RECOUVREMENT D'UNE RECESSION GINGIVALE LARGE ET PROFONDE PAR UN LAMBEAU DEPLACE LATERALEMENT

RE-COVERING OF A WIDE AND DEEP GUM RECESSION BY A LATERAL SLIDING FLAP : A CASE REPORT

KAMAGATE A., KONE D., MOBIO S., COULIBALY N.T., BROU E.

Département de parodontologie – UFR Odonto-stomatologie – université d'Abidjan Cocody

Correspondance : Dr KAMAGATE Anzoumana

U.F.R. Odonto-.Stomatologie - Université d'Abidjan - Cocody
22 BP 612 Abidjan 22 - E- mail anzkamagate@yahoo.fr

RESUME

La présence d'une récession gingivale dans le secteur antérieur a un effet néfaste sur l'esthétique du sourire. Aujourd'hui, le plateau thérapeutique en chirurgie muco-gingivale s'étant largement développé, il faut cibler les indications des différentes techniques pour une meilleure efficacité. Ce travail montre le traitement d'une récession gingivale large et profonde sur une incisive centrale inférieure par la technique du lambeau déplacé latéralement. Deux ans après le traitement, le résultat montre un taux de recouvrement de 70%, avec un rendu esthétique appréciable.

Mots Clés : **récession gingivale, chirurgie muco-gingivale, lambeau déplacé latéralement, esthétique.**

ABSTRACT

Gum recession in the front area of the mouth has a negative impact on the smile. Nowadays, mucogingival surgery experiences a development with regard to therapeutic techniques. Therefore, indications for different surgical techniques for a better efficiency need to be determined. The present article concerns with the treatment of a wide and deep gum recession on a lower central incisor through a lateral sliding flap. Two years after the treatment, the results show coverage of 70% with a good esthetic result.

Keys Words: ***gum recession, mucogingival surgery, lateral sliding flap, esthetic.***

© EDUCI 2012

INTRODUCTION

Les récessions parodontales touchent une forte proportion de la population. Elle toucherait 82% des patients [1].

Le retrait gingival est une cause de consultation fréquente des patients, qui y voient le risque de perdre la ou les dents concernées. Ils expriment surtout un souci esthétique et ils se plaignent d'une hypersensibilité radiculaire en raison de la dénudation radiculaire.

L'évolution d'une récession non traitée, même si elle ne compromet pas forcément l'avenir de la dent du point de vue de son pronostic parodontal, peut exposer celle-ci à la contamination bactérienne et au risque carieux.

Face à une récession parodontale, il y a quelques années, le praticien aurait opté pour l'abstention thérapeutique, peut-être par manque de prévisibilité des techniques. Aujourd'hui avec la possibilité de réaliser un recouvrement radiculaire satisfaisant et prévisible, la prise en charge des pose peu de problèmes.

La variété des techniques de chirurgie plastique muco-gingivale permet de faire un choix thérapeutique parfaitement adapté à la situation clinique [2, 3, 4]. Le lambeau déplacé latéralement décrit initialement par GRUPE et WARREN (1956) est indiqué quelle que soit la récession à condition qu'il existe une quantité de gencive kératinisée suffisante au niveau adjacent [5, 6, 4].

L'objectif de ce travail est de montrer le recouvrement d'une récession gingivale large et profonde sur une incisive centrale inférieure (la 41) avec la technique du lambeau déplacé latéralement.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une jeune patiente âgée de 26 ans, venue en consultation pour des raisons esthétiques et, surtout, à cause de la crainte de perdre une incisive centrale inférieure, en occurrence la 41 (fig. 1).

Cette dent présentait une récession gingivale large et profonde qui dépassait la ligne de jonction muco-gingivale, avec un frein labial médian d'insertion haute au niveau de la gencive attachée. Le facteur bactérien associé aux facteurs traumatiques (brossage traumatique et action négative du frein labial) est à l'origine de cette récession.

Figure 1 : cas clinique avant traitement

TECHNIQUE OPERATOIRE

Une semaine avant l'intervention chirurgicale, nous avons réalisé un entretien avec la patiente afin de lui expliquer les causes de cette récession. Elle a été également instruite aux techniques d'hygiène bucco-dentaire. Ensuite, nous avons réalisé un détartrage pour assainir les tissus parodontaux.

Aussitôt après l'anesthésie, l'intervention a débuté par la préparation du site receveur où nous avons réalisé un surfaçage radiculaire afin d'éliminer le cément infiltré par les toxines bactériennes (fig. 2).

Figure 2: surfaçage radiculaire

Après la préparation du lit receveur vertical, à l'opposé du site donneur, une incision à biseau externe a été réalisée sur tout le rebord de la récession en dépassant apicalement la ligne de jonction muco-gingivale sur une largeur de 2 à 3 mm. Puis, une incision à biseau interne est réalisée sur le rebord opposé dans les mêmes proportions. Ensuite, une troisième incision horizontale a été réalisée à distance du collet de la dent voisine afin de ne pas créer de récession.

Enfin, nous avons réalisé la quatrième incision qui détermine le lambeau proprement dit. Elle dépasse également la ligne de jonction muco-gingivale et peut être complétée si nécessaire apicalement par une contre-incision orientée obliquement vers le site receveur. Ces 4 incisions déterminent un rectangle prêt à être décollé, disséqué et déplacé pour recouvrir la récession (fig. 3). C'est essentiellement la direction des incisions qui oriente le déplacement latéral du lambeau, les sutures n'étant là que pour consolider ce dernier dans sa position définitive. Le lambeau doit faire au moins 1,5 fois la largeur de la dénudation à recouvrir.

Figure 3 : incision du lambeau

Un lambeau mixte a été ensuite élevé, de pleine épaisseur sur l'équivalent de la largeur de la récession et d'épaisseur partielle sur approximativement la même largeur. La partie du lambeau avec le périoste va recouvrir la récession et la partie sans périoste va recouvrir la partie du site donneur laissé sans périoste (fig. 4). La frénectomie a été réalisée pendant l'intervention, juste avant le décollement du lambeau. Dans d'autres cas, il faut la réaliser un mois avant l'intervention.

Figure 4 : transfert du lambeau sur le site receveur

Après le décollement et le transfert du lambeau sur le site receveur, nous avons réalisé la suture du lambeau en commençant par les points de sutures inter-dentaires pour terminer par les points latéraux (fig. 5).

Figure 5 : lambeau suturé

Un pansement chirurgical a été posé pour la protection du site pendant au moins dix jours à deux semaines (fig. 6).

Figure 6 : pansement chirurgical

Une antibiothérapie a été mise en place à base d'amoxicilline à 1,5g associé à 750mg de métronidazole en trois prises par jour, et pendant trois semaines.

Deux semaines après, la patiente a été revue pour déposer le pansement et nettoyer le site opératoire. A ce stade, nous avons constaté que la cicatrisation se déroulait bien et les fils de sutures étaient toujours en place (fig. 7).

Figure 7 : site opératoire deux semaines après

La patiente a été revue régulièrement tous les mois pendant les six premier mois, puis six mois plus tard, soit à un an. Deux ans après, le site opératoire présentait un taux de recouvrement d'environ 70%.(fig. 8). Le problème esthétique de la patiente est résolu et le frein labial positionné plus bas, ce qui annule son action.

Figure 8 : site opératoire deux ans après l'intervention

CMMENTAIRES

Ce cas clinique a montré l'efficacité de la technique du lambeau déplacé latéralement dans le traitement de cette récession gingivale large et profonde avec un rendu esthétique appréciable. Toutefois, l'environnement parodontal de la récession était favorable pour l'utilisation de cette technique, et le résultat était prévisible. Nous avons obtenu environ 70% de recouvrement. Ce résultat correspond au taux moyen de recouvrement pour cette technique publié dans la littérature qui est de l'ordre de 67% [2, 4]. Les avantages de cette technique sont l'intégration esthétique, le bon recouvrement en première intention et le fait que la zone de prélèvement et le site receveur sont contigus, ce qui assure la préservation de la source vasculaire et l'homogénéité de texture et de couleur entre les tissus environnants et le tissu de recouvrement.

CONCLUSION

La chirurgie parodontale possède aujourd'hui les moyens de compenser les déficits gingivaux grâce à une palette de techniques de chirurgie plastique muco-gingivale. L'analyse détaillée et précise de l'environnement parodontal, de la taille et de la forme de la récession, de l'état du support osseux proximal doivent permettre de choisir la technique d'intervention la mieux adaptée à la situation clinique. Enfin, il ne faut pas oublier que la chirurgie parodontale comporte des contre-indications absolues et relatives et que le contôle de plaque post-opératoire est le paramètre le plus important pour l'obtention des résultats recherchés par l'acte chirurgical, ainsi que pour leur perennité.

REFERENCES

1 - RODIER P. Recherche Clinique sur l'étio-pathogénie des récessions parodontales. *J. Parodontol et implantol oral 1990, 9 : 227 – 234.*

2 - DERSOT J.M., MOUBARAK N. Techniques chirurgicales de recouvrement radiculaire (choix fondé sur des preuves). *Clinic Novembre 2005, vol 26:473 – 481.*

3 - MILLER P.D., ALLEN E.P. The development of periodontal plastic surgery. *Periodontol.* 2000, 1996, 11: 7 – 17.

4 - ROCUZZO M., BUNINO M.NEEDLEMAN I., SANZ M. Periodontal plastic surgery for the treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J. Clin. Periodontol.* 2002, 29 (suppl 3): *178 – 194.*

5 - ALLEN E.P. Use of mucogingival procedure to enhance esthetics. *Dental Clin. North AM.* 1988 Apr 32 (2) : 307 – 330.

6 - GRUPE H.E., WARREN R.F. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J. Periodontol. 1956, 27: 92 - 99.*