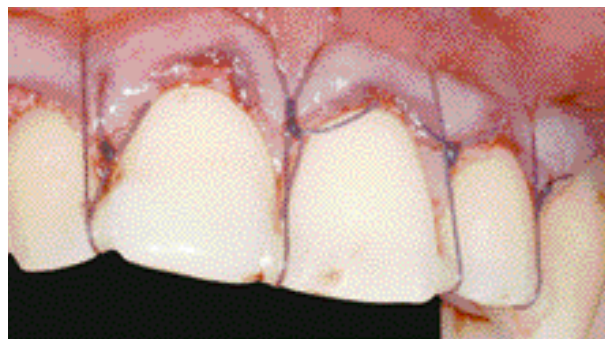


Greffe de tissu conjonctif tunnelisée et tractée coronairement



Laurent Thery, Anne-Marie Micheletti

ÉVALUATION FORMATION CONTINUE

- 1 Les greffes gingivales libres donnent les mêmes taux de recouvrement que les greffes conjonctives enfouies. Vrai Faux
- 2 La zone rétromolaire donne un tissu de meilleure qualité lors du prélèvement que les sites palatins. Vrai Faux
- 3 Les aides visuelles permettent une cicatrisation plus rapide en chirurgie muco-gingivale. Vrai Faux
- 4 Il vaut mieux utiliser des greffes épaisses pour avoir des résultats esthétiques. Vrai Faux
- 5 Une irrigation est nécessaire pendant toute la durée de l'intervention. Vrai Faux

Les réponses à ces questions sont disponibles sur le site internet de l'ID : www.information-dentaire.com

Cet article répond-t-il à vos attentes en matière de formation continue ? : votre opinion à faugereau@information-dentaire.fr

Les récessions parodontales, au même titre que les parodontites, sont intégrées dans la dernière classification des maladies parodontales (2) et doivent donc être prises en compte dans nos plans de traitements parodontaux. La chirurgie muco-gingivale vise à traiter ces pertes d'attaches vestibulaires et/ou linguales (14) autour des dents et des implants (4). En fonction de leur sévérité, le recouvrement des récessions est variable (11). Les premières techniques décrites (6) avaient pour but d'apporter du tissu kératinisé afin de limiter l'aggravation des futures récessions et traiter les hyperesthésies dentinaires. Malheureusement ces greffes gingivales (greffe épithélio-conjonctive) avaient, et ont toujours, un pourcentage de recouvrement faible. Aujourd'hui, de nombreuses techniques chirurgicales ont été développées. En effet, non seulement il faut recouvrir la récession mais la greffe conjonctive doit s'intégrer esthétiquement dans le contexte gingival des patients.

Actuellement, il est admis que les greffes de tissu conjonctif montrent des pourcentages de recouvrement similaires par rapport aux lambeaux déplacés coronairement (sans apport). Ainsi, Wennström et coll. en 1996 (13) montrent à 2 ans un pourcentage de recouvrement équivalent entre ces deux techniques. Cependant, le groupe traité avec une greffe de tissu conjonctif montre un nombre de recouvrement complet plus important que le groupe contrôle (lambeau seul). En présence d'une prothèse intrasulculaire, il semble que le résultat soit plus prévisible avec une greffe conjonctive enfouie pour pérenniser le résultat esthétique sur le long terme.

Néanmoins, ces techniques peuvent présenter parfois un résultat décevant : les tissus apparaissent trop épais et d'une couleur différente.

Ainsi, Zucchelli et coll. (15) montrent l'importance d'une greffe fine et de son positionnement corono-apical. Il préconise une greffe d'environ 1 mm d'épaisseur dont la survie sera assurée par la double vascularisation.

De la même manière, un résultat esthétique et prévisible nécessite de suivre certaines précautions :

- si possible utiliser une aide visuelle. Les tissus se revascularisent plus vite comme l'ont montré Francetti et coll. en 2005 (7) ;

- limiter les manœuvres chirurgicales traumatiques en utilisant des instruments fins et tranchants (5) ;
- manipuler doucement les tissus et irriguer régulièrement avec du sérum physiologique ;
- limiter les zones d'ischémie, les tissus doivent être déplacés sans tension ;
- utiliser des fils fins 5 ou 6X0 permet de limiter les tractions dans les tissus lors de la réalisation des points.

Une variante chirurgicale a été décrite par Azzi et coll. en 1999 (3) dans le traitement des classes IV de Miller.

Notre article se propose de détailler la technique chirurgicale dans le traitement de récessions multiples.

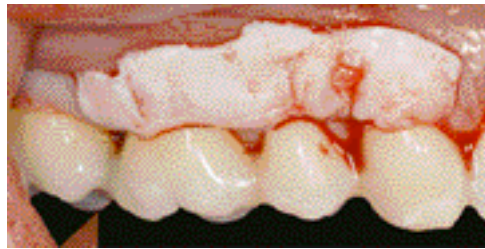
Cas 1 : la patiente présente au niveau de l'arcade maxillaire droite des récessions multiples de classe 1 de Miller sur la canine et prémolaire mais de classe 3 sur la molaire. La difficulté de traitement est leur largeur : 3 mm sur la canine, 2 mm sur la prémolaire et 5 mm sur la molaire. Les récessions sont anciennes et la surface dentaire est hyperminéralisée.

Des points de composite sont mis dans les espaces interdentaires pour réaliser des sutures.

Cas 1



1



2



3

Cas 1

1. Situation initiale : récessions multiples larges (surtout sur la molaire).

2. Photo en cours de chirurgie : le greffon est positionné en vestibulaire pour adapter sa dimension au site receveur.

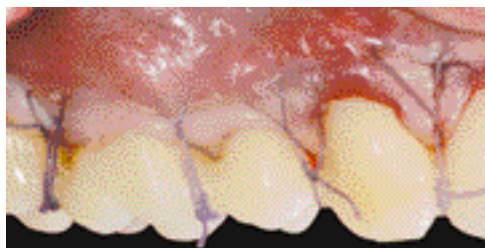
3. Photo en cours de chirurgie en palatin : prélevement du tissu conjonctif en palatin selon la technique d'Azzi et coll.

4. Photo des sutures le jour de l'intervention (vue vestibulaire).

5. Photo des sutures le jour de l'intervention (vue palatine).

6. Photo de cicatrisation à 2 semaines.

7. Photo de cicatrisation à 1 an.



4



5



6



7

Cas 2



1



2



3

Cas 2

1. Photo initiale.
2. Le greffon conjonctif est placé sous le lambeau vestibulaire.
3. Photo cicatrisation à 1 an.

Cas 3

1. Situation initiale.
2. Réalisation de l'enveloppe (respect des papilles interdentaires).
3. Le greffon est mis en place.
4. Réalisation des sutures tractées.
5. Résultat à 15 jours.

L'anesthésie est faite en périapical du site avec une solution adrénalinée à 1/200 000 et sur le site donneur.

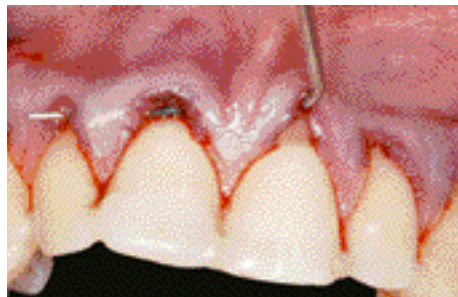
Les surfaces radiculaires sont ensuite surfacées. Puis une poche est réalisée à l'aide de curettes de Gracey en prenant soin de réaliser une irrigation abondante. Il s'agit d'une technique qui s'inspire de la technique de Raetzke en 1985 (10) et plus récemment de Allen et coll. en 1994 (1). Cependant dans cette étude, le lambeau n'est pas tracté en direction coronaire.

Il existe classiquement deux zones de prélèvements au palais : soit en regard des prémolaires et de la première molaire soit dans la zone rétotubérositaire. Cette technique décrite par Azzi et coll. en 1999 (3) consiste à prélever du tissu au niveau de la tubérosité et dans la zone marginale palatine des molaires. Ce prélèvement a de nombreux avantages par rapport aux prélèvements classiques dans le palais :

Cas 3



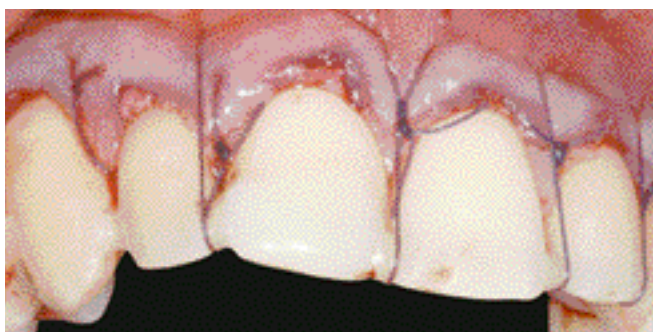
1



2



3



4



5

- la qualité du greffon est de meilleure qualité : les fibres conjonctives sont plus nombreuses et le tissu adipeux est plus rare ;
- moins de douleur pour le patient ;
- pas de risque hémorragique (pas de lésion de l'artère palatine) ;
- traitement d'un excès de tissu conjonctif dans la zone rétro-molaire souvent à l'origine d'une inflammation chronique (réalisation du distal wedge dans la même séance) ;
- la cicatrisation est de première intention.

C'est donc une technique de choix quand les conditions anatomiques sont réunies.

Les incisions sont réalisées avec une lame 12 et 15. Le greffon doit être mobilisé avec des curettes pour prélever le maximum de tissu. Le site de prélèvement est ensuite suturé par des points séparés avec du 5X0.

Le greffon est ensuite découpé et ouvert en deux pour augmenter sa longueur. On peut voir la qualité du tissu par son aspect nacré (présence de fibres conjonctives) alors que les prélèvements palatins ont une couleur plus rouge. Le greffon est alors positionné sur le site pour vérifier ses dimensions. Il est ensuite glissé sous la poche vestibulaire puis fixé en mésial et distal.

Des points de composite réalisés avant l'intervention permettent alors des sutures suspendues pour obtenir une traction en direction coronaire sans tension.

Une compression est alors réalisée pendant quelques minutes pour assurer une coaptation de la plaie.

En postopératoire, nous utilisons des antalgiques et parfois des anti-inflammatoires en fonction de l'amplitude du décollement ainsi que de la glace. Un gel de chlorhexidine est prescrit à la patiente avec une brosse souple 7/100 ainsi que des bains de bouche.

Le deuxième cas clinique décrit la même technique : réalisation de la poche sous les récessions, prélèvement du greffon qui sera ensuite glissé sous le lambeau, suture puis traction coronaire sans tension.

Enfin, **le troisième cas clinique** montre un exemple de traitement pour des incisives maxillaires.

Discussion

La greffe de tissu conjonctif tunnelisée et tractée coronairement évite les incisions de décharges (donc limite les risques d'ischémie et les brides cicatricielles). La technique a également l'avantage de permettre une vascularisation rapide du greffon. La source de vascularisation est double (périoste et lambeau). Elle donne des résultats prévisibles et reproductibles. Tözüm et coll. (12) montrent que la réalisation d'un tunnel périosté avec conservation des papilles offre un recouvrement plus important que les techniques classiques de Langer. Elle est cependant délicate et consommatrice de temps au fauteuil. Dans les cas où la gencive est très fine, elles peuvent se réaliser en deux temps (greffe épithélio-conjonctive puis tunnel tracté).

En effet, une étude récente de Hwang et Wang (9) montre une prévisibilité des recouvrements augmentée lorsque les tissus sont épais. Ainsi un lambeau dont l'épaisseur est de moins de 1 mm présente un risque plus important d'ischémie.

La phase postopératoire est importante car si le contrôle de l'inflammation est bien réalisé, la cicatrisation est meilleure. Heitz-Mayfield en 2004 (8) a bien montré que le contrôle postopératoire permet d'accélérer la cicatrisation tant en parodontologie qu'en implantologie orale.

Enfin, les auteurs divergent sur la nécessité de recouvrir le tissu conjonctif sous le lambeau tracté coronairement. Il semble néanmoins qu'un tissu conjonctif exposé a une cicatrisation perturbée. Il nous semble préférable de toujours recouvrir le tissu greffé.

En conclusion

Cette technique semble trouver des indications très larges. Elle permet d'obtenir des résultats prévisibles et durables même dans les cas sévères lors du traitement des récessions multiples.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen AL. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1994 Aug ; 14 (4) : 302-15.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 Dec ; 4 (1) : 1-6. Review
3. Azzi R, Etienne D, Sauvan JL, Miller PD. Root coverage and papilla reconstruction in Class IV recession: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1999 Oct ; 19 (5) : 449-55.
4. Azzi R, Etienne D, Takei H, Fenech P. Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported fixed restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2002 Feb ; 22 (1) : 71-7
5. Belcher JM. A perspective on periodontal microsurgery. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2001 Apr ; 21 (2) : 191-6. Review.
6. Björn H. Free transplantation of gingiva propria. *Sveriges Tandläkarförbundet Tidning* 1963 ; 22 : 684-7.
7. Francetti L, Del Fabbro M, Calace S, Testori T, Weinstein RL. Microsurgical treatment of gingival recession: a controlled clinical study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005 Apr ; 25 (2) : 181-8.
8. Heitz F, Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Effects of post-surgical cleansing protocols on early plaque control in periodontal and/or periimplant wound healing. *J Clin Periodontol.* 2004 Nov ; 31 (11) : 1012-8.
9. Hwang D, Wang HL. Flap thickness as a predictor of root coverage: a systematic review. *J Periodontol.* 2006 Oct ; 77 (10) : 1625-34
10. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol.* 1985 Jul ; 56 (7) : 397-402.
11. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2002 ; 29 Suppl 3 : 178-94 ; discussion 195-6. Review.
12. Tozum TF, Keceli HG, Guncu GN, Hatipoglu H, Sengun D. Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol.* 2005 Nov ; 76 (11) : 1842-8.
13. 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 Aug ; 23 (8) : 770-7.
14. Wilcko MT, Wilcko WM, Murphy KG, Carroll WJ, Ferguson DJ, Miley DD, Bouquot JE. Full-thickness flap/subepithelial connective tissue grafting with intramarrow penetrations: three case reports of lingual root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005 Dec ; 25 (6) : 561-9.
15. Zucchelli G, Amore C, Sforzal NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol.* 2003 Oct ; 30 (10) : 862-70.

Adresse des auteurs

Laurent Thery, Maison médicale de l'Aulnay, 17 route de Sucé
44240 La Chapelle sur Erdre

Anne-Marie Micheletti, 226 avenue du Maine 75014 Paris