

CAS CLINIQUE DE TRAITEMENT DE RÉCESSIONS GINGIVALES MULTIPLES (cas du Dr Henner)

1. Situation initiale



Patient présentant des récessions multiples de 11 à 13 (a, b, c). Les récessions sont évaluées de Classe I de Miller(73). On note la présence d'une mylolyse associée à la récession sur 23. Cette mylolyse altère la JEC (b).

2. Réalisation d'un composite jusqu'à la JEC sur 23



On réalise un composite jusqu'à la position initiale de la JEC afin de restaurer le défaut amélaire induit par la mylolyse. En effet, la limite coronaire d'un recouvrement même complet s'arrêtera toujours à la jonction émail-cément. L'attache parodontale ne pouvant pas s'effectuer sur l'émail.

3. Mise en place de composite entre les dents



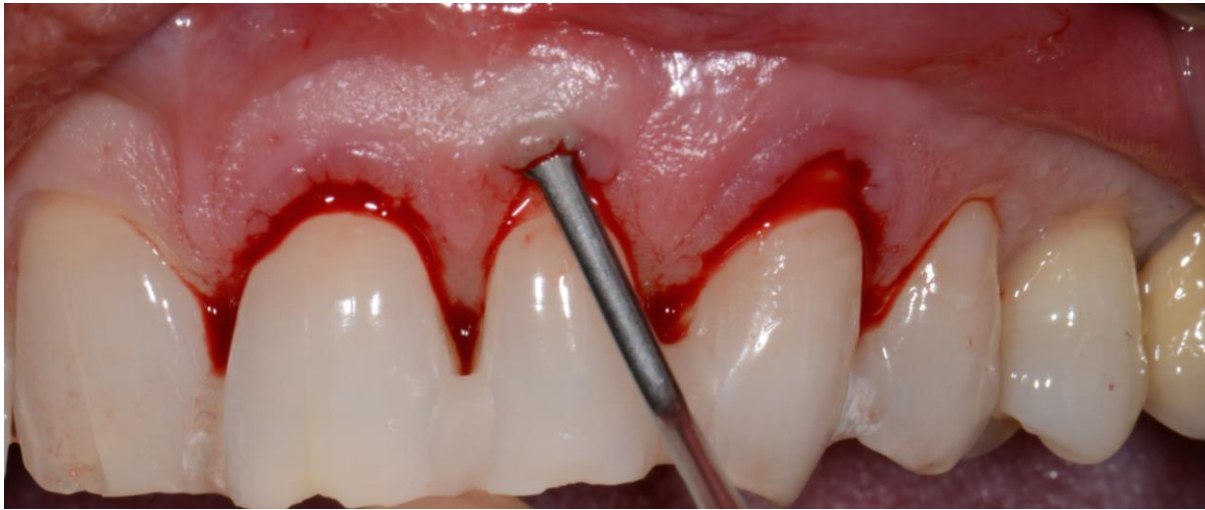
Des composites sont placés sans mordançage, ni adhésif entre 11, 21, 22, 23 et 24. Ils serviront à tracter les points « suspendus ».

4. Surfaçage de la dentine sclérosée



5. Formation du lit receveur

Une incision intrasulculaire est réalisée en regard de 11, 12 et 13. Les papilles sont préservées lors de ces incisions.



Une incision de demi-épaisseur est ensuite réalisée en direction apicale à partir des incisions intrasulculaires. Une spoon blade est utilisée pour cette étape.



La dissection partielle est agrandie en mésial, distal et apical en regard de chaque dent.

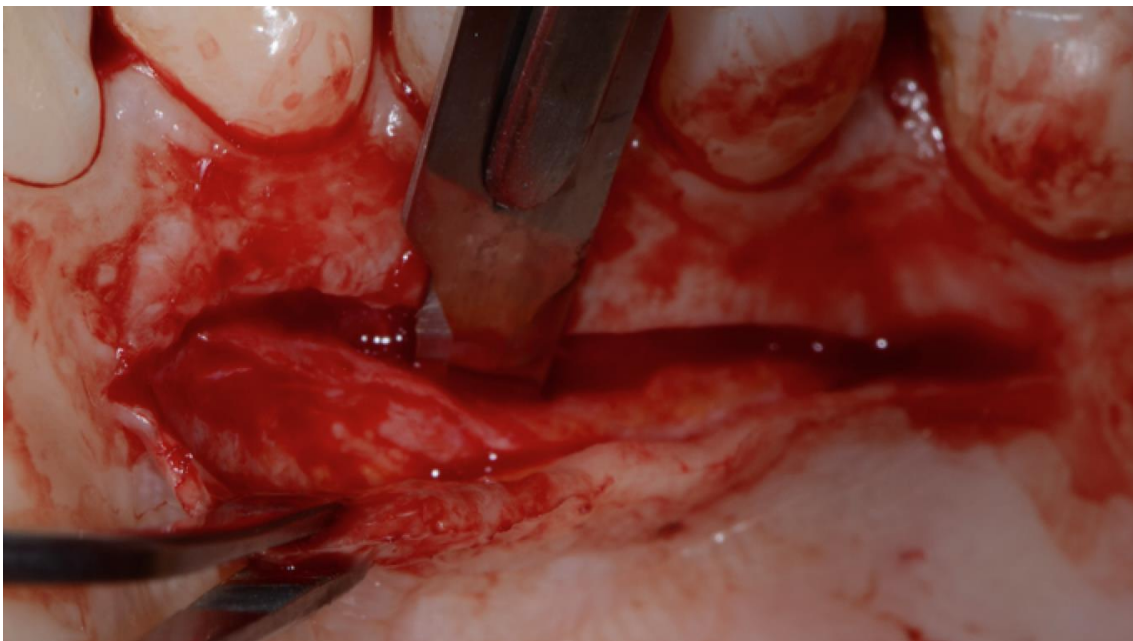


Afin de rejoindre celle des dents adjacentes et ne former qu'un seul lit receveur ou « tunnel » (74) qui s'étend de la 11 à la 13. La laxité du tunnel est alors vérifiée à l'aide d'une sonde parodontale. Le tissu gingival doit pouvoir être tracté délicatement, sans tensions, légèrement plus coronairement que la hauteur du recouvrement souhaitée. La taille du greffon qui sera nécessaire est alors mesurée à l'aide d'une sonde parodontale.

6. Prélèvement du greffon

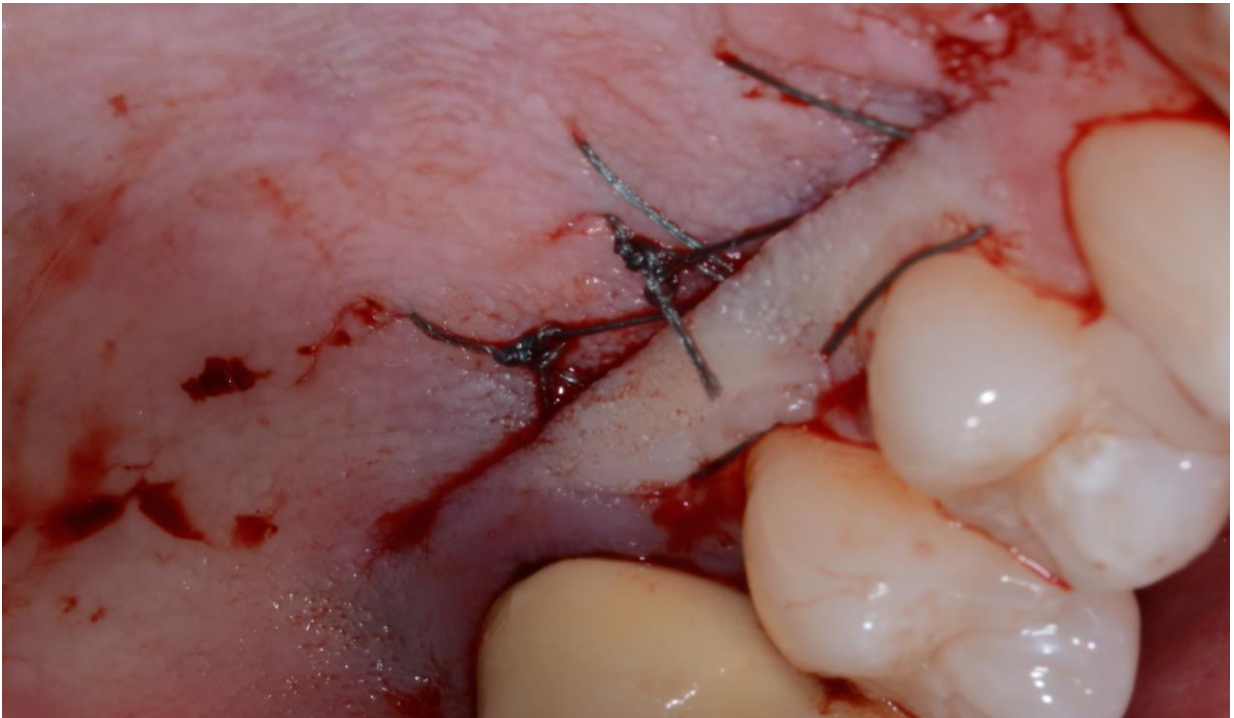
Une anesthésie traçante est réalisée sur la partie gauche du palais.

Dans ce cas, une incision est réalisée de la face mésiale de la 16 à la face distale de la 13. Elle se situe à 3 mm apicalement du collet des dents. Le bistouri est tenu perpendiculairement à la surface palatine. Puis une incision est réalisée en demi-épaisseur selon l'axe de la muqueuse palatine.



Une troisième incision est réalisée selon le grand axe des dents ou l'axe osseux palatin. Le greffon est alors prélevé par des incisions mésiales, distales puis apicales.

7. Sutures au palais

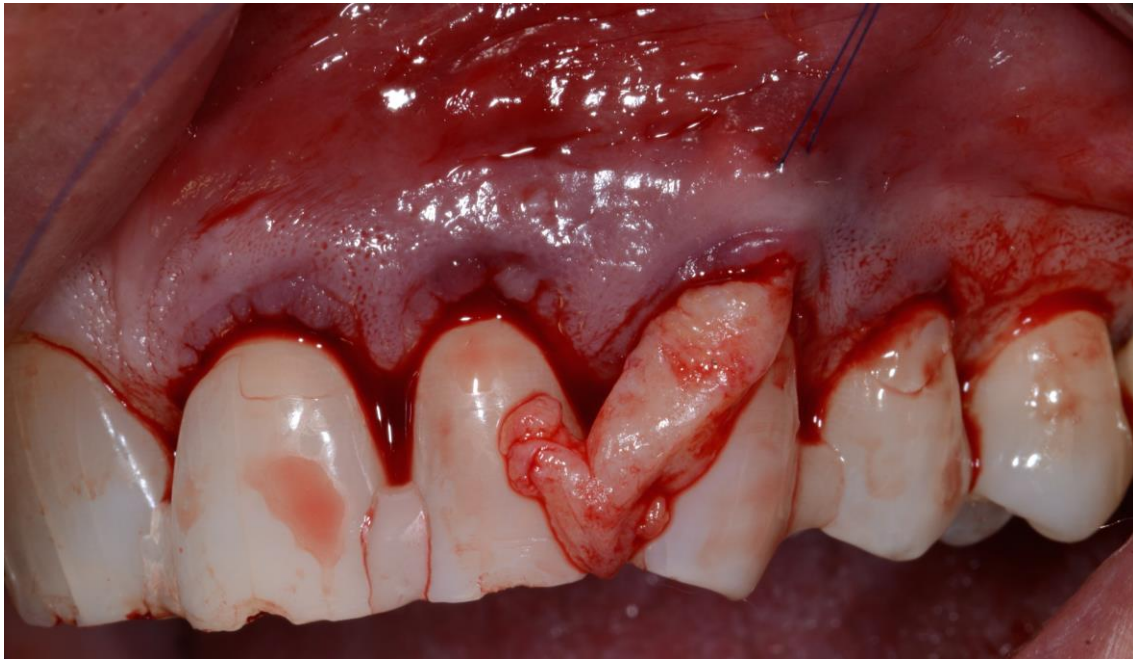


Des sutures en « marche d'escalier » sont réalisées à l'aide d'un fil Vycril® (ethicon) de diamètre 4-0.

8. Vérification de l'adaptation du greffon



Le greffon est placé en regard du lit receveur afin de vérifier son adaptation en largeur, longueur mais également en épaisseur. Il est important d'obtenir un greffon d'épaisseur satisfaisante et uniforme. Le greffon est alors désépaissit et sa taille modifiée aux besoins à l'aide d'une lame de bistouri 15c neuve.



9. Mise en place du greffon à l'intérieur du lit receveur

Un fil 6/0 est passé à l'extrémité distale du lit receveur puis dans l'extrémité distale du greffon. Le greffon est tracté dans le lit receveur en tirant sur les deux chefs du fil.

Le greffon est alors stabilisé par un point simple.

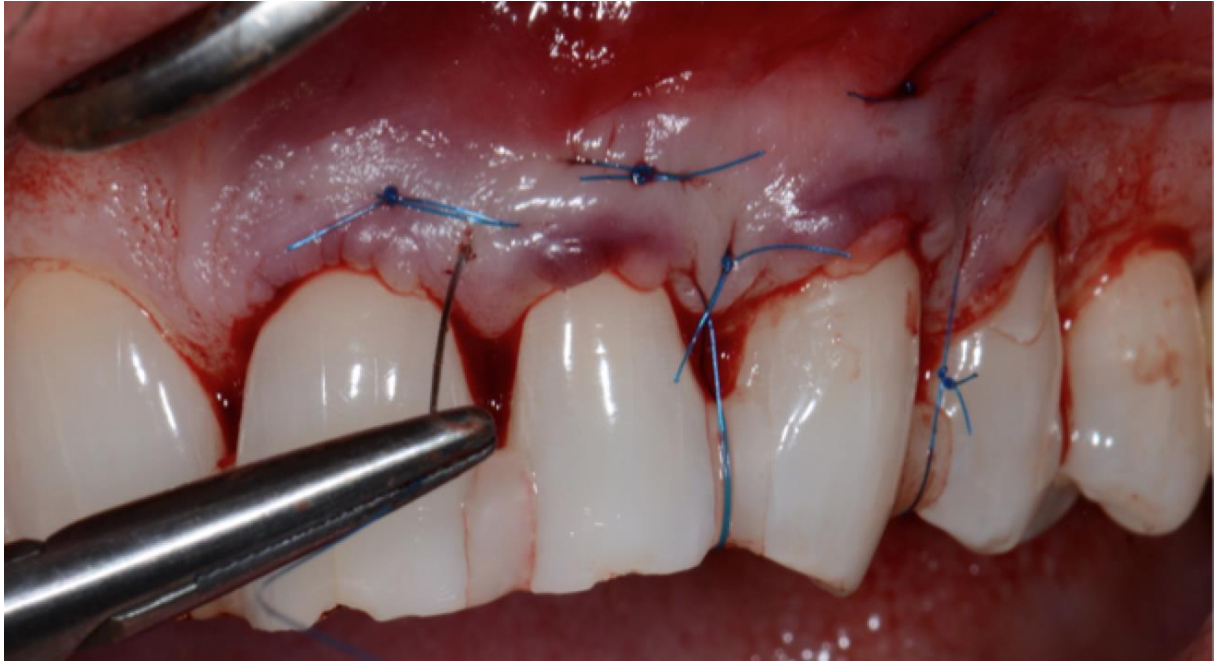
La même opération est effectuée pour l'extrémité mésiale du greffon. Le greffon de tissu conjonctif est alors complètement enfoui dans son lit receveur.

10. Sutures

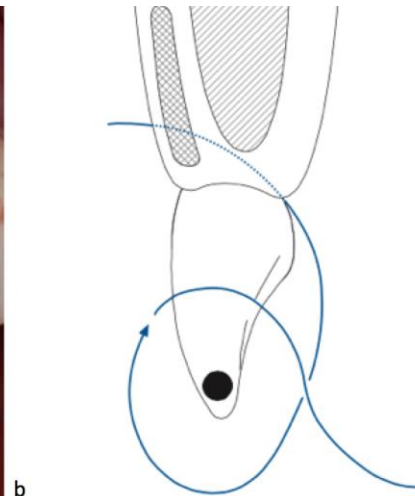
Trois points suspendus appelés « double-crossed suture » sont utilisés afin de tracter coronairement le tunnel associé à la greffe. Ils sont situés entre 11 et 12, 12 et 13, 13 et 14.

Ces points sont décrits par Zuhr et al(75) en 2009. Il s'agit d'une modification de techniques de points suspendus déjà utilisés pour avancer coronairement les lambeaux muqueux sur les surfaces radiculaires et connecter la papille aux tissus conjonctifs interdentaires(76)(77)(78).

Ces points ont été mis au point afin de stabiliser coronairement les tissus et permettre la compression des tissus du tunnel contre le greffon. Cela afin d'améliorer la cicatrisation primaire initiale et obtenir une immobilisation complète et durable des tissus.



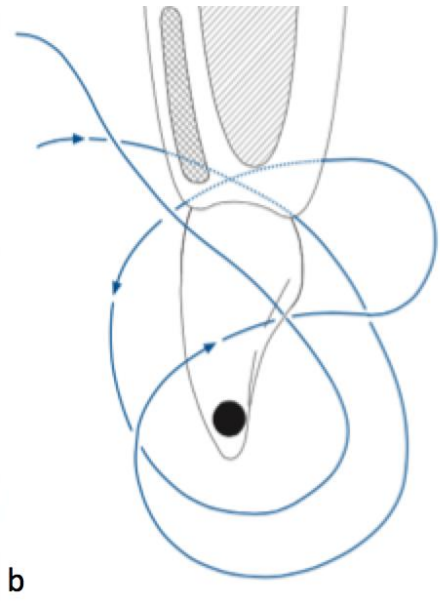
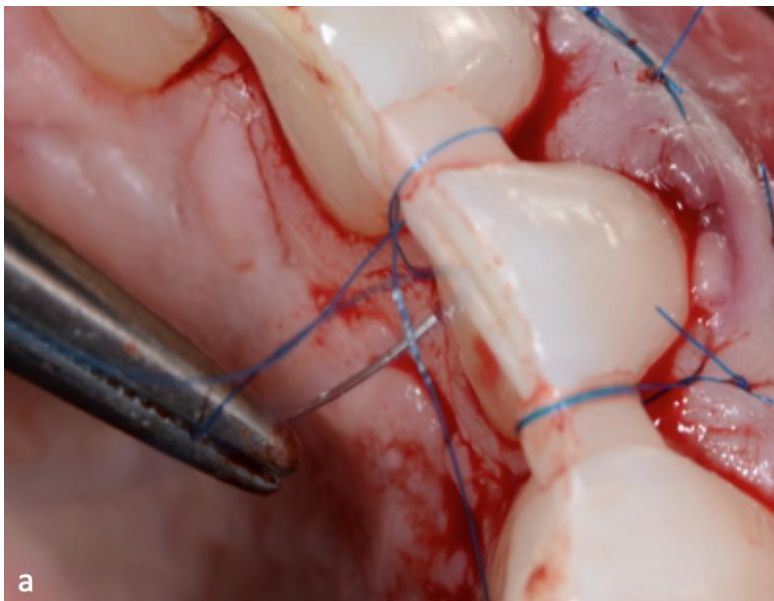
En partant du côté vestibulaire, l'aiguille est passée à travers l'ensemble des tissus mous pour réapparaître en palatin.



L'aiguille est guidée au-dessus du point de contact à partir du côté palatin et enroulée autour du plot de composite (a). Puis, elle est passée sous le point de contact de retour en palatin sans traverser les tissus mous (b (75)).



En partant du côté palatin, l'aiguille est passée à travers l'ensemble des tissus mous pour réapparaître en vestibulaire en tête de papille.



L'aiguille est guidée au-dessus du point de contact à partir du côté vestibulaire et enroulée autour du plot de composite (a). Puis, elle est passée sous le point de contact de retour en vestibulaire sans traverser les tissus mous (b(75)).
Le point est noué en vestibulaire à niveau du premier point d'entrée de l'aiguille dans les tissus.

11. Vue postopératoire



12. Résultat 6 mois après la chirurgie



Résultats 6 mois après la chirurgie. On observe un recouvrement complet sur 11, 12 et 13. Le contour gingival est régulier, le rebord gingival est festonné et suit la JEC. La gencive présente une texture piquetée et uniforme. Une légère bride cicatricielle présente avant l'intervention est visible entre 12 et 13. La ligne muco-gingivale est alignée avec celles des dents adjacentes. La couleur de la gencive est légèrement plus rouge notamment au niveau de la 13.

Le RES score de cet intervention est donc de 9/10.

L'intervention peut être considérée comme un succès.