

# Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. L'article de ce mois-ci est rédigé par le Dr Murray Arlin. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

## Le choix de la bonne technique en chirurgie mucogingivale

Dr Murray Arlin, DDS, FRCD(C)

Certains patients atteints de récession gingivale ont besoin d'une intervention chirurgicale. Le traitement chirurgical de la muqueuse gingivale peut être nécessaire pour empêcher la progression de la récession des gencives, corriger les défauts esthétiques et éliminer la sensibilité radiculaire. Comme dans tous les aspects de la dentisterie, la prise des décisions cliniques en chirurgie mucogingivale est à la fois un art et une science. Le praticien doit connaître les différentes techniques chirurgicales qui existent pour traiter les problèmes mucogingivaux et savoir identifier les techniques qui sont indiquées dans une situation clinique précise.

Des recherches ont montré qu'une inflammation est toujours présente lorsque le patient a moins de 2 mm de gencive kératinisée. Les zones où la surface de gencive attachée est minimale peuvent aussi présenter une inflammation considérable et une récession gingivale évolutive lorsqu'elles sont associées à des restaurations sous-gingivales et à un mauvais contrôle de la plaque dentaire.

Parmi les techniques chirurgicales les plus courantes pour traiter les problèmes mucogingivaux, on compte l'autogreffe palatine (greffe gingivale libre), le lambeau positionné coronai-

rement (avec ou sans greffe de tissu conjonctif) et l'autogreffe de tissu conjonctif sous-épithélial. Il existe 2 types d'autogreffe palatine : les greffes sous-marginales, où l'objectif est d'augmenter la quantité de gencive afin d'empêcher la progression de la récession gingivale, sans nécessairement chercher à recouvrir la surface radiculaire, et le recouvrement radiculaire, où l'objectif est d'augmenter la quantité de tissu et de recouvrir simultanément la surface radiculaire.

L'autogreffe palatine, le lambeau positionné coronairement et la greffe de tissu conjonctif sous-épithélial comptent parmi les procédures mucogingivales les plus souvent effectuées dans mon cabinet. Le présent article fournit un aperçu des 3 techniques en cause et propose un algorithme pour aider les praticiens à identifier la technique la plus indiquée dans diverses situations cliniques (ill. 1). En déterminant l'approche chirurgicale précise qui est la meilleure, le clinicien doit évaluer le rythme et l'ampleur de la récession gingivale, la qualité du tissu résiduel, les exigences fonctionnelles (traction des divers freins, traitement orthodontique, traitement prosthodontique), les considérations esthétiques et la sensibilité radiculaire.

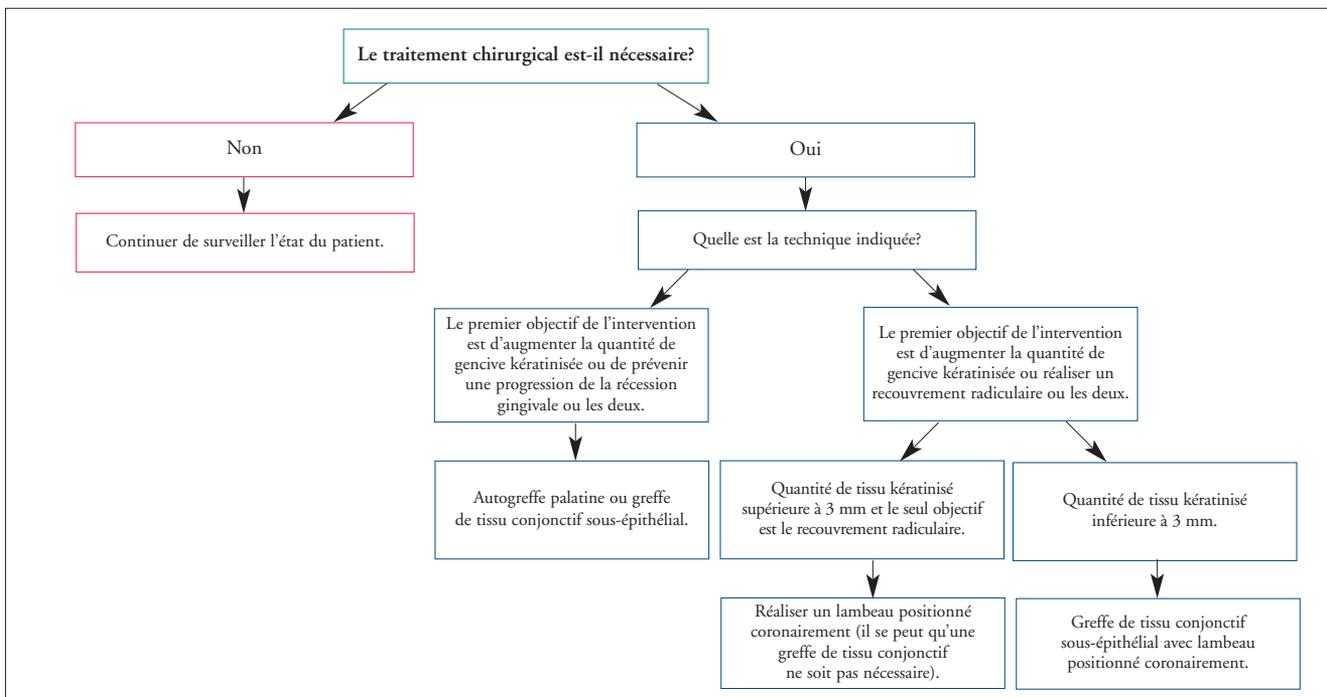


Illustration 1 : Algorithme proposé pour le traitement chirurgical des problèmes mucogingivaux

L'autogreffe palatine (greffe gingivale libre)



**Illustration 2a :** Vue du prétraitement montrant une absence totale de gencive kératinisée sur la dent 43.



**Illustration 2b :** Vue du post-traitement montrant l'augmentation de la quantité de gencive après guérison de l'autogreffe palatine sous-marginale. Le recouvrement radiculaire n'était pas nécessaire dans ce cas-là.



**Illustration 3a :** Vue du prétraitement montrant une quantité minimale de gencive kératinisée sur les dents 32, 33 et 34, de même qu'un important défaut de récession sur la dent 32.



**Illustration 3b :** Vue du post-traitement montrant une augmentation importante de la quantité de gencive kératinisée et un recouvrement radiculaire partiel sur la dent 32.



**Illustration 4a :** Vue du prétraitement montrant une récession gingivale grave et une absence totale de gencive kératinisée attachée sur la dent 13.



**Illustration 4b :** Vue du post-traitement montrant une augmentation de la quantité de gencive kératinisée et un recouvrement radiculaire à hauteur de 75 %. Ce cas montre la médiocrité relative du résultat esthétique obtenu avec cette technique particulière (apparence de pneu rapiécé).

Lambeau positionné coronairement (sans greffe)



**Illustration 5a :** Ce patient se plaignait de sensibilité radiculaire et d'un défaut esthétique sur la dent 23. Malgré la récession, au moins 3 mm de tissu kératinisé étaient encore présents.



**Illustration 5b :** Le recouvrement radiculaire a été réalisé à l'aide d'une incision verticale bilatérale de dégagement et d'un lambeau positionné coronairement. Dans ce cas, une greffe de tissu conjonctif n'a pas été nécessaire.



**Illustration 5c :** Photographie prise 6 mois après l'intervention chirurgicale. Le patient était extrêmement satisfait de la correction du défaut esthétique et ne se plaignait plus de sensibilité radiculaire.

**Autogreffe de tissu conjonctif sous-épithélial**



**Illustration 6a :** Vue du prétraitement montrant une récession importante de la gencive et la présence minimale de tissu kératinisé sur la dent 43. Un site receveur en forme de poche, sans incision de dégagement, est ensuite préparé.



**Illustration 6b :** Photographie prise après 4 mois et montrant un recouvrement radiculaire à hauteur de 75 %, qui a cependant été limité en raison de la gravité de la perte d'attache interproximale au moment du prétraitement.



**Illustration 7a :** Vue préopératoire montrant une récession grave de la gencive, une absence totale de gencive kératinisée et une certaine perte d'attache interproximale sur la dent 31.



**Illustration 7b :** Photographie prise 2 semaines après l'intervention chirurgicale. La greffe de tissu conjonctif s'étend plusieurs millimètres sous-gingivalemment, même si on n'a pas soulevé de lambeau.



**Illustration 7c :** Photographie prise 6 mois après l'intervention révélant un excellent recouvrement radiculaire et une augmentation de la quantité de gencive kératinisée.

**Autogreffe de tissu conjonctif sous-épithélial (technique du lambeau positionné coronairement)**



**Illustration 8a :** Cette patiente de 17 ans nous a été dirigée après un traitement infructueux par le dentiste, qui avait tenté la technique du lambeau positionné coronairement sans greffe, malgré l'absence totale de gencive kératinisée au prétraitement. À remarquer la récession grave, y compris la perte d'une certaine attache interproximale.



**Illustration 8b :** La greffe de tissu conjonctif a été fixée à la base des tissus conjonctifs receveurs avec des sutures.



**Illustration 8c :** Le lambeau muqueux a été positionné coronairement par-dessus la greffe de tissu conjonctif, puis suturé solidement et sans tension.



**Illustration 8d** : Vue post-opératoire montrant un recouvrement radiculaire à hauteur de 85 %. Le recouvrement total a été impossible à effectuer en raison de la gravité de la perte d'attache interproximale au moment du prétraitement.



**Illustration 9a** : Vue du prétraitement montrant une récession gingivale grave et une absence totale de gencive kératinisée sur la dent 31. À remarquer que l'attache et la papille interproximales sont intactes.



**Illustration 9b** : Photographie prise 2 ans après le traitement et montrant un recouvrement radiculaire complet et une gencive saine. On peut envisager un recouvrement radiculaire complet si la papille et l'attache interproximales sont intactes.

Les dentistes généralistes doivent connaître les différentes techniques qui existent pour traiter les problèmes mucogingivaux et savoir identifier les techniques indiquées dans certaines situations cliniques précises. Toutefois, la maîtrise des techniques chirurgicales en cause nécessite une formation et une expérience appropriées. Par conséquent, les patients qui pourraient avoir besoin d'une intervention chirurgicale mucogingivale devraient être dirigés vers un parodontiste pour ce type de traitement. ♦



Le Dr Murray Arlin exerce dans un cabinet privé qui se limite à la parodontie et à l'implantologie à Toronto Ouest (Ontario).

Écrire au : Dr Murray Arlin, 1436, chemin Royal York, bureau 209, Weston ON M9P 3A9. Courriel : [murray.arlin@utoronto.ca](mailto:murray.arlin@utoronto.ca).

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.