

# Traitement de la récession gingivale par le prélèvement de tissu conjonctif sous-épithélial au niveau de la tubérosité maxillaire par la technique d'incision cunéiforme distale (wedge distal)

Jun-Beom Park, DDS, MSD, PhD

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en images qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Si vous désirez 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).

La greffe de tissu conjonctif sous-épithélial peut être pratiquée pour recouvrir la racine<sup>1</sup> et ainsi accroître la quantité de tissu kératinisé<sup>2</sup> et réduire la sensibilité radiculaire<sup>3</sup>. Selon des recherches antérieures, les tissus mous de la tubérosité maxillaire seraient plus épais que ceux du palais dur et pourraient donc constituer une meilleure zone donneuse pour des greffes de tissu conjonctif<sup>4</sup>.

Dans l'étude de cas présentée ici, du tissu conjonctif sous-épithélial a été prélevé au niveau de la tubérosité par incision cunéiforme distale pour traiter une récession gingivale et une hypersensibilité dentinaire dans la région des prémolaires inférieures.

## Étude de cas

Une femme de 47 ans a été dirigée vers le service de parodontologie de l'Hôpital dentaire national de Séoul. La patiente ne

présentait aucun problème médical et ne prenait aucun médicament connu pour nuire à la guérison des tissus mous. La patiente était atteinte d'une maladie parodontale avec récession gingivale, plus précisément une récession de classe III de Miller<sup>5</sup> de 2 mm sur la première prémolaire inférieure gauche (ill. 1). Les profondeurs cliniques au sondage variaient de 2 à 3 mm et l'épaisseur du tissu kératinisé dans la partie buccale était de 2 mm. La patiente avait une légère sensibilité au toucher et au jet d'air et craignait que la récession progresse.

La patiente a été informée des mesures d'hygiène buccodentaire à suivre, et des traitements de détartrage et de surfaçage radiculaire ont été pratiqués durant la première phase du traitement parodontal. Au moment de la réévaluation, une poche profonde a été détectée dans la région de la deuxième molaire supérieure gauche (ill. 2).



Ill. 1 : Vue buccale avant le traitement, montrant la récession sur la première prémolaire inférieure gauche.



Ill. 2 : Radiographie de la région de la deuxième molaire supérieure gauche, montrant la perte de l'os alvéolaire.



**III. 3 :** Une pièce à main a été utilisée pour la désépithélialisation de la zone de la tubérosité.



**III. 4 :** Le greffon de tissu conjonctif auquel était attaché le périoste a été prélevé de la zone de la tubérosité.



**III. 5 :** Le greffon de tissu conjonctif mesurait 6 mm de longueur et 4 mm de hauteur.



**III. 6 :** Un lambeau de demi-épaisseur a été levé sous la région papillaire.



**III. 7 :** Le greffon de tissu conjonctif a été mis en place en position apicale par rapport à la jonction amélo-cémentaire au moyen de sutures.



**III. 8 :** Le lambeau sus-jacent a été ramené vers l'avant et refermé par suture coronale pour couvrir la zone donneuse.

Une réduction de la poche parodontale a donc été planifiée, les tissus prélevés de la tubérosité devant servir à la greffe. La procédure a été expliquée en détail à la patiente, qui a donné un consentement éclairé.

Immédiatement avant l'intervention, la patiente s'est rincée la bouche pendant 2 minutes avec une solution de digluconate de chlorhexidine à 0,12 % (Hexamedine, Bukwang, Séoul, Corée). Après l'injection d'un anesthésique local (lidocaïne 2 % avec épinéphrine 1:100 000), une pièce à main a été utilisée pour la désépithélialisation (**ill. 3**). Le prélèvement du tissu conjonctif a été réalisé par la technique d'incision cunéiforme distale (**ill. 4 et 5**). Un lambeau de demi-épaisseur a été créé sur la papille proximale, puis une dissection en demi-épaisseur a été pratiquée en direction apicale, en laissant le périoste sous-jacent en place (**ill. 6**). Le greffon de tissu conjonctif a été mis en place en position apicale par rapport à la jonction amélo-cémentaire

au moyen de sutures (**ill. 7**) et le lambeau sus-jacent a été ramené vers l'avant pour couvrir la zone donneuse (**ill. 8**). De l'amoxicilline (500 mg, 3 fois par jour pendant 5 jours), de l'acéclofenac (100 mg, 2 fois par jour pendant 5 jours) et du digluconate de chlorhexidine à 0,12 % (3 fois par jour pendant 4 semaines) ont été prescrits à la patiente, à qui l'on a demandé d'éviter de mastiquer et de se brosser les dents près du champ opératoire durant les 2 premières semaines suivant la chirurgie.

La patiente n'a présenté aucun problème postopératoire majeur et n'a signalé qu'une douleur légère. Dix jours après la chirurgie, la plaie dans la zone de la tubérosité s'était complètement refermée (**ill. 9**). Trois semaines après la chirurgie, l'examen du site récepteur a révélé une bonne guérison, sans inflammation gingivale (**ill. 10**). Au moment de l'évaluation finale, 13 mois après l'intervention, la teinte des tissus dans la région traitée s'harmonisait bien à celle



**III. 9 :** Guérison 10 jours après le prélèvement des tissus conjonctifs.



**III. 10 :** Vue postopératoire du site récepteur, 3 semaines après la chirurgie.



**III. 11 :** Aspect clinique 13 mois après la chirurgie.

des tissus mous contigus (**III. 11**). La récession résiduelle était alors de 0,5 mm et la largeur du tissu kératinisé était de 3 à 4 mm.

### Discussion

Dans le cas présenté ici, le tissu conjonctif sous-épithélial prélevé de la tubérosité par la technique d'incision cunéiforme distale a été utilisé pour traiter la récession gingivale. La réduction de la récession gingivale et de l'hypersensibilité s'est maintenue tout au moins jusqu'à l'évaluation finale, 13 mois après la chirurgie. Le choix de ce traitement se justifie notamment par : (1) la diminution du champ opératoire et de la durée du traitement grâce à une technique combinée et (2) la guérison plus rapide de la zone donneuse par la suture primitive de la plaie.

Le tissu mou à greffer peut être prélevé de la tubérosité maxillaire par gingivectomie, puis on peut procéder à la désépithélialisation et à la taille de ce tissu mou<sup>6</sup>. Cette technique peut laisser une plaie à découvert, dont la guérison doit se faire par deuxième intention. Dans le cas présent, la désépithélialisation a été pratiquée avant la greffe puis il y a eu suture primitive de la plaie, ce qui peut favoriser une guérison plus rapide.

La greffe de tissu conjonctif sous-épithélial peut être pratiquée pour le recouvrement radiculaire<sup>7</sup>, mais on a besoin pour ce faire d'un autre champ opératoire duquel sera prélevé le tissu conjonctif. Le choix de cette technique pourrait être limité par l'anatomie vasculaire et l'épaisseur insuffisante des tissus<sup>8</sup>.

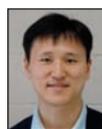
Le phénomène d'attache rampante a été rapporté pour la première fois après une greffe gingivale libre<sup>9</sup>, puis à nouveau après une greffe de tissu conjonctif avec un lambeau

de demi-épaisseur à double pédicule<sup>10</sup>. Ici, ce phénomène s'est produit avec le tissu conjonctif sous-épithélial prélevé de la tubérosité, ce qui a permis d'améliorer le résultat pour cette patiente qui présentait une récession de classe III de Miller.

La question de la quantité de tissu kératinisé autour de la dent prête à controverse. Si le patient contrôle bien la plaque dentaire, la récession des tissus mous pourrait ne pas s'accroître, malgré l'absence d'une zone adéquate de gencive attachée. Dans une étude, toutefois, l'indice gingival des dents qui présentaient d'étroites bandes de gencive kératinisée a été beaucoup plus élevé que celui des dents avec gencive kératinisée<sup>11</sup>. Les auteurs d'une autre étude laissent également entendre qu'une bande suffisante de muqueuse kératinisée pourrait faciliter une bonne hygiène buccodentaire<sup>12</sup>. Dans le cas présent, la largeur accrue du tissu kératinisé a pu être maintenue, sans accumulation perceptible de plaque dentaire.

La greffe de tissu conjonctif sous-épithélial prélevé par incision cunéiforme distale peut être utilisée pour le recouvrement radiculaire. Des essais cliniques randomisés devront toutefois être réalisés pour valider l'importance clinique de cette technique. ➤

### L'AUTEUR



Le **Dr Park** est chercheur invité au Département des sciences pharmaceutiques du Collège de pharmacie, Université de Michigan, Ann Arbor (Michigan).

**Remerciements :** Ces travaux ont été rendus possibles grâce à une subvention de la Fondation coréenne de recherche, un organisme subventionné par le gouvernement de la Corée (KRF-2008-357-E00015).

**Écrire au :** Dr Jun-Beom Park, Département des sciences pharmaceutiques, Collège de pharmacie, Université de Michigan, 1664, promenade McIntyre, Ann Arbor (Michigan) 48105, États-Unis. Courriel : [jbassoonis@yahoo.co.kr](mailto:jbassoonis@yahoo.co.kr)

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Cet article a été révisé par des pairs.

## Références

1. Cortellini P, Tonetti M, Baldi C, Francetti L, Rasperini G, Rotundo R, et al. Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind, clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2009;36(1):68-79.
2. McGuire MK, Nunn M. Evaluation of human recession defects treated with coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part 1: Comparison of clinical parameters. *J Periodontol.* 2003;74(8):1110-25.
3. Martorelli de Lima AF, da Silva RC, Joly JC, Tatakis DN. Coronally positioned flap with subepithelial connective tissue graft for root coverage: various indications and flap designs. *J Int Acad Periodontol.* 2006;8(2):53-60.
4. Studer SP, Allen EP, Rees TC, Kouba A. The thickness of masticatory mucosa in the human hard palate and tuberosity as potential donor sites for ridge augmentation procedures. *J Periodontol.* 1997;68(2):145-51.
5. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13.
6. Jung UW, Um YJ, Choi SH. Histologic observation of soft tissue acquired from maxillary tuberosity area for root coverage. *J Periodontol.* 2008;79(5):934-40.
7. Al-Zahrani MS, Bissada NF. Predictability of connective tissue grafts for root coverage: clinical perspectives and a review of the literature. *Quintessence Int.* 2005;36(8):609-16.
8. Soileau KM, Brannon RB. A histologic evaluation of various stages of palatal healing following subepithelial connective tissue grafting procedures: a comparison of eight cases. *J Periodontol.* 2006;77(7):1267-73.
9. Matter J, Cimasoni G. Creeping attachment after free gingival grafts. *J Periodontol.* 1976;47(10):574-9.
10. Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. *J Periodontol.* 1997;68(9):890-9.
11. Stetler KJ, Bissada NF. Significance of the width of keratinized gingiva on the periodontal status of teeth with submarginal restorations. *J Periodontol.* 1987;58(10):696-700.
12. Salvi GE, Lang NP. Diagnostic parameters for monitoring peri-implant conditions. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004; 19 Suppl:116-27.