réalisées dans la partie la plus apicale des incisions de décharge, afin d'obtenir le positionnement vertical du lambeau et recréer une profondeur du vestibule satisfaisante. Les sutures des incisions de décharge se poursuivent d'apical en coronaire et, finalement, une deuxième suture suspendue est alors réalisée en coronaire pour adapter fermement le lambeau contre le contour convexe de la partie coronaire de la dent (**Fig. 11**).



Fig. 12 Contrôle postopératoire à quinze jours. Notez la bonne cicatrisation des tissus.

CONCLUSION

Le traitement des récessions gingivales au niveau des incisives mandibulaires est très souvent considéré comme un vrai défi. Les conditions

anatomiques défavorables présentes dans ce secteur font appel à une maîtrise chirurgicale plus précise et plus délicate, avec des recouvrements radiculaires qui sont parfois difficiles à atteindre.

Une des techniques fréquemment proposées dans la littérature est la greffe épithélioconjonctive. Néanmoins, malgré un gain considérable de tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur, les résultats sont peu esthétiques et les pourcentages de recouvrement radiculaire moyen et complet restent encore faibles.

Le lambeau déplacé coronairement associé à un greffon de tissu conjonctif est une technique prévisible dans le traitement des récessions gingivales mandibulaires (Fig. 12). L'élimination du muscle labial semble améliorer considérablement les résultats de cette approche, aussi bien en termes de réduction de la profondeur des récessions, qu'en termes de recouvrement radiculaire complet (Fig. 13 a à c).

Récemment, une modification à la technique du tunnel nommée « *the laterally closed tunnel* » a été également proposée dans le traitement de récessions unitaires profondes d'incisives mandibulaires⁸. Bien que des résultats prometteurs soient présentés dans cette publication de séries de cas, aucune conclusion n'a pu être extrapolée quant à son utilisation potentielle dans le traitement de récessions multiples.

Par conséquent, en présence de récessions gingivales dans le secteur incisivomandibulaire, le choix se fera essentiellement après une analyse détaillée de la situation clinique, associée à la maîtrise et à l'expérience de chacun avec les différentes techniques.



Fig. 13 a à c (a) Situation clinique initiale. (b) Situation clinique à un an. On observe le recouvrement complet de l'ensemble des récessions gingivales sur les 31, 32 et 41. (c) Notez l'importante profondeur du vestibule créée par le maintien de la position verticale du lambeau.

❖ RÉFÉRENCES

1. Pernet F, et coll. Long-term evaluation of lower incisors gingival recessions after orthodontic treatment. *Eur J Orthod*. 2019;41(6):559-64.
2. Aroca S, Barbieri A, Clementini M, Renouard F, de Sanctis M. Treatment of class III multiple gingival recessions: prognostic factors for achieving a complete root coverage. *J Clin Periodontol*. 2018;45(7):861-8.
3. Zucchelli G, Marzadori M, Mounssif I, Mazzotti C, Stefanini M. Coronally advanced flap + connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors. A controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2014;41(8):806-13.
4. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000. 2015;68(1):333-68.
5. Zucchelli G, et coll. Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage. *J Periodontol*. 2018;89(12):1428-41.
6. Zucchelli G, Tavelli L, Barootchi S, Stefanini M, Rasperini G, Valles C, Nart J, Wang HL. The influence of tooth location on the outcomes of multiple adjacent gingival recessions treated with coronally advanced flap: A multicenter re-analysis study. *J Periodontol*. 2019;90(11):1244-51.
7. Aroca S, Keglevich T, Nikolidakis D, Gera I, Nagy K, Azzi R, Etienne D. Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2010;37(1):88-97.
8. Sculean A, Allen EP. The laterally closed tunnel for the treatment of deep isolated mandibular recessions: surgical technique and a report of 24 cases. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018;38(4):479-87.

Distributeur exclusif

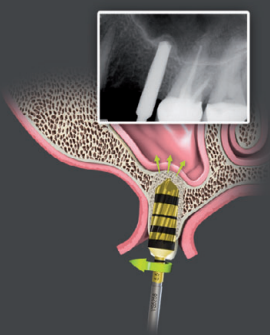


PRED

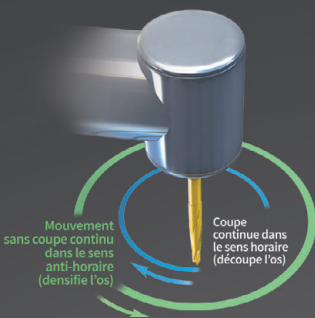
LABORATOIRES

Fraises Densah®

Votre foret habituel vous aide-t-il ?



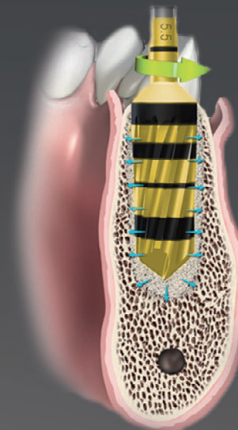
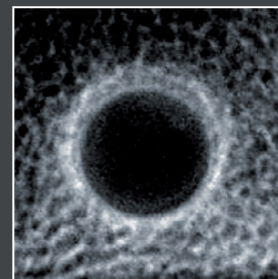
Autogreffe en douceur du sinus maxillaire ?



Densifier ou couper l'os par simple pression d'un bouton ?



Éliminer le jeu de devinettes de la stabilité primaire de l'implant ?



Expansion de crête efficace ?

Si la réponse est NON,
c'est le moment de choisir Versah®

Des formations sont organisées en France sur le système Densah® !

Vous êtes intéressé ? Contactez-nous !
Laboratoires PRED — www.pred.fr
Tél. : 01 41 98 35 64 — mkg@pred.fr

 **Versah**^{France}
THE OSSEODENSIFICATION COMPANY



www.versah.fr