

Le traitement efficace d'un secteur par association de plusieurs techniques chirurgicales *

P. MATTOU (1) G. RACHLIN (2) C. MATTOU (3)

Collaboration rédactionnelle et dessins : B. GOSSET

Cette jeune patiente de 15 ans présente de nombreux problèmes parodontaux associés. Au niveau des 43 et 44 qui nous intéressent aujourd'hui on peut en noter 3 (dessin A).

— Un énorme frein qui vient tracter cette zone. Des signes inflammatoires permettent de penser qu'il y a une réaction sous-jacente.

— Un manque de gencive kératinisée qui va de l'absence totale au niveau de la 43 à 1 mm. sous la 44, ce qui n'est d'ailleurs pas synonyme de gencive attachée.

— Une récession apparente de 3 mm. qui traduit très probablement une récession osseuse vestibulaire beaucoup plus importante. Il faut se méfier de ces lésions. Le même cas de figure s'est présenté au maxillaire opéré antérieurement.



État préopératoire.

Par ailleurs l'os apparaît de bonne qualité à la radio.

Nous vous proposons de réaliser une triple intervention : nous allons éliminer le frein et créer un lit gingival recevant une greffe de recouvrement au niveau de la 44, puis réaliser le positionnement latéral d'un lambeau de pleine épaisseur pour tenter de recouvrir la 43.

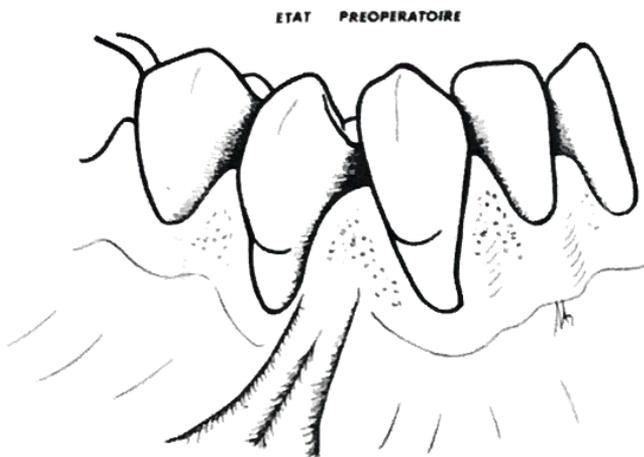
Incisions

Le tracé des incisions est schématisé sur le dessin B

a) Incisions du lambeau de repositionnement latéral.

Nous commencerons par les incisions du lambeau de positionnement latéral car il est à craindre qu'après l'élimination du frein, nous ayons un saignement abondant.

La lame fine du bistouri N° 15 C permet un bon accès. On commence par l'incision distale à biseau



A

(*) Journée S.O.P. du 30.1.1985.

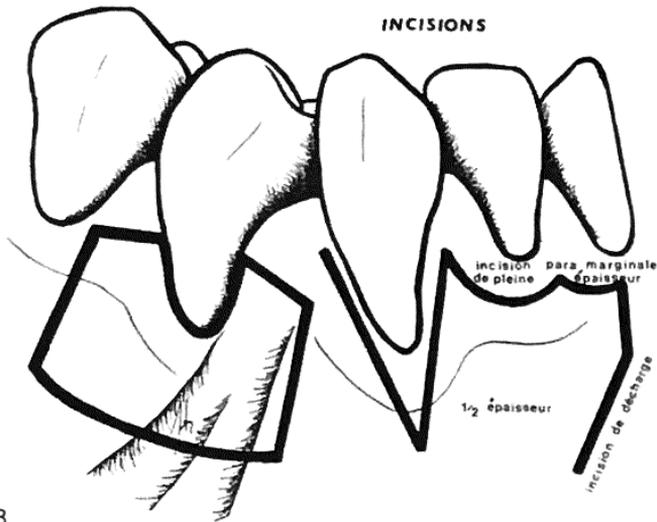
(1) D.S.O.

(2) D.S.O.

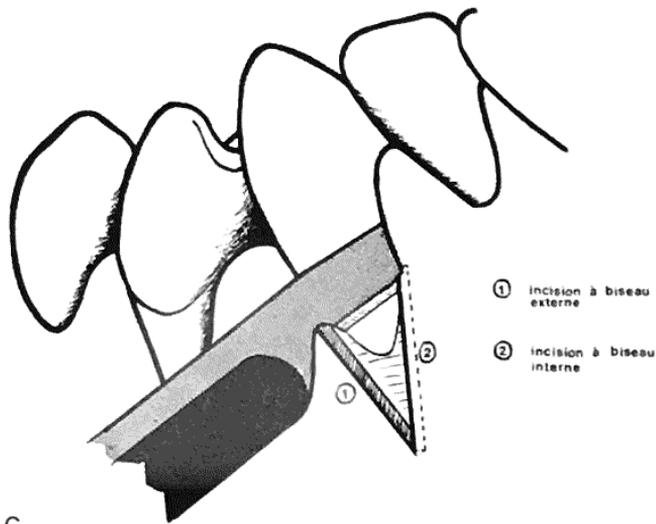
(3) D.S.O.

Texte parvenu à la Rédaction le 8.4.86.

TRACÉ DES
INCISIONS



B



C

externe, puis par la mésiale à biseau interne, ceci permettra au lambeau après rotation distale de bien s'appliquer sur la zone désépithérialisée (dessin C).

On continue par une incision latérale para-marginale de pleine épaisseur, puis par l'incision de décharge distalée pour permettre la rotation du lambeau.

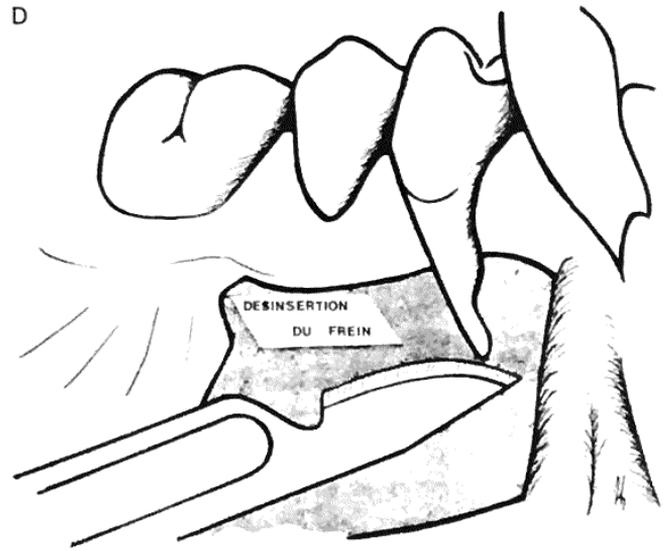
3 incisions donc :

- distale à biseau externe
- mésiale à biseau interne
- para-marginale de pleine épaisseur suivi de l'incision de décharge.

La gencive marginale en regard de la 43 est ensuite éliminée.

Le soulèvement du lambeau de pleine épaisseur est réalisé au moyen du ciseau d'Ochsenbein en prenant soin de décoller tout le périoste. Nous avons stimulé le périoste 8 jours auparavant ce qui l'a rendu extrêmement dense, épais et très adhérent à l'os.

D



Plus spécialement nous incisons afin de réaliser un lambeau de demi-épaisseur qui, associé à l'incision de décharge, permettra sa rotation distale sur la 43.

On vérifie ensuite que le lambeau peut être mis en place latéralement sans gêner.

b) Élimination du frein et création du lit de la greffe.

On commence par l'incision en mésial du frein puis on le dissèque soigneusement. On vérifie qu'il n'y ait plus d'insertions qui pourraient interférer avec la prise du greffon (dessin D).

On poursuit par l'incision au niveau du collet de la 44. On peut alors constater que la dénudation radiculaire est beaucoup plus étendue qu'elle n'apparaissait.

Préparation du lit receveur

- Aplatissement des bombés radiculaires
- Curetage
- Traitement à l'acide citrique des racines
- Contrôle.

Les racines de 43 et 44 vont être aplaties. Leur bombé diminuant les chances de prise du greffon et du lambeau.

L'aplatissement s'effectue à l'aide de fraise diamantée beaucoup plus rapidement qu'avec une curette dans les cas de racines très bombées.

Un curetage de toute la zone est ensuite réalisé.

Nous passons ensuite sur les racines quelques boulettes de coton imprégnées d'acide citrique à PH 1.

L'acide citrique a un double intérêt :

— Il permet une bonne détoxification des surfaces dentino-cémentaires, car il y a toujours un risque de laisser des bactéries, ou tout au moins des endotoxines, infiltrées dans le ciment.

— Il déminéralise superficiellement la dentine, mettant à nue des fibres conjonctives. On espère ainsi qu'il y aura anastomose entre les fibres conjonctives de la dentine et celles du greffon gingival.

L'application se fait au moyen de boulettes de coton très fréquemment renouvelées, le plus possible à l'abri du sang. Elle est suivie d'un rinçage abondant au spray.

On contrôle l'ensemble des préparations, le lit receveur et le positionnement aisé du lambeau en l'absence de traction sur la lèvre.

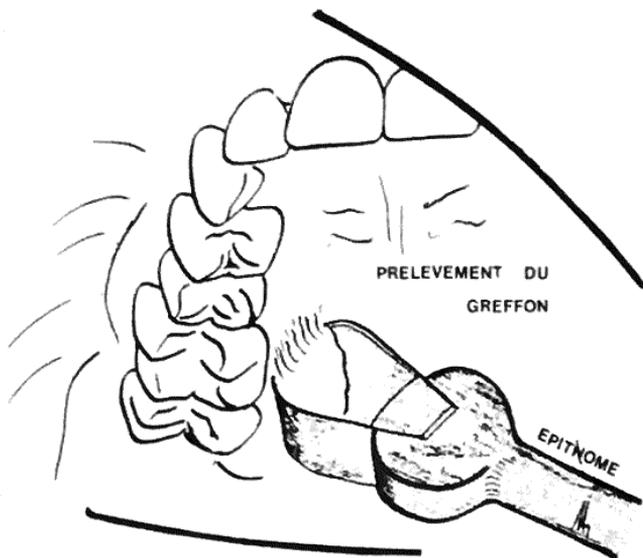
Prélèvement du greffon

Nous prélevons le greffon au palais au moyen d'un épithome. Dans le cas d'une greffe de recouvrement, il faut veiller à ce qu'il soit suffisamment épais : environ 1,5 mm (dessin E).

Avant de le détacher, nous prenons la précaution de passer un fil de suture en le saisissant à l'aide d'une pince perforée.

Le saignement est très limité malgré l'épaisseur du prélèvement, car la patiente a été prémédiquée la veille au soir et 1 heure avant l'intervention avec de l'hémocaprol.

Le greffon est sectionné puis présenté sur lit receveur. On vérifie qu'il s'y adapte bien.



E

Les sutures

1) du greffon

La suture commence par le point distal qui permet d'amarrer le greffon (dessin F)

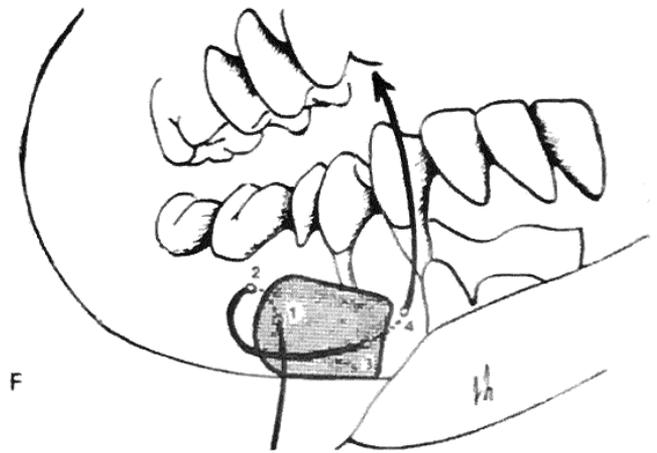
L'intérêt de ce type de suture est de mettre en place le greffon avant même de chercher à le positionner de manière exacte.

Après une petite compression, on voit que l'on peut encore le déplacer plus ou moins apicalement et le positionner exactement. C'est une manière d'amarrer le greffon et de travailler ensuite tranquillement (dessin G).

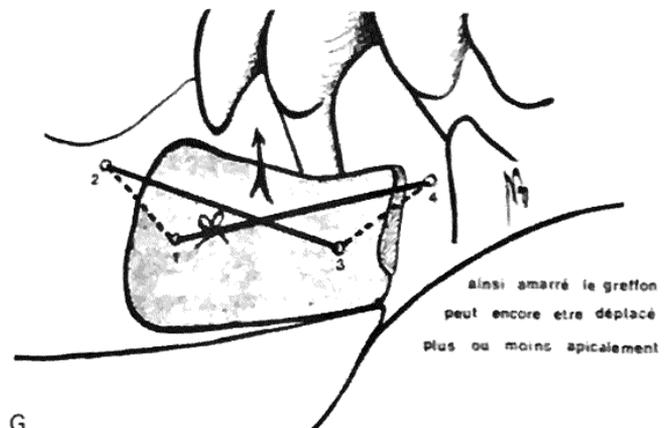
Pour le plaquer plus intimement on doit ensuite réaliser apicalement une suture au périoste, s'il est suffisamment solide, ce qui n'est pas toujours le cas (dessin H).

Le fil est ensuite passé en lingual de 44 pour revenir en vestibulaire. Le greffon est ainsi parfaitement appliqué sur lit receveur.

MISE EN PLACE DU GREFFON ET
PREMIERE SUTURE

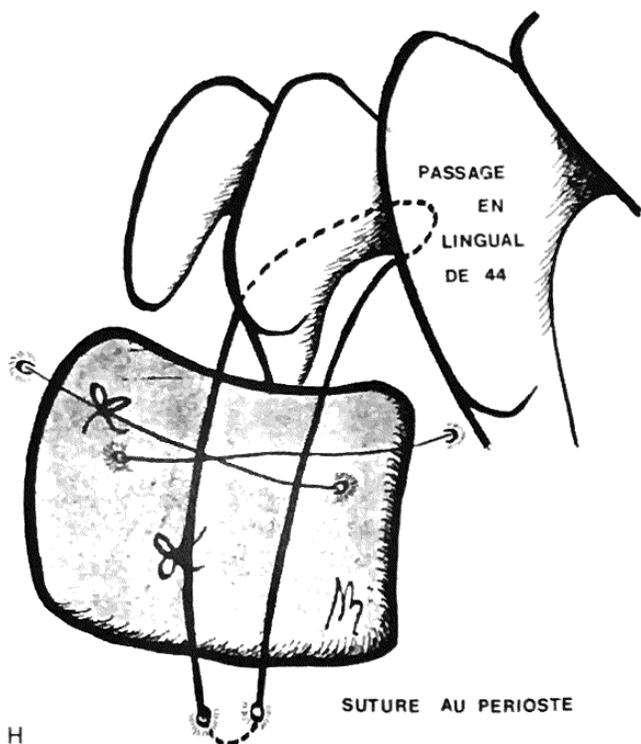


F



G

ainsi amarré le greffon
peut encore être déplacé
plus ou moins apicalement



H

2) Du lambeau de repositionnement latéral

La suture du lambeau de positionnement latéral commence par entourer la dent qui doit être recouverte : dans ce cas la 33.

Il ne faut pas hésiter à redécouper le lambeau s'il n'épouse pas la forme désirée.

On commence par l'angle distal du lambeau, on passe en lingual de 33 pour revenir en vestibulaire (dessin I) et reprendre le lambeau de dedans en dehors. On continue en repassant le fil en mésial de la canine, puis en lingual pour revenir en distal. Les deux chefs sont ensuite ligaturés.

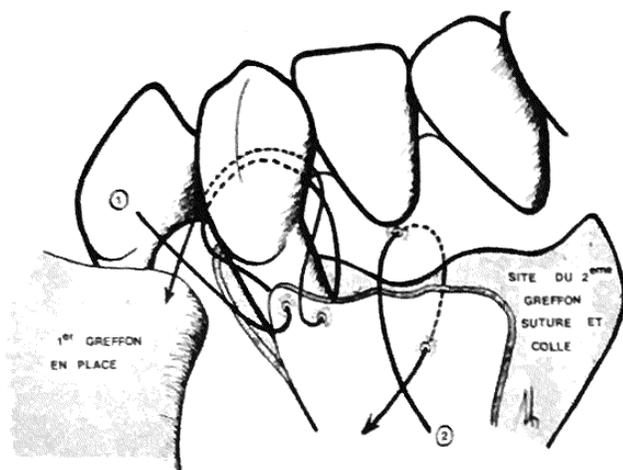
Un petit point à l'aplomb de 42 assure le bord libre du lambeau.

Il ne faut pas hésiter à multiplier les sutures pour réaliser un bon plaquage du lambeau ou du greffon. C'est une des séquences thérapeutiques les plus importantes.

3) Suture du second greffon

Pour ne pas laisser d'os à nu lorsque l'on fait un lambeau de repositionnement latéral, ici en 42 et 41, il y a deux techniques. Soit on prélève au palais, comme ici un greffon, soit on effectue, plus mésialement du lambeau de pleine épaisseur, un deuxième lambeau de demi épaisseur qui vient s'ajuster sur la zone osseuse dénudée.

Il est important de ne pas laisser de zone osseuse à nue car, outre la douleur provoquée, il y a des



I

risques de dénudation de la dent en regard de ce site.

Nous allons donc maintenant prendre un deuxième greffon pour recouvrir la partie vestibulaire située sous les 41 et 42. Il sera suturé de la même façon que le premier greffon.

Comme d'habitude il ne faut pas craindre d'ajouter un point de suture si cela est nécessaire ou un petit point de colle (Histoacryl) comme ici au niveau du bord libre du lambeau. Cette colle est stérile. Il faut prendre garde à ne pas coller le flacon ou la précelle au site chirurgical.

Mise en place des pansements chirurgicaux.

Un pansement chirurgical est enfin mis en place au niveau de l'intervention recouvrant les greffons et le lambeau.

Au palais on réalise un treillis avec une suture assez lâche dans lequel viendra s'incorporer le pansement chirurgical. Il sera maintenu en place et assurera une hémostase de meilleure qualité.

Les sutures ne seront déposées qu'au bout de 8 jours.

Débat

Question. — En quoi consiste la stimulation du périoste ?

P. Mattout. — La stimulation du périoste a été décrite par Goldman. Après anesthésie locale on stimule soit électriquement soit par piqûres répétées à l'aide d'une aiguille à anesthésie intra-septale



Résultat après cicatrisation.

pendant 5 à 6 mn voire à 8 mn la zone présumée de l'intervention. Cette stimulation doit être effectuée 17 jours auparavant d'après Goldman, mais 8 jours seulement semblent suffisants.

Vous savez que le périoste adulte est au repos sauf s'il est stimulé comme lors d'une fracture osseuse par exemple.

Avec G. Rachlin nous avons pu prouver qu'histologiquement la stimulation du périoste provoquait une multiplication intense de cellules jeunes ostéogéniques. Il y a, de plus, l'apparition d'une hypervascularisation favorisant la prise du greffon.

Question. — N'aurait-on pas pu faire une seule greffe recouvrant 43,44 ?

P. Mattout. — Une greffe gingivale libre a beaucoup moins de chance de succès qu'une greffe pédiculée, simplement parce qu'elle n'est pas vascularisée.

Donc, dans un site dénudé, il y a 9 fois sur 10 des zones de nécrose. N'oubliez pas que les récessions sont très importantes.

S'il y avait eu une gencive kératinisée en distal, j'aurais fait deux lambeaux de rotation mais ce n'était pas le cas.

Question. — Utilisez-vous en application topique post-opératoire de l'extrait déprotéiné de sang de jeunes veaux, le Sopro-sénil de Sarget ? C'est en somme de l'ADN.

P. Mattout. — Il n'y a pas d'expérimentation de ce produit.

Question. — N'y a-t-il pas de danger au niveau de l'émergence du nerf dentaire inférieur, au trou mentonnier ?

P. Mattout. — Vous avez raison, c'est une zone où nous tremblons tous.

Tout d'abord, le trou mentonnier a été repéré radiologiquement au cours d'un bilan complet.

Deuxièmement, vous avez remarqué qu'à ce niveau nous sommes en demi-épaisseur. Contrairement à la canine où je n'ai pas eu peur de mettre d'emblée la récession à nu, je l'ai laissée cachée par du tissu de granulation et petit à petit je l'ai découverte avec un décolleur et non plus avec un bistouri.

Donc toutes les précautions sont prises ; ceci dit, on court toujours un risque.

Question. — J'ai remarqué que le greffon était d'une épaisseur assez importante, ne pensez-vous pas que le résultat esthétique risque d'être moins bon qu'au niveau du lambeau de rotation ou le fondu avec la gencive voisine ne sera pas fait ?

G. Rachlin. — Vous avez entièrement raison. Au départ on risque d'avoir un dommage esthétique entre le lambeau de rotation et les deux greffes gingivales.

Nous avons été obligés de prendre un greffon épais pour tenter de recouvrir une récession gingivale. Donc il est obligatoire d'avoir quelque chose de disgracieux.

En général deux mois après l'intervention chirurgicale, on fait une gingivoplastie de toute la région et l'on obtient ainsi une cicatrisation secondaire de tous les tissus qui se fondent les uns avec les autres.

Question. — Lors de dénudations similaires, il y a souvent de grandes sensibilités thermiques avant l'intervention. Du fait du curetage de la dentine et du ciment associé à l'application d'acide citrique ne craignez-vous pas une augmentation de l'hypersensibilité ?

C. Mattout. — Comme le recouvrement n'est pas encore une technique absolument sûre du point de vue biologique, il faut limiter ces manipulations avec les curettes et l'acide citrique à la partie la plus basse de la récession où l'on est certain d'obtenir ce recouvrement, sinon en cas d'échec on peut avoir des problèmes.

Cependant les derniers travaux tendent à prouver que l'acide citrique n'augmenterait pas la qualité de la réattache. On va donc peut être en mettre un peu moins que ces dernières années.

Adresse de l'auteur :

P. MATTOUT
21, rue Sylvabelle
13006 MARSEILLE