

# Chirurgie muco-gingivale à la mandibule *greffe épithélio-conjonctive ou greffe conjonctive enfouie ?* À propos de cas cliniques

**GEPI Groupe d'Étude en Parodontologie et Implantologie**

**Cristina Vaida, Brice Houvenaeghel, Georges Rachlin, Paul Mattout**

En s'appuyant sur sept cas cliniques, cet article compare la greffe épithélio-conjonctive et le lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie pour traiter les problèmes muco-gingivaux à la mandibule.

**U**n complexe muco-gingival pathologique est celui où les tissus gingivaux ne maintiennent plus une attache durable à la dent et à l'os sous-jacent. Cela se traduit par un manque de quantité ou de qualité du tissu attaché kératinisé et/ou par des récessions gingivales. L'esthétique est un problème moins important à la mandibule qu'au maxillaire car, dans la plupart des cas, le complexe muco-gingival est peu visible. Le recouvrement des récessions sera uniquement recherché dans les cas d'hypersensibilité dentaire, l'objectif thérapeutique majeur étant de recréer un tissu kératinisé maintenant une attache à la dent et aux tissus sous-jacents pour faciliter le contrôle de la plaque. Cet article a pour objectif de comparer la greffe épithélio-conjonctive et le lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie pour traiter les problèmes muco-gingivaux à la mandibule.

## Cas cliniques

### Cas clinique 1

Dans ce premier cas, la présence d'un complexe muco-gingival inadéquat (fig. 1) est observée sur une canine et une prémolaire. Cette absence de gencive attachée peut prédisposer à la formation d'une récession gingivale. Une greffe épithélio-conjonctive est réalisée. Elle permet d'obtenir un lambeau de gencive attachée kératinisée stable (fig. 2).



1. Pas de récessions mais absence de gencive attachée sur une canine et une prémolaire.
2. Résultat à 5 ans d'une greffe épithélio-conjonctive.

### Cas clinique 2

Dans ce deuxième cas, la canine mandibulaire présente également une absence de gencive attachée, associée ici à une récession gingivale (fig. 3). Une greffe épithélio-conjonctive est réalisée (fig. 4). Positionnée plus coronairement que la précédente (fig. 5), elle permettra de recouvrir la récession et de recréer un lambeau de gencive attachée (fig. 6).



3. Récession sur une canine mandibulaire, associée à une absence de gencive attachée.
4. Préparation d'un lit périosté étendu aux 2 dents adjacentes.
5. Une greffe épithélio-conjonctive est suturée.
6. A 5 ans postopératoires, on note la bande de gencive attachée kératinisée et le recouvrement de la récession.

## Cas clinique 3

Dans ce troisième cas, les incisives latérale, canine et prémolaires présentent des récessions gingivales ainsi qu'un faible bandeau de gencive attachée (fig. 7). Une greffe épithélio-conjonctive est également réalisée pour recouvrir les récessions et augmenter la hauteur de gencive attachée comme dans le cas précédent (fig. 8 et 9).

**7. Faible hauteur de vestibule, peu de gencive attachée et récessions gingivales au niveau de l'incisive latérale, de la canine et des prémolaires mandibulaires.**



**8. Une greffe épithélio-conjonctive est suturée.**

**9. A 6 ans postopératoires, on note l'approfondissement du vestibule, l'augmentation de la gencive attachée et le recouvrement des récessions.**



## Cas clinique 4

Dans ce quatrième cas, nous pouvons observer un vestibule peu profond, un déficit de gencive attachée kératinisée et deux récessions gingivales (fig. 10). Une greffe épithélio-conjonctive est réalisée. Nous observons un recouvrement complet de la récession de la canine (classe II de Miller) et une zone de gencive attachée importante et épaisse (fig. 11).

**10. Récession classe II de Miller sur une canine mandibulaire.**

**11. A 7 ans postopératoires, la greffe épithélio-conjonctive a permis de renforcer le complexe muco-gingival et de recouvrir la récession gingivale de la canine.**





## Cas clinique 5

Le cinquième cas présente une maladie parodontale associée à un problème muco-gingival inflammatoire et des récessions gingivales de classe III de Miller (fig. 12).

Après une préparation initiale visant au contrôle de l'inflammation (fig. 13), une greffe épithélio-conjonctive est réalisée pour recréer un bandeau de gencive attachée permettant l'accès au brossage (fig. 14). Le recouvrement des récessions est impossible dans ce cas (fig. 15).



12



13

**12.** Récessions au niveau des incisives centrales mandibulaires. Noter l'absence de gencive attachée et l'inflammation.

**13.** Réduction de l'inflammation 15 jours après détartrage et surfaçage.

**14.** Suture de la greffe épithélio-conjonctive.

**15.** A 5 ans postopératoires, le maintien d'une bonne hygiène est possible



14



15

## Cas clinique 6

Dans le sixième cas, les incisives mandibulaires présentent des récessions de classe IV de Miller, situation qui ne permet pas de recouvrement radiculaire limité par le niveau osseux interproximal (fig. 16). Une greffe épithélio-conjonctive est réalisée (fig. 17 et 18).

L'objectif thérapeutique vise principalement à créer un tissu kératinisé favorisant l'hygiène du patient et le maintien des dents sur l'arcade (fig. 19).

Il semble donc, à l'analyse de ces 6 cas cliniques dont la pathologie va croissant, que la greffe épithélio-conjonctive soit systématiquement choisie.



16



18



17



19

**16.** Récessions de classe IV de Miller sur des incisives mandibulaires. L'inflammation est persistante car la gencive attachée réduite. Une faible profondeur de vestibule cause des difficultés de brossage.

**17 et 18.** Le greffon est suturé. D'abord, une suture horizontale qui positionne et stabilise le greffon. Les sutures verticales plaquent le greffon sur un lit périoste en favorisant la néovascularisation.

**19.** A 2 ans postopératoires, le complexe muco-gingival est renforcé, le vestibule est approfondi et l'hygiène est facilitée.

Existe-t-il une alternative ? La greffe conjonctive n'est-elle donc jamais indiquée à la mandibule ?



## Cas clinique 7

Dans ce dernier cas, des récessions gingivales bilatérales sont présentes au niveau des canines et prémolaires mandibulaires (fig. 20 et 22). Deux techniques différentes ont été choisies. Le manque de hauteur du vestibule et la qualité du complexe muco-gingival dans le secteur droit nous ont fait opter pour la greffe épithélio-conjonctive (fig. 20 et 21). En revanche, dans le secteur gauche, un lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie a été réalisé car la hauteur de vestibule le permettait (fig. 22 et 23).

La greffe épithélio-conjonctive dans le secteur droit a permis d'obtenir une importante qualité de gencive kératinisée garantissant le résultat à long terme (fig. 21). Cependant, le recouvrement est moins important que dans le secteur gauche traité par la greffe conjonctive enfouie (fig. 23). La gencive attachée obtenue sera-t-elle aussi stable que dans le secteur droit ?

**20 et 21.** Le secteur canine-prémolaire droit a été traité par une greffe épithélio-conjonctive dans le but de renforcer le complexe muco-gingival. Résultat à 2 ans postopératoires.

**22 et 23.** Dans le secteur canine-prémolaire gauche, un lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie a été réalisé. Résultat à 2 ans postopératoires.



## Discussion

En 1957, Friedman propose la première définition de la chirurgie muco-gingivale. Il s'agit, selon lui, de toutes les procédures ayant pour but d'aménager la gencive kératinisée, d'éliminer les freins et insertions musculaires pathologiques et d'augmenter la profondeur du vestibule [1]. Lang et Loe en 1972 soulignent l'importance de l'épaisseur et de la hauteur du tissu kératinisé pour favoriser l'hygiène et la maintenance [2]. Actuellement, l'un des buts de la chirurgie muco-gingivale est de prévenir l'apparition ou de stopper l'évolution des récessions gingivales. Cela pour des raisons d'esthétique, d'hypersensibilité ou d'aggravation. [3, 4,5].

A la mandibule, c'est le plus souvent la qualité ou la quantité du complexe muco-gingival qui est l'indication de la thérapeutique chirurgicale. Comme nous l'avons vu au travers des différents cas cliniques, le

traitement de choix est la greffe épithélio-conjonctive. En effet, de nombreuses études montrent que la qualité et la quantité du tissu obtenues à la suite d'une greffe épithélio-conjonctive par rapport aux autres techniques chirurgicales sont plus importantes [6, 7, 8]. Le gain de gencive attachée kératinisée est de 4,1 mm avec la greffe épithélio-conjonctive, alors qu'il est de 3,6 mm avec le lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie [7]. Agudio et al, en 2008, ont réalisé une étude rétrospective sur 103 patients et 224 sites avec une absence ou un manque de gencive attachée kératinisée traités par greffe épithélio-conjonctive. A 25 ans postopératoires, il a simplement été noté une diminution de la quantité de tissu kératinisé de 0,7 mm et une profondeur de sondage stable. Il concluait que les résultats obtenus par une greffe épithélio-conjonctive conféraient une stabilité à long terme [9].

En ce qui concerne le recouvrement, à 5 ans postopératoires, Paolantonio et al trouvent une moyenne de recouvrement de 53,19 % et un recouvrement complet pour 8,75 % chez les patients traités par greffe épithélio-conjonctive [10].

En revanche, pour la greffe conjonctive enfouie associée à un lambeau tracté coronairement, une moyenne de 85,23 % de recouvrement a été rapportée, ainsi qu'un recouvrement complet pour 48,57 % des patients traités [10].

Cette greffe conjonctive, qui n'est pas nouvelle [11], a été mise au point avec comme objectif principal le recouvrement des récessions. Celui-ci doit être obtenu dans quatre cas: pour des raisons esthétiques, lors d'hypersensibilité, pour des caries radiculaires ou des abrasions ou s'il existe des difficultés à réaliser l'hygiène bucco-dentaire [3].

Dans ces situations, on recherchera le recouvrement de la récession, par conséquent un lambeau tracté coronairement avec greffe conjonctive enfouie sera préféré. En effet, cette technique présente les meilleurs résultats en termes de recouvrement. Cependant, même si le recouvrement de la récession est recherché, la présence de freins ou d'insertions musculaires importantes contre-indique le lambeau tracté coronairement associé à une greffe conjonctive enfouie. D'après Peacock, la greffe épithélio-conjonctive semble être l'intervention de choix pour être associée à une frenectomie, en conférant un gain de gencive attaché sur du long terme [12].

## Conclusion

Dans cet article, nous avons montré qu'à la mandibule, l'objectif principal est de recréer un tissu kératinisé facilitant le contrôle de plaque pour lequel la thérapeutique

de choix est la greffe épithélio-conjonctive. Cependant, il existe à la mandibule des situations d'hypersensibilités dentaires ou de lésions cervicales d'usure, rarement des problèmes esthétiques; nos objectifs peuvent alors être plus ambitieux afin de recouvrir les récessions gingivales. Dans ces cas-là, si le cas clinique le permet (vestibule de profondeur suffisante), le lambeau tracté coronairement associé à la greffe de conjonctive enfouie lui sera préféré.

## bibliographie

1. Friedman N. Mucogingival surgery. *Texas Dental Journal* 1957; 75: 358-362.
2. Lang N et Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingiva health. *J Periodontol* 1972; 43: 623-627.
3. De Sancis M, Zuchelli G. *Soft tissue plastic surgery*. Edizioni Martina Bologna 1997.
4. Zuhr O, Hurzeler M. *Chirurgie plastique et esthétique en parodontologie et implantologie. Une approche microchirurgicale*. Quintessence international 2013.
5. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl 15): 44-62.
6. Dorfman HS, Kennedy JE, Bird WC. Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts. *J Clin Periodontol* 1980; 7 (4): 316-324.
7. Harris RJ. Clinical evaluation of 3 techniques to augment keratinized tissue without root coverage. *J Periodontol* 2001; 72 (7): 932-938.
8. Henriques PS, Nunes MP, Pelegrine AA. Treatment of gingival recession in two surgical stages: Free gingival graft and connective tissue grafting. *Gen Dent* 2011; 59 (6): 238-241.
9. Agudio G, Nieri M, Rotundo R, Cortellini P, Pini Prato G. Free gingival grafts to increase keratinized tissue: a retrospective long-term evaluation (10 to 25 years) of outcomes. *J Periodontol* 2008; 79 (4): 587-594.
10. Paolantonio M, di Murro C, Cattabriga A, Cattabriga M. Subpedicle connective tissue graft versus free gingival graft in the coverage of exposed root surfaces. A 5-year clinical study. *J Clin Periodontol* 1997; 24 (1): 51-56.
11. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56 (12): 715-20.
12. Peacock ME. Frenotomy and keratinized tissue augmentation. *Gen Dent* 1998; 46 (2): 194-196.

*Correspondance*

GEPI, 224 avenue du Prado, 13008 Marseille