

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N° 59

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire  
le 25/10/2021

par

PICHON Martin

né le 27 septembre 1996 à REIMS

PRISE EN CHARGE DES RECESSIONS GINGIVALES :  
QUELLE SEQUENCE THERAPEUTIQUE ?

Président : Professeur CLAUSS François

Assesseurs : Professeur HUCK Olivier  
Docteur WAGNER Delphine  
Docteur PETIT Catherine



## FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur Robert FRANK

Professeur Maurice LEIZE

Professeur Youssef HAIKEL

Professeur émérite : Professeur Henri TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

### Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Anne-Marie MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

*Délégation (Juin 2024)*

### Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHİ-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
DE GRADO	
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique

*Disponibilité (Déc. 2021)*

Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

### Equipes de Recherche

Nadia JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche/Directrice d'UMR
Philippe LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
Pierre SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'UMR
Bernard SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

## **REMERCIEMENTS**

### **À Monsieur le Professeur François CLAUSS, Président du Jury**

*Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse et je vous en remercie.*

*Je tenais également à vous remercier pour la qualité de l'enseignement théorique et clinique que vous m'avez prodigué.*

*Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.*

### **À Monsieur le Professeur Olivier HUCK, Directeur de thèse**

*Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez accordé en acceptant de diriger ce travail de thèse.*

*Ce travail est l'occasion de vous remercier pour votre disponibilité, la pédagogie et les remarques pertinentes que vous m'avez apporté tout au long de mes études, ceci toujours dans la bonne humeur.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.*

### **À Madame le Docteur Delphine WAGNER, Membre du Jury**

*Vous avez spontanément accepté de participer à ce jury de thèse et je vous en suis reconnaissant et honoré.*

*Je vous remercie également pour vos conseils et votre gentillesse et ce que vous m'avez transmis lors de mon cursus.*

### **À Madame le Docteur Catherine PETIT, Membre du Jury**

*Je suis honoré que vous ayez accepté de faire partie de ce jury de thèse.*

*Votre professionnalisme et sympathie sont des qualités auxquelles j'aspire pour ma future pratique.*

*Merci pour vos enseignements et conseils.*

*Veillez trouver ici mon éternel reconnaissance et sympathie.*

### **À mes parents,**

Merci pour votre soutien sans faille durant ces années à Strasbourg. Vous m'avez toujours donné les moyens de réaliser ce que je voulais et je vous en suis pour toujours

reconnaissant. Vous m'avez transmis la persévérance et l'ambition. Je vous admire autant que je vous aime.

**À mon frère Victor,**

À toutes ces années passées côte à côte, soudés, à ton soutien inestimable et à notre volonté commune de toujours aller plus loin.

**À mes grands-parents Françoise, Francine, Claude et Jean,**

Pour votre amour, votre bienveillance et vos attentions.

**À ma famille,**

Pour votre soutien indéfectible. Je suis fier de dire que nous sommes très soudés, c'est une chose à laquelle je tiens beaucoup.

**À mes amis, Arthur, Louis, Basile, Victor, Tom, Edgar, Maxence et tous les autres,**

Je vous remercie pour toutes ces belles années passées ensemble. Vous avez toujours été présents que ce soit dans les moments heureux et festifs mais aussi dans les mauvais. Je suis impatient de continuer l'aventure avec vous.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N°59

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire  
le 25/10/2021

par

PICHON Martin

né le 27 septembre 1996 à REIMS

PRISE EN CHARGE DES RECESSIONS GINGIVALES :  
QUELLE SEQUENCE THERAPEUTIQUE ?

Président : Professeur CLAUSS François

Assesseurs : Professeur HUCK Olivier  
Docteur WAGNER Delphine  
Docteur PETIT Catherine

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1. LES RECESSIONS GINGIVALES.....</b>	<b>7</b>
1.1. DEFINITION .....	7
1.2. ETIOLOGIE .....	7
1.2.1. Facteurs prédisposants.....	8
1.2.1.1. Déhiscences osseuses, fenestrations osseuses et tables osseuses fines.....	8
1.2.1.2. Absence ou faible hauteur et épaisseur de tissu kératinisé.....	8
1.2.1.3. Malpositions dentaires .....	8
1.2.1.4. Freins/brides et vestibule peu profond.....	9
1.2.2. Facteurs étiologiques.....	9
1.2.2.1. Brossage traumatique.....	9
1.2.2.2. Inflammation gingivale .....	10
1.2.2.3. Traumatisme occlusal.....	10
1.2.2.4. Tabac.....	10
1.2.2.5. Traitement orthodontique.....	11
1.2.2.6. Piercing buccal .....	11
1.2.2.7. Facteurs iatrogènes .....	12
1.2.2.8. Étiologies diverses.....	12
1.3. PATHOGENIE .....	13
1.3.1. Pathogénie inflammatoire .....	13
1.3.2. Pathogénie traumatique.....	13
1.4. EVOLUTION.....	13
1.5. SYMPTOMES ET CONSEQUENCES.....	14
1.5.1. Douleur .....	14
1.5.2. Esthétique .....	14
1.5.3. Peur de perdre la dent .....	14
1.5.4. Inflammation gingivale et rétention de plaque .....	15
1.5.5. Lésions cervicales carieuses .....	15
1.5.6. Lésions cervicales non carieuses .....	15
1.6. CLASSIFICATIONS DES RECESSIONS GINGIVALES .....	15
1.6.1. Classification de Sullivan et Atkins .....	16
1.6.2. Classification de Benque et al.....	16
1.6.3. Classification de Miller .....	17
1.6.4. Classification de Cairo et al .....	19
1.7. PREVALENCE .....	20
1.8. PREVENTION .....	21
<b>2. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE PRE-CHIRURGICALE.....</b>	<b>23</b>

2.1.	CONSULTATION INITIALE .....	23
2.1.1.	Demandes du patient.....	23
2.1.2.	Anamnèse.....	23
2.1.3.	Examen clinique.....	23
2.1.4.	Esthétique du sourire.....	24
2.1.5.	Hauteur de gencive libre, de gencive attachée et de tissu kératinisé.....	24
2.1.6.	Épaisseur de gencive.....	25
2.1.7.	Santé gingivale .....	26
2.1.8.	Diagnostic de la récession gingivale.....	26
2.1.8.1.	Récession unitaire .....	26
2.1.8.2.	Récessions multiples.....	27
2.1.9.	Type de récession.....	28
2.1.10.	Détermination de l'étiologie.....	28
2.2.	TRAITEMENT ETIOLOGIQUE .....	28
2.2.1.	Inflammation et brossage traumatique.....	28
2.2.2.	Soins conservateurs ou prothétiques iatrogènes.....	29
2.2.3.	Correction occlusale .....	29
2.2.4.	Tabac.....	29
2.2.5.	Piercing.....	30
2.2.6.	Étiologies diverses .....	30
2.2.7.	Traitement des lésions cervicales non carieuses associées .....	30
2.2.8.	Traitement orthodontique.....	34
2.2.9.	Frénectomie .....	36
2.3.	GESTION DE L'HYPERSENSIBILITE DENTINAIRE .....	36
2.4.	REEVALUATION.....	37
<b>3.</b>	<b>TRAITEMENT CHIRURGICAL MUCO-GINGIVAL .....</b>	<b>38</b>
3.1.	INDICATIONS DE TRAITEMENT CHIRURGICAL .....	39
3.2.	OBJECTIFS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL .....	40
3.3.	CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.....	40
3.4.	PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE.....	42
3.5.	RAPPELS DES DIFFERENTES TECHNIQUES CHIRURGICALES POUR LE TRAITEMENT DES RECESSIONS GINGIVALES .....	43
3.5.1.	Lambeaux pédiculés .....	43
3.5.1.1.	Lambeau positionné latéralement (LPL).....	43
3.5.1.2.	Lambeau positionné coronairement (LPC).....	45
3.5.2.	Greffes .....	47
3.5.2.1.	Grefe épithélio-conjonctive .....	47
3.5.2.2.	Grefe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement (LPC + GC).....	49
3.5.2.3.	Grefe de conjonctif associée au lambeau positionné latéralement (LPL + GC).....	51
3.5.2.4.	Grefe de conjonctif par technique de l'enveloppe et du tunnel.....	52



3.5.3.	Sélection de la technique chirurgicale .....	54
3.5.3.1.	Récession unitaire .....	55
3.5.3.2.	Récessions multiples .....	55
<b>4.</b>	<b>PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE .....</b>	<b>56</b>
4.1.	RESULTATS POST-OPERATOIRES.....	56
4.1.1.	Cicatrisation .....	56
4.1.2.	Intégration esthétique .....	57
4.1.3.	Complications et échecs .....	59
4.2.	MAINTENANCE .....	61
4.3.	RECIDIVES .....	61
<b>5.</b>	<b>RESUME DE LA SEQUENCE THERAPEUTIQUE DE TRAITEMENT A L'AIDE D'ARBRES DECISIONNELS ET ILLUSTRATION AU TRAVERS D'UN CAS CLINIQUE .....</b>	<b>62</b>
5.1.	SEQUENCE THERAPEUTIQUE .....	62
5.2.	CAS CLINIQUE DE TRAITEMENT D'UNE RECESSION GINGIVALE.....	67
5.2.1.	Consultation initiale.....	68
5.2.2.	Traitement étiologique .....	69
5.2.3.	Réévaluation .....	70
5.2.4.	Traitement chirurgical .....	71
5.2.5.	Maintenance .....	72
	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>74</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>77</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>80</b>

Liste des abréviations :

RT1 : Récession de Type 1

RT2 : Récession de Type 2

RT3 : Récession de Type 3

JEC : Jonction Email-Cément

LMR : Ligne Maximale de Recouvrement

LCNC : Lésion Cervicale Non Carieuse

LPL : Lambeau Positionné Latéralement

LPC : Lambeau Positionné Coronairement

GC : Greffe de Conjonctif

RES : Root coverage Esthetic Score

TK : Tissu Kératinisé

GEC : Greffe Epithelio-Conjonctive

RR : Recouvrement Radiculaire

## INTRODUCTION

Les récessions gingivales sont un motif de consultation de plus en plus fréquent dans les cabinets dentaires. Leur aspect inesthétique, les sensibilités dentinaires importantes qu'elles créent ou tout simplement la peur de « perdre la dent » sont des raisons qui amènent les patients à consulter.

L'apparition de ces lésions est dans la plupart des cas multifactorielle. Deux types de facteurs en sont responsable avec des facteurs de prédisposition comme le facteur morphologique, les malpositions, ou la présence de freins et des facteurs déclencheurs comme l'inflammation gingivale due à la plaque bactérienne, le brossage traumatique ou une interférence occlusale.

Sans prise en charge adaptée de cette récession gingivale, cette dernière peut évoluer chez le patient et provoquer l'apparition de douleurs, de lésions cervicales carieuses ou non carieuses entraînant une perte de chance et de réussite du traitement adéquat.

Une solution thérapeutique est proposée depuis maintenant plusieurs décennies avec des innovations en progrès constants. Il s'agit de la chirurgie muco-gingivale qui permet de pallier à ce désagrément par l'utilisation de lambeaux pédiculés ou de greffes.

Les objectifs de cette thèse sont dans un premier temps de s'intéresser aux différentes causes de la récession gingivale, à leurs conséquences puis aux moyens de prévention. Les classifications qui permettent de juger de la sévérité d'une lésion seront rappelées. Dans un second temps nous étudierons la gestion de ces récessions selon les cas cliniques, comment maîtriser les facteurs déclencheurs, quand traiter ou ne pas traiter chirurgicalement et quelle séquence thérapeutique adopter.

# 1. LES RECESSIONS GINGIVALES

## 1.1. DEFINITION

Appelée couramment « déchaussement », la récession gingivale correspond à une migration apicale de la gencive marginale depuis la jonction amélo-cémentaire, l'exposition d'une partie de la surface radiculaire en est la conséquence (Figure 1). Il a été estimé que plus de 60% de la population est atteinte de récession gingivale (1). Il s'agit d'un motif important de consultation, d'une part dû à l'atteinte esthétique lorsque cette récession affecte les secteurs antérieurs, et d'autre part dû aux hypersensibilités dentinaires et lésions cervicales carieuses ou non carieuses associées (2).



Figure 1 : Récession gingivale unitaire localisée sur l'incisive centrale mandibulaire (3)

## 1.2. ETIOLOGIE

L'étiologie de la récession gingivale est pour la plupart des cas multifactorielle. Ces facteurs sont regroupés en deux catégories, les facteurs prédisposants qui sont surtout des variations de morphologie parodontale et vont augmenter le risque de récession gingivale et les facteurs déclenchants/étiologiques qui vont déclencher l'apparition de la récession gingivale (Tableau 1). Ces facteurs auront un rôle plus ou moins important mais c'est leur combinaison qui va contribuer à la formation de la récession gingivale (4).

### 1.2.1. Facteurs prédisposants

La morphologie parodontale est un important facteur prédisposant. Cliniquement, un parodonte de type IV de la classification de Maynard et Wilson (avec une hauteur de tissu kératinisé réduite et une épaisseur du procès alvéolaire mince) peut être sain. Cependant ce type de parodonte sera beaucoup plus sujet à de possibles récessions gingivales du fait de la résistance moins bonne à une agression bactérienne ou mécanique (4).

#### 1.2.1.1. Déhiscences osseuses, fenestrations osseuses et tables osseuses fines

Le facteur prédisposant majeur est la morphologie osseuse qui va être décisif dans la morphologie du parodonte et dans la formation d'une récession. Bernimoulin, dans son étude sur la mobilité dentaire et la récession gingivale publiée en 1976, trouve une corrélation positive entre la déhiscence osseuse et la récession gingivale. Il en conclue que cette déhiscence osseuse est un facteur de prédisposition. La récession ne progresse que rarement jusqu'à l'apex de la dent concernée. Elle s'arrête le plus souvent au niveau où les tables osseuses retrouvent une épaisseur plus importante en direction apicale (5).

#### 1.2.1.2. Absence ou faible hauteur et épaisseur de tissu kératinisé

Différentes études se sont penchées sur une possible relation entre un défaut de tissu kératinisé et la récession gingivale. Les conclusions de ces études diffèrent, cependant on s'accorde à dire que, comme précédemment avec un défaut des tables osseuses, une absence ou une faible hauteur/épaisseur de tissu kératinisé est bien un facteur prédisposant. Un parodonte sain ne sera pas forcément atteint de récessions gingivales même avec des défauts osseux ou de tissu kératinisé (6,7).

#### 1.2.1.3. Malpositions dentaires

Les malpositions dentaires comme la rotation, la version ou l'égression ont des conséquences sur le parodonte. En effet, ces malpositions impliquent dans la plupart des cas soit un défaut du tissu kératinisé (épaisseur/hauteur), soit un défaut osseux (déhiscence) ou bien les deux. Des auteurs ayant étudié la corrélation entre malposition et récession gingivale ont établi un pourcentage de 59 à 90% des dents en malposition présentant une récession gingivale (6,8).

#### 1.2.1.4. Freins/brides et vestibule peu profond

Une traction de la gencive marginale peut participer au développement de la récession gingivale. Un frein s'insérant à proximité de la gencive marginale contribue donc à un risque plus important.

La présence d'un frein anormalement positionné ou un vestibule peu profond sont en faveur d'un mauvais contrôle de plaque. Ce facteur prédisposant s'associe donc dans certains cas avec le facteur déclencheur qu'est l'inflammation due à la plaque bactérienne (6).

#### 1.2.2. Facteurs étiologiques

##### 1.2.2.1. Brossage traumatique

Il est admis depuis plusieurs années maintenant qu'un brossage traumatique est un facteur étiologique important. Une étude en 1993 montre que les utilisateurs d'une brosse dure ont un pourcentage de 9,4% de surfaces dénudées contrairement au groupe qui n'en utilise pas avec un pourcentage de 4,7% (9). Le brossage traumatique peut provenir de causes multiples comme une technique de brossage inadaptée, l'exercice d'une pression trop importante, une fréquence de brossage importante, une brosse à poils durs ou bien par une association de ces causes. Histologiquement, avec un brossage traumatique, l'épithélium oral apparaît comme ulcéré. L'épaisseur entre l'épithélium oral et sulculaire est de plus en plus fine et se transforme par la suite en fente puis en récession (Figure 2) (8,10).



Figure 2 : Récessions gingivales multiples au niveau des incisives maxillaires causées par un brossage traumatique (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

#### 1.2.2.2. Inflammation gingivale

La présence de plaque ou de tartre, induisant une inflammation, sur un site avec un facteur de prédisposition comme une déhiscence osseuse ou une absence de tissu kératinisé peut entraîner le développement d'une récession. S'en suit l'aggravation de la récession due à la difficulté de brossage associée à l'hypersensibilité dentinaire ou bien au saignement qui peut effrayer le patient. Dans son étude, Gorman et al. concluent que du tartre est présent dans 39% des sites avec récessions (6,8).

#### 1.2.2.3. Traumatisme occlusal

Plusieurs auteurs ont avancé le fait qu'une surcharge occlusale peut amener à la formation d'une fente et d'une récession gingivale par la suite du aux stress de tension d'origine occlusale. Cette surcharge occlusale est souvent mise en relation avec la malposition à l'origine de 81% des cas (6). On peut aussi mentionner le bruxisme ou bien la pulsion linguale comme facteurs de risque (10).

#### 1.2.2.4. Tabac

Concernant les parodontites, le tabagisme est un facteur de risque majeur. Pour ce qui est de son influence sur les récessions gingivales, les avis divergent. Cependant on constate dans les études que les fumeurs ont une perte d'attache plus importante que les patients non-fumeurs. Les récessions seront plus importantes chez les fumeurs étant donné la diminution de la réponse immunitaire la vascularisation moindre des tissus. On peut ajouter le potentiel brossage traumatique du fumeur qui essaie de retirer les colorations tabagiques (11).

#### 1.2.2.5. Traitement orthodontique

Les mouvements dentaires effectués lors du traitement orthodontique ne sont pas des facteurs déclencheurs de la récession gingivale tant que les dents restent dans le volume osseux alvéolaire. Cependant, dans le cas d'un déplacement hors du processus alvéolaire, une déhiscence osseuse est créée et la récession peut apparaître (12,13).

#### 1.2.2.6. Piercing buccal

Le piercing buccal est un facteur de risque pour la cavité buccale et peut engendrer aussi bien des fractures dentaires que des récessions gingivales (Figure 3). Cet objet est aussi, lorsque l'hygiène n'est pas maîtrisée, un facteur de rétention de plaque. Dans l'étude de Covello et al. sur les possibles risques bucco-dentaires liés au piercing buccal, 65% des patients porteurs de piercing buccal présentent au moins une récession de 1-2mm (14–16).



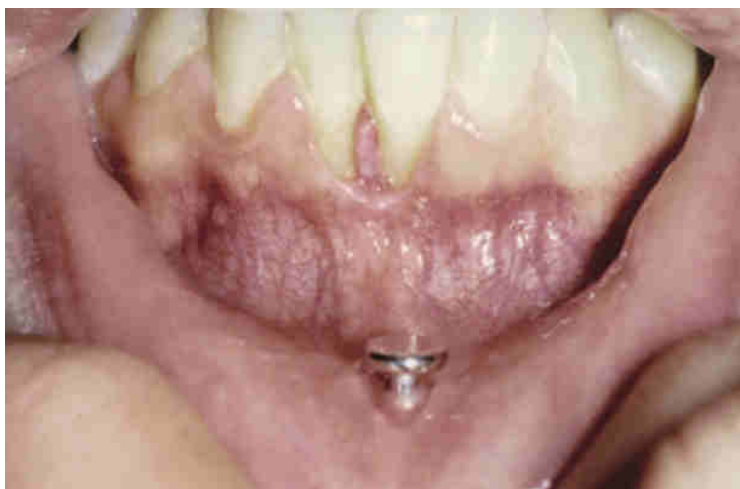


Figure 3 : Récessions gingivales au niveau des incisives centrales mandibulaires causées par le piercing buccal (15)

#### 1.2.2.7. Facteurs iatrogènes

Le facteur étiologique peut aussi être d'origine iatrogène. En effet, ce facteur iatrogène provient de différentes actions comme la réalisation d'un joint de ciment de scellement en excès, un soin conservateur en surcontour ou la violation de l'espace biologique qui favorise la rétention de plaque. La pression excessive d'un crochet de prothèse partielle inadaptée ou de barre linguale, une incision de décharge ou une avulsion dentaire traumatique sont aussi considérées comme des facteurs iatrogènes (6,17).

#### 1.2.2.8. Étiologies diverses

D'autres facteurs déclencheurs ont été mentionné dans des études comme des habitudes pernicieuses telles que la pression d'un doigt, d'un ongle ou bien d'un objet comme un stylo. Rawal et al. indiquent aussi qu'un traumatisme thermique ou une agression chimique peuvent être responsables de récessions (18).

Facteurs prédisposants	Facteurs étiologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déhiscences osseuses, fenestrations osseuses et tables osseuses fines</li> <li>• Absence ou faible hauteur et épiaide tissu kératinisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brossage traumatique</li> <li>• Inflammation gingivale</li> <li>• Traumatisme occlusal</li> <li>• Tabac</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malpositions dentaires</li> <li>• Freins/brides et vestibule peu profond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement orthodontique</li> <li>• Piercing buccal</li> <li>• Facteurs iatrogènes</li> <li>• Etiologies diverses</li> </ul>
--	---

Tableau 1 : Facteurs prédisposants et étiologiques de la récession gingivale

### 1.3. PATHOGENIE

L'étiologie d'une récession gingivale est caractérisée par des facteurs prédisposants et de facteurs déclencheurs. On peut classer les facteurs déclencheurs par leur mode d'action : soit une action inflammatoire soit une action traumatique. Il peut aussi s'agir de la combinaison de l'inflammation et du traumatisme.

#### 1.3.1. Pathogénie inflammatoire

La pathogénie inflammatoire issue de l'accumulation de la plaque va résulter en une pénétration des digitations épithéliales. L'épithélium de poche va progresser vers l'épithélium oral et finir par le rejoindre. Cela crée une fente qui va s'étendre pour former une récession (19,20).

#### 1.3.2. Pathogénie traumatique

Pour ce qui est de la pathogénie traumatique, il s'agit du processus inverse. Les digitations épithéliales vont de l'épithélium oral à celui de la poche (20).

### 1.4. EVOLUTION

Une stabilisation de la récession gingivale se produit le plus souvent lorsqu'il n'y a pas de parodontite associée, du fait de l'épaisseur gingivale et osseuse qui augmentent en direction apicale. Les facteurs déclencheurs, comme le brossage traumatique, ont aussi une action moins importante sur la partie muqueuse.

## 1.5. SYMPTOMES ET CONSEQUENCES

### 1.5.1. Douleur

Un des symptômes les plus communs aux récessions gingivales est la présence de sensibilités dentinaires éprouvées par le patient. En effet, la récession gingivale implique une mise à nu de la partie radiculaire de la dent et donc une exposition dentinaire. La douleur est en général vive et courte lors de stimulations de nature thermique, tactile, osmotique et chimique. Il s'agit par exemple de l'air, du froid, de l'acidité des bols alimentaires et de la plaque bactérienne ou du passage de la brosse à dents. Elle se manifeste par périodes, et peut décourager le patient des bonnes habitudes de brossage.

L'hypersensibilité dentinaire est due aux mouvements de fluides dans les tubuli dentinaires qui vont atteindre des fibres nerveuses sensibles.

Ces hypersensibilités sont plutôt retrouvées chez des patients jeunes étant donné la diminution des odontoblastes et l'obturation des tubuli dentinaires chez des patients plus âgés (21,22).

### 1.5.2. Esthétique

Une des demandes premières des patients concernant la récession gingivale est relative au défaut esthétique engendré par celle-ci, en particulier dans les zones antérieures. Les patients ont l'impression d'avoir une dent « trop longue ». La partie radiculaire de la dent découverte est plus jaune que la partie coronaire recouverte d'émail, c'est ce qui attire l'attention des patients. De plus une association de récessions gingivales au maxillaire et d'un sourire gingival peut être inesthétique (21).

### 1.5.3. Peur de perdre la dent

Une autre préoccupation des patients à la suite d'une récession gingivale est la peur de perdre la dent. La perte de tissu gingival inquiète le patient et il a l'impression que la prochaine étape est la mobilité de la dent concernée (21).

#### 1.5.4. Inflammation gingivale et rétention de plaque

Une récession gingivale est souvent propice à être un facteur de rétention de plaque. Les sensibilités peuvent être trop importantes au brossage ou bien le patient ne brosse alors que la partie coronaire de la dent. Cela entraîne donc une accumulation de plaque au niveau de la récession. De ce fait, l'accumulation de plaque et la formation de tartre entraînent une inflammation gingivale. Le site peut être douloureux et saigner, ce qui décourage les bons gestes d'hygiène.

La rétention de plaque et l'inflammation gingivale sont des facteurs d'aggravation de la récession gingivale sur les sites atteints (21).

#### 1.5.5. Lésions cervicales carieuses

La surface radiculaire, exposée dans la cavité buccale du fait de la récession gingivale, est plus à même d'être atteinte par des lésions carieuses à ce niveau, étant donné qu'il peut y avoir de la rétention de plaque et des difficultés à maintenir une hygiène correcte (21).

#### 1.5.6. Lésions cervicales non carieuses

La récession gingivale découvre le tiers cervical radiculaire qui est donc plus exposé à de possibles atteintes physico-chimiques engendrant ces lésions cervicales non carieuses.

La combinaison de récession gingivale et d'abrasion due à des techniques de brossage trop agressives peuvent entraîner la formation de lésions cervicales d'usure et donc des pertes importantes de tissu radiculaire (23).

### 1.6. CLASSIFICATIONS DES RECESSIONS GINGIVALES

Le système de classification est un outil indispensable pour diagnostiquer et déterminer l'étiologie de la récession gingivale mais aussi de pronostiquer sur le pourcentage de recouvrement lorsque l'on s'oriente vers des traitements chirurgicaux. Ces systèmes permettent aux praticiens de s'organiser pour traiter la récession

gingivale. Plusieurs systèmes ont été décrit depuis plusieurs années, les premiers se basent uniquement sur la morphologie de la lésion, ce qui conditionne le taux de recouvrement car plus la surface du lit avasculaire est importante, plus le pronostic est mauvais. Ces critères sont pris en compte dans les classifications de Benqué et Sullivan et Atkins. Ce n'est que quelques temps plus tard que les classifications commencent à prendre en compte les tissus adjacents à la lésion (24,25).

#### 1.6.1. Classification de Sullivan et Atkins

Il s'agit d'une classification établie en 1968 classant la récession gingivale en quatre catégories qui sont les suivantes.

- Classe 1 : récessions profondes et larges
- Classe 2 : récessions peu profondes et larges
- Classe 3 : récessions profondes et étroites
- Classe 4 : récessions peu profondes et étroites

Cette classification ne s'appuie que sur la morphologie de la récession avec comme premier facteur la profondeur mais aussi la largeur du lit avasculaire qui influent sur le succès de vascularisation du greffon. La classe 1 est la plus défavorable car la surface à recouvrir est importante au contraire de la classe 4 qui présente une surface plus réduite (25).

#### 1.6.2. Classification de Benque et al.

La classification de Benque et al. en 1983 décrit seulement 3 types de lésions basées sur la morphologie, avec un pronostic aussi en rapport avec la surface du lit avasculaire (Figure 4).

- Récession en « U » : mauvais pronostic
- Récession en « V » : pronostic favorable
- Récession en « I » : bon pronostic

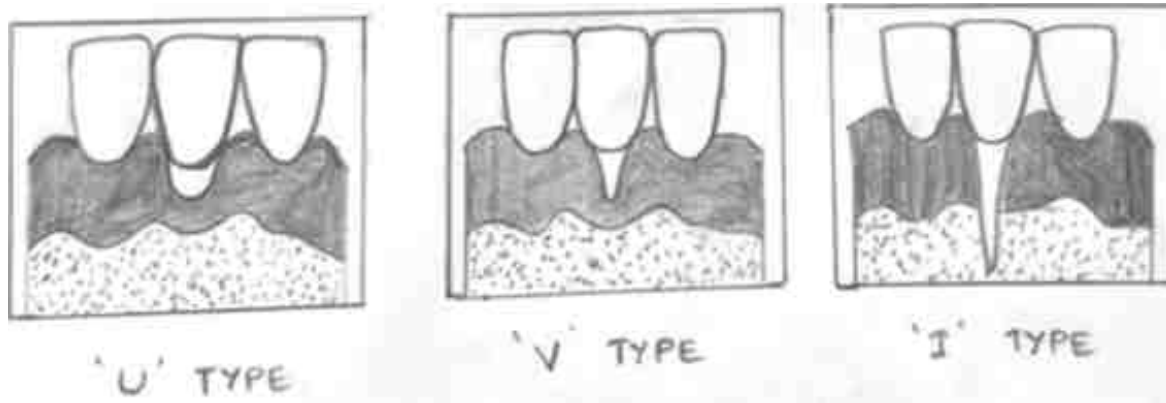


Figure 4 : Classification de Benque et al. (25)

Plus on augmente la surface du lit avasculaire, plus on réduit le pronostic de recouvrement. Une récession en « I » est plus étroite et a donc un meilleur pronostic que les récessions en « V » ou en « U » plus larges et donc avec un moins bon pronostic (25).

### 1.6.3. Classification de Miller

Miller proposa sa classification en 1985 et il s'agit d'une des classifications les plus connues (Figure 5). Elle se base comme ses précédentes sur la surface avasculaire à recouvrir mais aussi sur les tissus parodontaux proximaux qui sont essentiels pour établir un pronostic de recouvrement.

- Classe I : récession du tissu marginal ne dépassant pas la jonction muco-gingivale ; pas de perte des tissus parodontaux proximaux. Le pronostic de recouvrement possible est de 100%
- Classe II : récession du tissu marginal atteignant la jonction muco-gingivale ; pas de perte des tissu parodontaux proximaux. Le pronostic de recouvrement possible est de 100%.
- Classe III : récession du tissu marginal atteignant ou dépassant la jonction muco-gingivale associée à une perte des tissus parodontaux proximaux ou à une malposition d'une ou plusieurs dents. Le pronostic de recouvrement n'est que partiel.

- Classe IV : récession du tissu marginal atteignant ou dépassant la jonction muco-gingivale. La perte des tissus parodontaux proximaux et/ou la(les) malposition(s) est très importante. Le pronostic de recouvrement est mauvais.

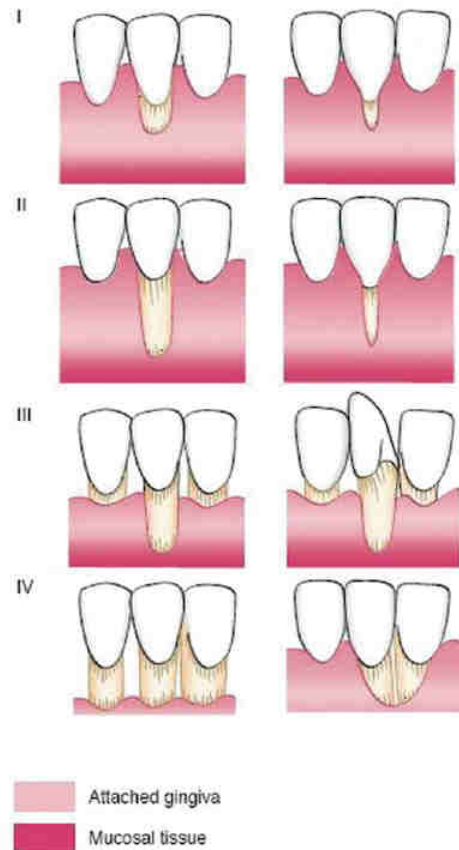


Figure 5 : Représentation schématique de la classification de Miller (24)

Étant donné que la vascularisation va venir des tissus adjacents à la récession, il s'agit d'un facteur essentiel à prendre en compte pour le pronostic. Si les tissus adjacents comme la papille et le septum alvéolaire sont altérés, le pronostic de recouvrement en sera diminué et il ne sera que partiel. De plus, on ne pourra espérer un recouvrement radiculaire que dans la limite des tissus proximaux disponibles.

Les malpositions sont aussi mentionnées dans cette classification car elles s'accompagnent souvent de tables osseuses fines ou de déhiscences osseuses qui donnent un parodonte fin et plus favorable aux récessions. Si l'on prend l'exemple d'une vestibuloversion, nous aurons une proéminence de la racine et donc d'un bombé radiculaire qui influence le recouvrement chirurgical (24).

#### 1.6.4. Classification de Cairo et al

La nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires obtenue à l'issu d'un sommet mondial à Chicago en 2017 a aussi abouti à une nouvelle classification des récessions gingivales (Figure 6,7 et 8). Il s'agit de la classification de Cairo et al. qui se base sur le niveau d'attache interproximale comme critère d'identification :

- Récession de type 1 (RT1) : pas de perte d'attache interproximale. La jonction émail-cément interproximale est cliniquement non détectable sur les aspects mésial et distal de la dent

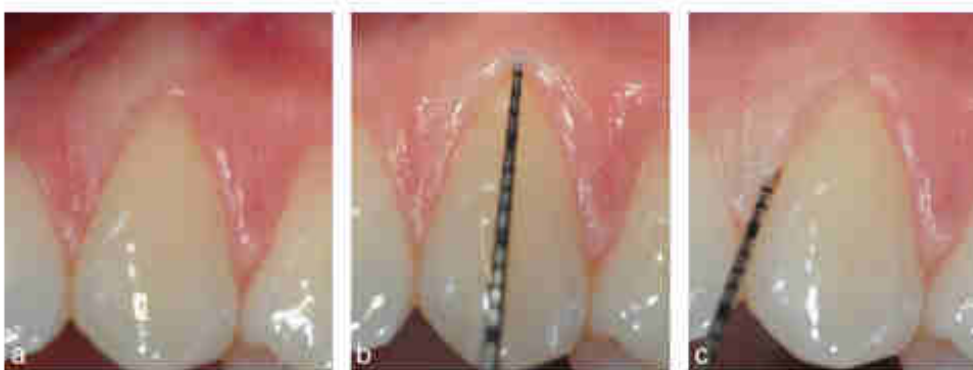


Figure 6 : a) Une récession vestibulaire au niveau de la canine maxillaire gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 3mm c) La limite amélo-cémentaire interproximale n'est pas détectable : le diagnostic est une récession de type RT1 (26)

- Récession de type 2 (RT2) : il y a ici une perte d'attache interproximale. La perte d'attache interproximale est inférieure ou égale à la perte d'attache vestibulaire



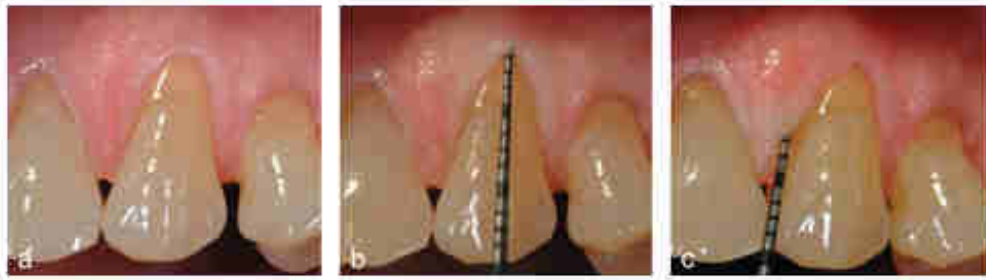


Figure 7 : a) Une récession vestibulaire au niveau de la canine maxillaire gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 4mm c) Le niveau de perte d'attache proximale est de 3mm : le diagnostic est une récession de type (26)

- Récession de type 3 (RT3) : perte d'attache interproximale > perte d'attache vestibulaire



Figure 8 : a) Une récession vestibulaire au niveau de l'incisive latérale gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 6mm c) Le niveau de perte d'attache interproximale est de 8mm : le diagnostic est une récession de type RT3 (26)

En évaluant le niveau d'attache interproximal restant, le niveau maximal de recouvrement radiculaire peut être estimé (26).

### 1.7. PREVALENCE

La récession gingivale est observée très couramment chez les patients, en effet, il a été estimé que plus de 60% de la population est atteint d'une récession gingivale (1). Dans les études sur la prévalence, on constate qu'il s'agit de la population masculine qui est la plus touchée, que les surfaces des premières molaires maxillaires et des incisives centrales présentent plus de récessions, avec une atteinte plus importante des surfaces vestibulaires.

En résumé, les récessions gingivales sont plus présentes avec l'âge, touchent plus les hommes, affectent plus les surfaces vestibulaires des premières molaires maxillaires et des incisives centrales mandibulaires (Figure 9) (27).

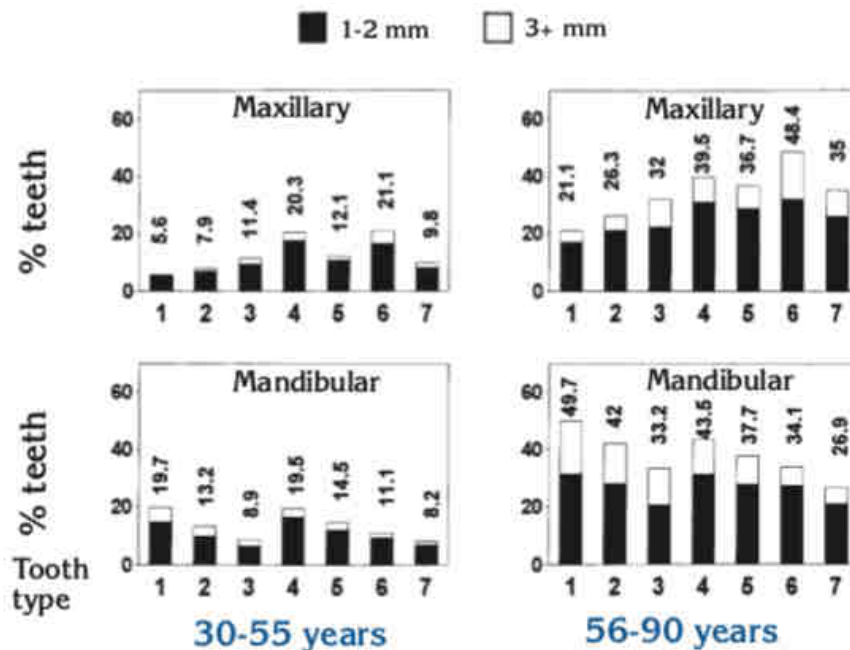


Figure 9 : Pourcentage de récession gingivale par dent en fonction du type de dent et de l'âge (27)

### 1.8. PREVENTION

Les récessions gingivales sont induites par l'inflammation due à la plaque bactérienne ou bien une agression mécanique. D'autres causes possibles sont une atteinte chimique ou thermique. Contrôler et diminuer ces causes chez les patients diminuera l'incidence et la sévérité des atteintes.

Un examen clinique du type de parodonte est nécessaire pour informer le patient en cas de parodonte sujet à de possibles récessions gingivales. Pour anticiper ces risques, il faut programmer des contrôles réguliers ainsi que donner des informations claires au patient sur les facteurs prédisposants et étiologiques. Il faut prévoir une séance d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire avec une méthode de brossage adaptée et réduire les habitudes nocives comme la consommation de tabac pour prévenir au mieux le risque de développement de la récession. Il est intéressant de montrer au patient les prémices d'une récession gingivale due au brossage

traumatique comme le « coup de brosse » ou la fente de Stillman (Figure 10 et 11) (28,29).



Figure 10 : Fentes débutantes au niveau de 11 et 21 dues au piercing buccal (Courtoisie du Dr. Wagner : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département d'orthopédie dento-faciale)



Figure 11 : La fente de Stillman (29)

## **2. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE PRE-CHIRURGICALE**

### **2.1. CONSULTATION INITIALE**

#### **2.1.1. Demandes du patient**

La demande esthétique croissante depuis plusieurs années a engendré une augmentation de la prise en charge des récessions gingivales. Les patients sont de plus en plus attentifs à leurs dents mais aussi aux tissus attenants.

Le patient consulte en général pour un aspect inesthétique avec impression de « dent longue » ou la peur de perdre sa dent, une hyperesthésie ou des lésions cervicales.

Cependant, en 2013, l'étude de Nieri et al. a montré que la majorité des patients ne sont pas conscients de leurs récessions gingivales (30). En effet, sur un groupe de jeunes patients présentant des récessions, peu de ces dernières sont connues du patient. Parmi celles connues, la majorité sont asymptomatiques ou ne posent pas de problème esthétique au patient. Cette étude confirme le fait que la prévention et l'information du patient sont indispensables afin de prévenir ou diagnostiquer à temps de possibles récessions.

Les consultations spontanées concernent surtout les patients jeunes avec des récessions gingivales situées dans les secteurs antérieurs (incisives et canines) avec ou non une hyperesthésie dentinaire et des lésions cervicales d'usure.

#### **2.1.2. Anamnèse**

L'anamnèse est une importante étape lors de la consultation initiale, l'objectif étant de recueillir les antécédents médicaux et parodontaux, les traitements médicamenteux et également de se renseigner sur la méthode de brossage actuelle et les habitudes pernicieuses. Cet interrogatoire nous permet d'identifier les facteurs étiologiques en cause de la récession gingivale. Il peut être intéressant de demander au patient de ramener lors de cette consultation sa brosse à dent pour l'examiner (31).

#### **2.1.3. Examen clinique**

Un examen clinique complet dentaire mais aussi muco-gingival est à réaliser lors de la consultation initiale du patient. Il va servir tout d'abord à réaliser le diagnostic de la récession gingivale. Connaître les particularités du complexe muco-gingival propres à chacun est essentiel pour décider de son plan de traitement mais aussi du pronostic de recouvrement lorsqu'une chirurgie est envisagée (31).

#### 2.1.4. Esthétique du sourire

La gencive fait partie intégrante dans l'esthétique du sourire. Plusieurs paramètres sont à notre disposition pour analyser un sourire :

- La ligne du sourire
- La ligne des collets
- La ligne esthétique gingivale

Analyser ces éléments sur le patient permet d'avoir une référence sur laquelle se baser pour obtenir des résultats prévisibles et d'être le plus naturel possible dans notre thérapeutique chirurgicale (32,33).

#### 2.1.5. Hauteur de gencive libre, de gencive attachée et de tissu kératinisé

L'utilisation d'une sonde parodontale graduée est nécessaire pour mesurer les différentes parties du complexe muco-gingival. La hauteur de la récession gingivale correspond à la distance entre le sommet du rebord gingival et la jonction amélocémentaire. La hauteur de la gencive libre correspond à la profondeur du sulcus. La mesure du tissu kératinisé se fait du sommet du rebord gingival à la ligne muco-gingivale (localisée en mobilisant la muqueuse alvéolaire). Pour obtenir la hauteur de gencive attachée, on soustrait à la hauteur de tissu kératinisé la hauteur de gencive libre (Tableau 2 et Figure 12) (34).

Hauteur de la récession gingivale	Hauteur de gencive libre	Hauteur de gencive attachée	Hauteur de tissu kératinisé
Distance du sommet du rebord gingival à la jonction amélo-cémentaire	Distance du sommet du rebord gingival au fond du sulcus	Hauteur de tissu kératinisé – hauteur de gencive libre	Distance du sommet du rebord gingival à la jonction muco-gingivale

Tableau 2 : Dimensions de la gencive

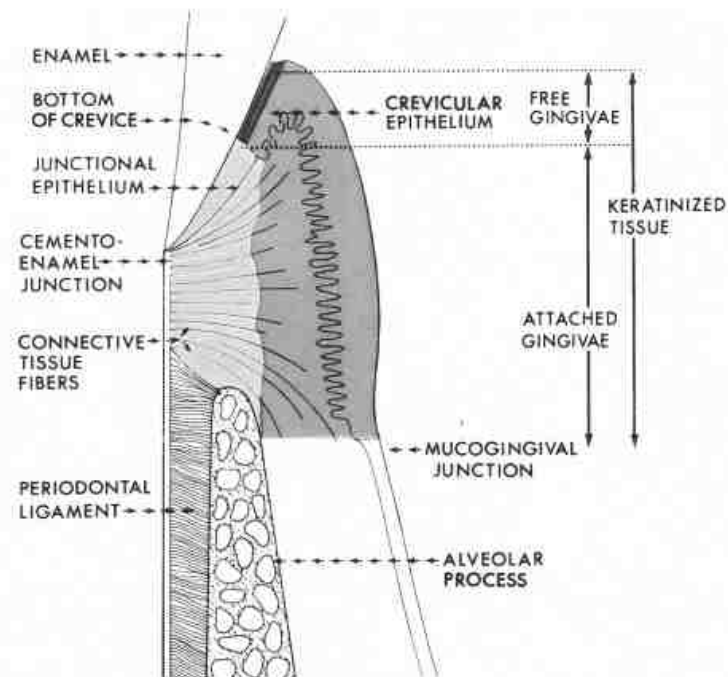


Figure 12 : Schéma de l'épithélium parodontal (34)

### 2.1.6. Épaisseur de gencive

Lors de l'examen clinique, il faut aussi évaluer le type de parodonte du patient. La classification de Maynard et Wilson reste à ce jour encore très utilisée. Il s'agit d'une évaluation quantitative des tissus gingivaux et osseux.

- Type I : dimension idéale du tissu kératinisé et épaisseur idéale du procès alvéolaire

- Type II : dimension réduite du tissu kératinisé et épaisseur idéale du procès alvéolaire
- Type III : dimension idéale du tissu kératinisé et épaisseur réduite du procès alvéolaire
- Type IV : dimension réduite du tissu kératinisé et épaisseur réduite du procès alvéolaire

Le biotype parodontal idéal correspond à un parodonte épais à la palpation et à une hauteur de tissu kératinisé d'au moins 3mm avec un minimum d'1mm de gencive attachée. Le biotype IV est considéré à risque pour de possibles atteintes muco-gingivales (35).

#### 2.1.7. Santé gingivale

Une gencive inflammatoire est rouge au contraire d'une gencive saine avec un aspect plus rose. Les signes d'une d'inflammation gingivale sont objectivés par un changement de texture mais aussi un changement de couleur. Le saignement au brossage, à la mastication ou encore au sondage est aussi un indice d'inflammation. Lors de l'examen clinique de la consultation initiale, un sondage parodontal est à réaliser ainsi que déterminer la quantité de plaque et le saignement au sondage pour écarter ou mettre en évidence un problème parodontal plus important comme une inflammation gingivale ou une parodontite (36).

#### 2.1.8. Diagnostic de la récession gingivale

Le diagnostic de la récession gingivale est essentiel lors du début de la prise en charge pour prévoir et évaluer le recouvrement qu'il sera possible d'atteindre lorsqu'une chirurgie est envisagée et quelle technique sera utilisée. Il permet aussi de donner une idée des facteurs étiologiques en cause afin de les corriger. La récession gingivale peut être soit unitaire soit multiple (1).

##### 2.1.8.1. Récession unitaire

Parmi les facteurs étiologiques qui sont à l'origine de récession unitaire on retrouve l'inflammation gingivale, le traumatisme occlusal, le piercing buccal ou bien un mouvement orthodontique hors du rempart alvéolaire (Figure 13).



Figure 13 : Récession unitaire vestibulaire au niveau de 31 due à l'inflammation gingivale ainsi qu'une interférence occlusale (3)

#### 2.1.8.2. Récessions multiples

Le brossage traumatique, avec des mouvements horizontaux et une brosse à poils durs, a le plus souvent été à l'origine de récessions multiples (Figure 14).



Figure 14 : Récessions multiples vestibulaires au niveau du secteur 20 associées avec des lésions cervicales non carieuses (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)



### 2.1.9. Type de récession

Un diagnostic doit être posé lors de la consultation initiale. Il faut définir s'il s'agit d'une atteinte unitaire ou de récessions multiples mais aussi à l'aide de la classification de Cairo et al. de quel type il s'agit.

Des mesures de la ou des récessions à l'aide d'une sonde parodontale sont à réaliser à ce moment pour toujours savoir d'où on part et avoir une référence. Il est essentiel aussi de prendre des photographies pour la compréhension et la communication avec le patient (26).

### 2.1.10. Détermination de l'étiologie

Pour déterminer l'étiologie de la récession, il est important d'avoir réalisé une anamnèse complète et un examen clinique qui peuvent nous donner des indices sur les étiologies (31).

## 2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Les facteurs étiologiques en cause doivent être expliqués clairement au patient. Il doit comprendre qu'il peut avoir une action sur certains facteurs étiologiques comme le brossage traumatique, l'inflammation gingivale, le tabac et le port du piercing. Certains traitements peuvent aussi être envisagés par le chirurgien-dentiste pour supprimer un facteur étiologique en cause ou bien de préparer le site au mieux pour la chirurgie muco-gingivale.

### 2.2.1. Inflammation et brossage traumatique

L'étiologie inflammatoire est corrigée grâce aux méthodes de brossage, une instruction et une motivation à l'hygiène qui sont revues avec le patient. Le praticien doit l'orienter vers une brosse à poils souples (17/100mm) que ce soit manuelle ou électrique avec

capteurs de pression. Le brossage électrique permet un meilleur contrôle de plaque ainsi qu'un abandon plus facile des mouvements à l'origine du traumatisme.

Un bon contrôle de plaque pourra contrôler l'inflammation et la gencive aura ainsi un aspect plus sain. Dans certains cas de récessions minimales, une réduction de l'inflammation va entraîner une amélioration suffisante sans thérapeutique chirurgicale (6,8,37).

#### 2.2.2. Soins conservateurs ou prothétiques iatrogènes

Les soins conservateurs ou prothétiques qui ont entraîné une récession sont à polir et si besoin à reprendre. Il s'agit de soins conservateurs en sur ou sous contour qui sont un facteur de rétention de plaque ou bien des restaurations infiltrées en regard de la lésion parodontale. Il en va de même pour les soins prothétiques qui ne sont plus adaptés. Ils doivent être déposés et des provisoires doivent être réalisées le temps du traitement des lésions (6,17).

#### 2.2.3. Correction occlusale

Le traumatisme occlusal peut entraîner des fissures gingivales qui sont le début de la récession. L'équilibration occlusale permet donc l'arrêt de la progression de ces fissures qui si elles sont prises en charge à temps ne nécessiteront pas de recouvrement (6,10).

#### 2.2.4. Tabac

Le tabagisme doit être réduit au maximum. Le passage à la cigarette électronique est une option pour cela ou bien l'utilisation de patch de nicotine. Les patients fumeurs ont une réduction de la vascularisation sanguine des tissus parodontaux ce qui diminue fortement le taux de succès en cas de chirurgie parodontale. Une revascularisation est nécessaire pour le greffon et elle n'est pas efficace chez le patient fumeur. Il faut obtenir du patient un sevrage tabagique ou au moins une réduction avant la chirurgie (11,38).

### 2.2.5. Piercing

Les piercings à l'origine de récessions sont obligatoirement enlevés avant d'envisager un traitement chirurgical (14–16).

### 2.2.6. Étiologies diverses

Les étiologies diverses telles que l'onychophagie ou la pression d'un stylo doivent être contrôlées pour empêcher l'apparition ou l'évolution de récessions gingivales.

### 2.2.7. Traitement des lésions cervicales non carieuses associées

Lors de l'examen clinique, on remarque que la récession gingivale est très souvent associée à une lésion cervicale non carieuse (Figure 15). La principale étiologie de cette lésion d'usure au collet est le brossage traumatique.

Le diagnostic d'une récession gingivale associée à une lésion cervicale non carieuse change la séquence thérapeutique de traitement par rapport à une récession gingivale simple. En cas de lésion cervicale carieuse, le traitement rejoindra la séquence thérapeutique de traitement des lésions cervicales après l'exérèse carieuse.



Figure 15 : Association d'une récession gingivale et d'une lésion cervicale d'usure sur la 23 (39)

Pini Prato et al. ont pu établir une classification suite à leur étude pour diagnostiquer les différentes situations de lésion cervicale non carieuse. Il y a deux facteurs à prendre en compte qui sont la visibilité de la jonction émail-cément (JEC) et la présence d'une marche due à une concavité importante. Pour la classe A, la JEC est toujours visible et pour la classe B elle ne l'est plus. On ajoute ensuite à cette classe la présence (+) ou l'absence (-) de marche supérieure à 0,5mm (Tableau 3) (39).

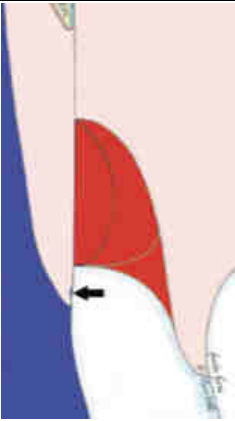
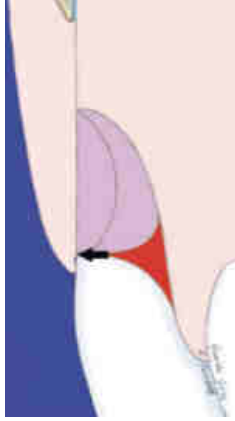
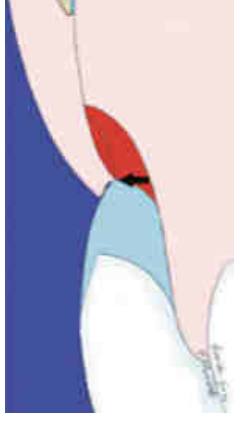
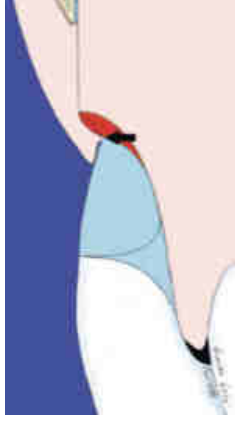
JEC	Présence d'une marche	Description
Classe A	-	JEC visible sans marche
Classe A	+	JEC visible avec marche
Classe B	-	JEC non visible sans marche
Classe B	+	JEC non visible avec marche

Tableau 3 : Classification des LCNC selon Pino Prato et al. (39)

Selon les situations, on peut se demander si un greffon conjonctif peut suffire à combler la concavité créée par la lésion cervicale ou si un matériau de type composite ou ciment verre ionomère est à ajouter.

En fonction de la classe de récession, le recouvrement sera total ou partiel. Il est possible à ce stade de déterminer la ligne maximale de recouvrement (LMR), qui est le niveau maximal gingival que l'on peut espérer atteindre après la chirurgie. Cette LMR va nous guider dans le traitement chirurgical mais aussi dans celui de la lésion cervicale non carieuse (LCNC).

Zuccheli et al. ont par la suite proposé 5 solutions thérapeutiques dans des cas de récession gingivale associée à une lésion cervicale d'usure en fonction de la LMR. Cela nous permet de savoir si une restauration de type composite ou verre ionomère est nécessaire ou si la procédure chirurgicale est suffisante (Tableau 4) (40).

Situation anatomique	Solution thérapeutique	Schéma
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCNC radiculaire</li> <li>• LMR se situe 1mm ou plus coronairement à la lésion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lambeau positionné coronairement</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCNC radiculaire</li> <li>• LMR se situe moins de 1mm coronairement à la lésion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lambeau positionné coronairement avec l'ajout d'un greffon conjonctif</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCNC coronoradiculaire</li> <li>• LMR se confond avec la zone la plus profonde de la lésion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration composite placée 1mm plus coronairement que la lésion et jusqu'à la LMR</li> <li>• Lambeau positionné coronairement</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCNC radiculaire</li> <li>• LMR se situe au niveau de la limite apicale de la lésion</li> <li>• Classe III de Miller ou RT2 de Cairo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration composite</li> <li>• Lambeau positionné coronairement</li> </ul>	

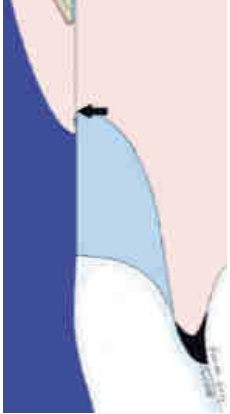
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCNC radiculaire</li> <li>• LMR plus apicale que la lésion</li> <li>• Classe III ou IV de Miller ou RT3 de Cairo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration composite seule car aucun recouvrement possible</li> </ul>	
--	--	---

Tableau 4 : Situations anatomiques et solutions thérapeutiques des LCNC associées à des récessions gingivales proposées par Zucchelli et al. (41)

Dans leur étude, Zucchelli et al. constatent que l'ajout d'un greffon conjonctif abouti à de meilleurs résultats de recouvrement mais aussi esthétiques, surtout lorsque la limite de la LCNC et la LMR coïncident (41).

Certains auteurs se sont penchés sur une technique combinée avec le comblement de la lésion avec un verre ionomère et un greffon conjonctif. Cette technique combinée obtient un meilleur résultat de traitement des sensibilités contrairement à un greffon conjonctif seul qui lui permet un meilleur recouvrement.

Le comblement des lésions par une résine composite ou un verre ionomère permet d'obtenir des résultats similaires. Ces deux matériaux ont une biocompatibilité équivalente. Cependant, ils ne permettent pas la création d'une nouvelle attache parodontale.

La mise en place d'un conjonctif replié sur lui-même dans le cas de lésions profondes supérieures à 2mm est une très bonne option dans le cas de LCNC profondes. Le bombé vestibulaire est recréé avec ce greffon épais et l'attache parodontale peut se reformer.

Comme pour une chirurgie parodontale sans LCNC, il faudra préparer l'état de surface en retirant la couche cémentaire infiltrée avant le traitement.

Lorsqu'une restauration est envisagée, il est préférable de la réaliser avant la greffe pour que le recouvrement radiculaire se fasse au contact de la restauration.

Ces facteurs étiologiques, une fois identifiés, doivent être contrôlés par le patient et une séance de réévaluation sera effectuée pour vérifier la bonne compliance de celui-ci (42).

#### 2.2.8. Traitement orthodontique

La position d'une dent en dehors du rempart alvéolaire constitue un facteur prédisposant de la récession gingivale (Figure 16). La malposition en dehors du rempart osseux alvéolaire consiste en un défaut de hauteur de tissu kératinisé ou un défaut osseux ou bien les deux. Replacer la dent dans le rempart alvéolaire est accompagné par une amélioration en hauteur et en épaisseur du niveaux osseux pouvant avoir pour conséquence une réduction de la récession gingivale. Cette réduction de la récession gingivale permettrait une amélioration du pronostic de recouvrement pour la greffe par la suite.



Figure 16 : Incisive centrale gauche positionnée en dehors du rempart osseux alvéolaire présentant une récession gingivale (43)

Une étude s'est intéressée à cette relation entre la correction de la malposition et l'amélioration de la récession gingivale. Les patients de l'étude avaient une incisive mandibulaire mal positionnée en dehors du rempart alvéolaire avec une récession

gingivale vestibulaire ou linguale. La hauteur, la largeur, la classe de Miller des récessions ont été mesurées ainsi que la hauteur de tissu kératinisé avant traitement. Les patients ont été suivi par le même orthodontiste. Après traitement, il a été constaté que les récessions sont significativement moins importantes. Toutes les récessions ont subi une amélioration dans la classification de Miller avec un changement d'au moins une classe voir plus. Il n'y a pas eu de changement significatif pour la hauteur de tissu kératinisé (Figure 17) (43).

Les récessions de classe III et IV ont pu évoluer vers une classe II ou I. Cette évolution permet un pronostic de recouvrement de la récession presque de 100% contrairement aux classes III et IV qui n'ont un pronostic que partiel voir nul.

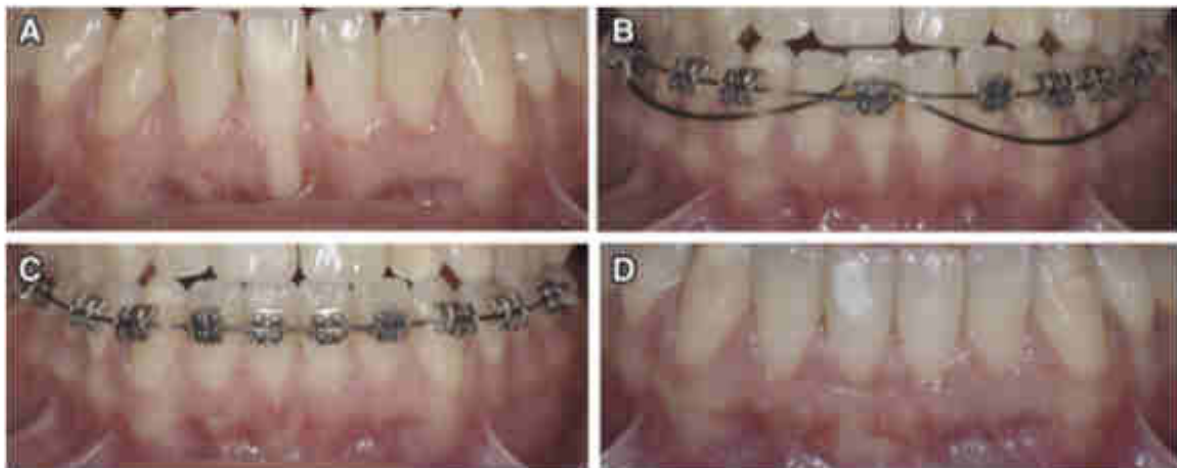


Figure 17 : A) La racine de l'incisive centrale mandibulaire gauche est positionnée en dehors du rempart osseux alvéolaire et présente une récession gingivale B) Début du traitement orthodontique pour repositionner la dent dans le rempart osseux alvéolaire C) La récession a considérablement été réduite à la fin du traitement orthodontique ce qui permet un meilleur pronostic de recouvrement pour la chirurgie D) 5 mois après la chirurgie muco-gingivale (43)

Cette étude montre les avantages de la collaboration interdisciplinaire entre l'orthodontiste et le parodontologiste pour certains cas de récessions gingivales accompagnées de malposition. Dans certaines situations, le seul traitement orthodontique permet d'obtenir un résultat satisfaisant et l'indication de poursuivre sur un traitement chirurgical peut être remise en question. Cependant, il est admis dans les études que poursuivre par un traitement chirurgical amènera un résultat esthétique beaucoup plus favorable.



L'intérêt majeur de faire précéder un traitement orthodontique avant la chirurgie est l'amélioration du pronostic de recouvrement ainsi que de positionner la dent pour obtenir une stabilité du parodonte à long terme (44).

### 2.2.9. Frénectomie

La présence d'un frein à proximité de la gencive marginale est considérée comme un facteur prédisposant à la récession. La traction d'un frein sur la gencive marginale peut engendrer :

- Une ouverture du sillon gingivo-dentaire permettant une accumulation de plaque bactérienne provoquant la formation ou la progression de la récession gingivale
- Une ischémie de la gencive marginale qui combinée avec un déficit de gencive kératinisée aboutira à l'apparition d'une récession
- Des difficultés à entretenir une hygiène bucco-dentaire

Dans l'étude de Bork et Weiler, le frein mandibulaire est incriminé comme facteur prédisposant dans 5% des cas de récession (45).

Il est possible de vérifier cliniquement la tension du frein à cet endroit si on observe un blanchiment de la gencive marginale lors de la traction. Il est donc envisageable dans certains cas de réaliser une frénectomie. La frénectomie peut être réalisée 15 jours en amont ou pendant la chirurgie parodontale.

Il a aussi été démontré que la phase de cicatrisation suite à une chirurgie muco-gingivale est améliorée en l'absence d'un frein exerçant une pression néfaste.

## 2.3. GESTION DE L'HYPERSENSIBILITE DENTINAIRE

L'hypersensibilité dentinaire est un motif de consultation fréquent des patients. Il s'agit d'une douleur vive, brève et aigue provoquée par un stimuli thermique, tactile, osmotique ou chimique. Cette hypersensibilité est une des conséquences de la

récession gingivale, les mouvements de fluides dans les tubuli dentinaires sont possibles à cause de l'exposition radiculaire. Ces mouvements atteignent les fibres nerveuses sensibles.

Pour poser le diagnostic d'hypersensibilité dentinaire il faut exclure les diagnostics différentiels comme la pulpite ou la douleur post-opératoire à la suite d'un soin conservateur, en menant une anamnèse et un examen clinique détaillé. Il faut chercher à savoir si ces sensibilités sont provoquées par tel ou tel stimuli.

Le traitement chirurgical de la récession gingivale entraîne une diminution significative des sensibilités. Cependant lorsque la chirurgie n'est pas indiquée ou que le patient ne le souhaite pas, il est possible de proposer un traitement non invasif. Il existe des traitements ambulatoires d'une part et des traitements au fauteuil d'autre part.

En ambulatoire, on peut prescrire des dentifrices et des solutions de bains de bouche avec des agents désensibilisants. Ces agents sont par exemple le nitrate de potassium, le fluorure d'étain ou d'amine. Leur action consiste soit en une obstruction des tubuli dentinaires soit en une réduction de la transmission nerveuse. Il pourra être conseillé au patient de ne pas rincer le dentifrice directement après le brossage pour que le principe actif agisse.

Au fauteuil, il est possible de proposer des traitements non invasifs comme l'application d'adhésif ou l'utilisation de laser. On propose généralement ces traitements lorsque le traitement en ambulatoire n'est pas concluant (21,22,46).

#### 2.4. REEVALUATION

Les facteurs étiologiques ont été déterminés et expliqués au patient lors de la première consultation. La réévaluation s'effectue après la phase étiologique et sera programmée en fonction du traitement étiologique. Il peut s'agir de quelques semaines entre le rendez-vous initial et la réévaluation si le patient doit maîtriser sa méthode de brossage ou de plusieurs mois si un traitement orthodontique doit être entrepris.

Cette phase de réévaluation est importante car elle conditionne le succès d'un éventuel traitement chirurgical.

Lors de ce deuxième rendez-vous, on vérifiera que les habitudes nocives sont contrôlées par le patient et que les techniques de brossage sont comprises. Un assainissement parodontal peut être effectué à ce moment si des dépôts tartriques sont présents (Figure 18).

S'il y a toujours une indication de chirurgie parodontale pour le traitement des récessions, elle ne pourra être entreprise que lorsque les facteurs étiologiques seront contrôlés. Si les facteurs déclencheurs ne sont pas contrôlés, il y a alors un risque de récurrence de récession gingivale (31).

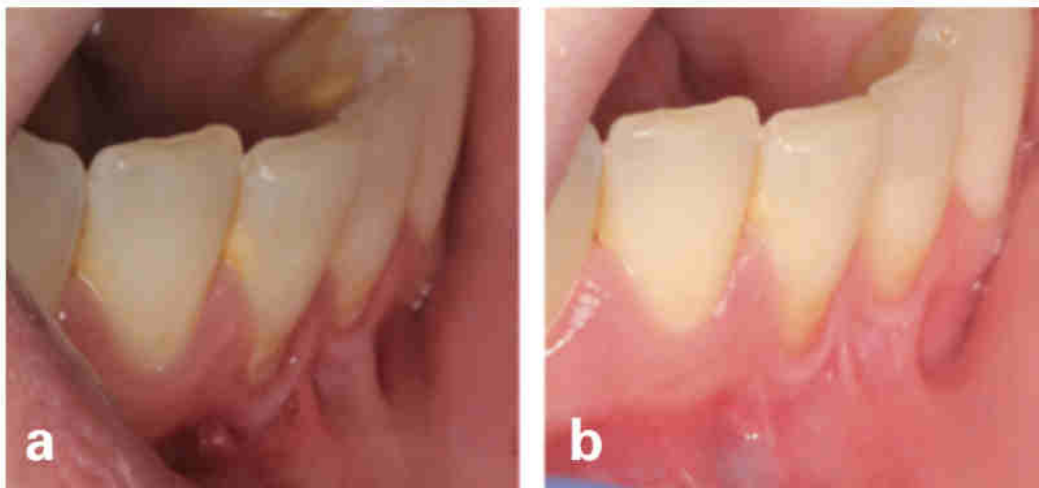


Figure 18 : a) Présence de dépôts de biofilm rendant les tissus inflammatoires et contribuant à l'aggravation des récessions multiples b) Situation 15 jours après instructions et motivation à l'hygiène orale. Les dépôts bactériens ainsi que l'inflammation ont sensiblement diminué. Les dépôts tartriques seront ensuite éliminés par traitement ultrasoniques (31)

### 3. TRAITEMENT CHIRURGICAL MUCO-GINGIVAL

Une fois le traitement étiologique réalisé et le contrôle des facteurs étiologiques validé, une solution thérapeutique chirurgicale peut être proposée au patient si l'indication est présente.

### 3.1. INDICATIONS DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les indications de chirurgie parodontale pour traiter les récessions gingivales sont multiples (Tableau 5) :

- Raison esthétique : De nos jours, la demande esthétique est une des premières causes de consultation dans le cas de récessions, d'autant plus lorsque le patient découvre ces récessions lorsqu'il sourit. La décision de chirurgie pour des raisons esthétiques doit être prise à la suite d'une demande du patient.
- Hypersensibilité dentinaire : Il s'agit de douleurs souvent rapportées par les patients qui apparaissent par périodes. Cette hypersensibilité peut se manifester soit par des gênes supportables ou bien des douleurs vives et aiguës. Le recouvrement par chirurgie parodontale est une bonne solution thérapeutique de traitement de l'hypersensibilité.
- Évolution de la lésion : Une aggravation d'une récession est une indication de traitement chirurgical mais cette évolution est souvent compliquée à mettre en évidence quand le patient n'est pas suivi depuis longtemps ou n'a pas conscience de ses lésions parodontales.
- Contrôle de plaque difficile : La localisation apicale de la gencive marginale entraîne souvent un défaut d'hygiène. En corrigeant la position de la gencive, le site sera plus accessible pendant le brossage.
- Préparation pré-prothétique/pré-implantaire : Certaines situations impliquent une préparation parodontale du site avant la réalisation du projet prothétique. La réalisation de couronnes dans le secteur antérieur implique d'avoir des limites de préparation intra-sulculaire. Il peut être indiqué dans ces situations de réaliser une chirurgie parodontale pour s'assurer d'un volume de tissus parodontaux pour obtenir des résultats esthétiques satisfaisants mais aussi pour prévenir le risque de récessions, plus important sur des parodontes fins. La chirurgie parodontale est également indiquée aux tissus péri-implantaires afin d'obtenir une intégration esthétique, de faciliter l'hygiène et la maintenance. Il est possible d'intervenir avant, pendant ou après la pose d'implants en fonction des situations.

- Orthodontique : L'orthodontiste peut être demandeur de chirurgie parodontale pour renforcer le complexe muco-gingival en prévention de son traitement. Il peut aussi s'agir du traitement de récessions se formant pendant ou à la fin du traitement orthodontique (22,31,47,48).

Indications de traitement chirurgical des récessions gingivales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esthétique</li> <li>• Hypersensibilité dentinaire</li> <li>• Évolution de la lésion</li> <li>• Contrôle de plaque difficile</li> <li>• Préparation pré-prothétique/pré-implantaire</li> <li>• Orthodontique</li> </ul>

Tableau 5 : Indications de traitement chirurgical des récessions gingivales

### 3.2. OBJECTIFS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les objectifs du traitement chirurgical en chirurgie muco-gingivale sont les suivants :

- Le recouvrement de la racine dentaire exposée : il s'agit de l'objectif sur lequel les patients seront les plus attentifs. Ce recouvrement est fonction du type de récession du patient. Le pourcentage de recouvrement sera complet pour des récessions mineures au contraire des récessions plus étendues. Un objectif raisonnable est à présenter au patient.
- Apport de gencive attachée ainsi qu'une augmentation de l'épaisseur de gencive kératinisée : ces objectifs permettent une amélioration de la résistance du complexe muco-gingival. En effet, le tissu kératinisé favorise une bonne hygiène et en implantologie il permet de diminuer le risque de complications péri-implantaires.
- Approfondissement du vestibule : cela va faciliter l'hygiène bucco-dentaire pour le patient (31).

### 3.3. CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Plusieurs situations sont des contre-indications et peuvent nous amener vers l'abstention thérapeutique.

- Facteurs déclencheurs non maîtrisés : Après la phase étiologique, où le diagnostic de la récession gingivale a été posé ainsi que la mise en évidence des facteurs étiologiques, il faut que le patient maîtrise parfaitement tout ce qui pourrait faire échouer notre thérapeutique chirurgicale. Il s'agit principalement d'une méthode de brossage adaptée atraumatique, d'une hygiène correcte et une suppression des habitudes nocives comme l'onychophagie ou la pression d'un stylo. Le tabac est aussi une contre-indication à la réalisation de chirurgie parodontale tant que le patient fume plus de 5 cigarettes par jour. Tant que ces facteurs étiologiques ne sont pas compris et maîtrisés par le patient, l'abstention est de rigueur sous peine de récidiées après la chirurgie.
- Récession de classe IV de Miller ou RT3 de Cairo : Des récessions trop importantes avec une perte importante des tissus parodontaux proximaux, comme dans les classe IV de Miller ou RT3 de Cairo, ont un pronostic de recouvrement très mauvais et sont donc parfois impossibles à recouvrir chirurgicalement (Figure 19).

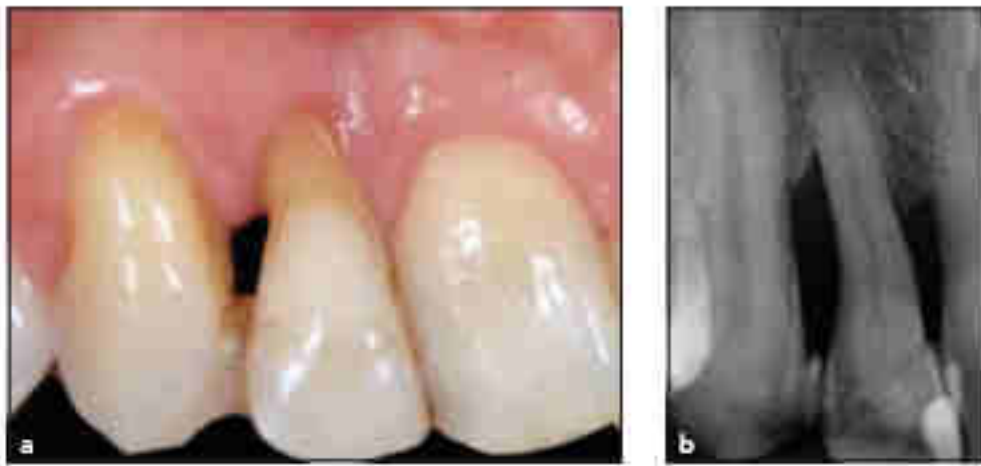


Figure 19 : a) L'incisive latérale montre une récession de classe IV de Miller avec la perte de la papille en distal b) La radiographie montre une perte osseuse proximale importante entre l'incisive latérale et la canine (49)

- Contre-indications médicales : Il existe aussi des contre-indications médicales relatives ou formelles comme certains troubles cardio-vasculaires (haut risque d'endocardite, antécédents d'infarctus, prises d'anticoagulants), un risque infectieux, des troubles neurologiques ou la grossesse. Un contact avec le médecin traitant peut être nécessaire avant la chirurgie.

- Parodontite : En cas de parodontite active non traitée, il est inenvisageable de prévoir une chirurgie parodontale pour traiter une récession. La parodontite doit être traitée en priorité et le recouvrement de la récession sera traité dans un second temps.
- Autres raisons : Plusieurs autres causes peuvent amener les patients à ne pas envisager une procédure chirurgicale comme une absence de motivation, une peur de l'acte thérapeutique, le coût...

Dans le cas où l'abstention chirurgicale est la thérapeutique choisie, il faudra surveiller que l'évolution n'est pas importante en mesurant ces récessions et en prenant des photos. Le patient doit être rassuré et les méthodes de brossage revues. Un traitement des hypersensibilités doit être effectué en cas de symptomatologie (6,8–11,31).

### 3.4. PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

L'examen clinique parodontal initial et le diagnostic des récessions ont été réalisés. Les facteurs étiologiques sont maîtrisés à ce stade et les méthodes de brossage comprises et bien effectuées par le patient.

Une fois l'indication de chirurgie plastique parodontale en vue du recouvrement de récessions posée, il va falloir déterminer si un recouvrement partiel ou total sera envisageable. Dans des cas simples de récessions de classe I de Miller ou RT1 de Cairo, sans perte des papilles proximales, le recouvrement sera complet dans la majorité des cas. Cependant, dans d'autres situations avec des récessions plus importantes il est plus difficile de se prononcer sur le résultat attendu. C'est pourquoi, Zucchelli et al. en 2006 ont proposé une méthode pour déterminer la ligne maximale de recouvrement (LMR) (Figure 20).

On mesure en mésial et en distal la distance entre le point de contact et le point le plus proximal du collet enfoui sous la papille. Cette mesure est reportée en tête de papille vers la récession que l'on veut recouvrir. Les deux points en mésial et distal sont rejoints par une ligne arciforme qui préfigure le recouvrement possible. La LMR et la position de la gencive marginale post-opératoire ont été comparé dans leur étude par

Zucchelli et al. On trouve une corrélation entre les 2 valeurs de 72% environ, ce qui prouve que cette méthode permet une projection réaliste (40).

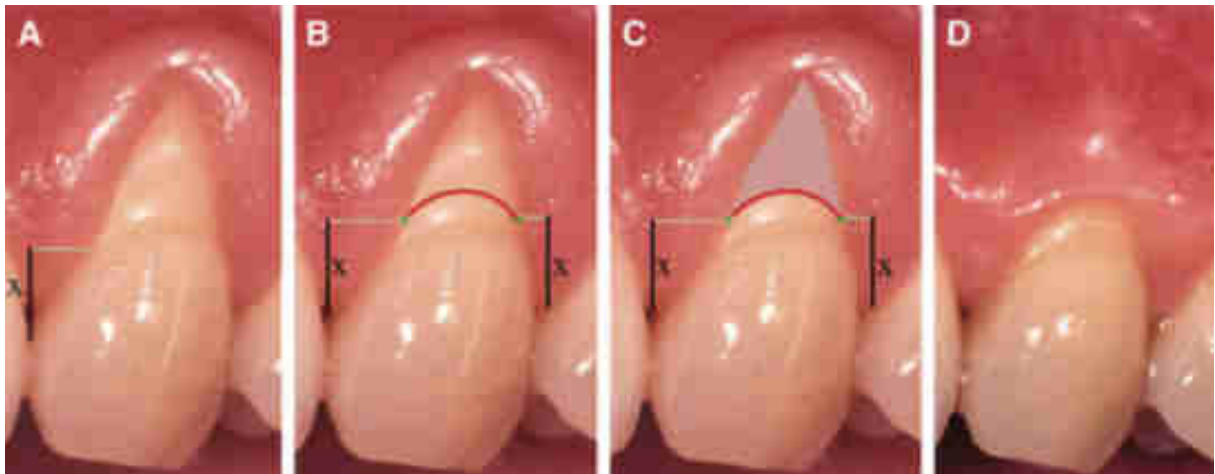


Figure 20 : Méthode pour déterminer la LMR (40)

Cette LMR permettra de présenter au patient un objectif de recouvrement raisonnable et de sélectionner la technique chirurgicale la plus indiquée.

### 3.5. RAPPELS DES DIFFERENTES TECHNIQUES CHIRURGICALES POUR LE TRAITEMENT DES RECESSIONS GINGIVALES

De nombreuses techniques sont à notre disposition pour réaliser le recouvrement des récessions gingivales. Il s'agit principalement soit de lambeaux pédiculés soit de greffes ou bien l'association des deux. Toutes ces thérapeutiques ont des indications propres qu'il est important de connaître.

#### 3.5.1. Lambeaux pédiculés

##### 3.5.1.1. Lambeau positionné latéralement (LPL)

Il s'agit d'une des plus anciennes techniques de chirurgie parodontale. La technique du lambeau positionné latéralement est relativement simple.



Ce lambeau est indiqué pour le recouvrement d'une récession gingivale unitaire ou de récessions multiples (limitées à une ou deux dents). Les récessions doivent être plutôt étroites (classe I ou II de Miller).

La technique chirurgicale consiste en un déplacement épithélio-conjonctif de la gencive du site donneur adjacent au site receveur. La préparation du lit receveur est effectuée par suppression de l'épithélium pour que le conjonctif du lambeau se retrouve sur le conjonctif du lit receveur. S'en suit une dissection en épaisseur partielle du lambeau et une translation sans tension, puis des sutures (Figure 21).

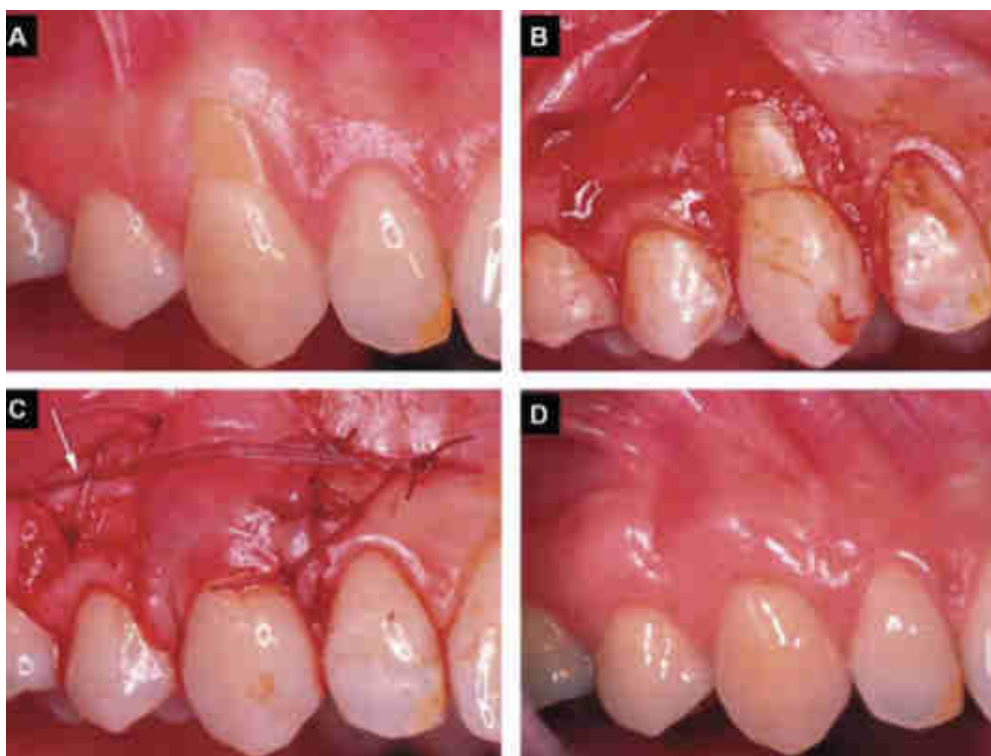


Figure 21 : Lambeau positionné latéralement (50)

Les avantages sont :

- Un taux de recouvrement radiculaire d'environ 90%
- Un taux de recouvrement radiculaire complet compris entre 60 et 70%
- L'aspect esthétique
- Un apport de tissu kératinisé
- La vascularisation apportée par le pédicule
- Une seule zone opératoire

Les inconvénients sont :

- Le taux de recouvrement incertain
- La nécessité d'un site donneur adjacent à la lésion avec un tissu kératinisé suffisant
- Un vestibule profond doit être présent
- La possible formation d'une récession iatrogène au niveau du site donneur

Cette technique peut être intéressante pour son apport en tissu kératinisé dans des cas prothétiques ou implantaires. Le site donneur peut être une crête édentée adjacente à la lésion. Selon l'étude de Santana et al., comparant le lambeau positionné latéralement et le lambeau positionné coronairement, l'apport du tissu kératinisé est plus important dans le lambeau déplacé latéralement. Cependant, le recouvrement est plus fréquent et plus important avec un lambeau positionné coronairement avec une greffe de conjonctif (51).

Il est dans certains cas indiqué d'ajouter un greffon conjonctif à ce lambeau (50).

#### 3.5.1.2. Lambeau positionné coronairement (LPC)

Le lambeau positionné coronairement est aussi un lambeau pédiculé comme le lambeau positionné latéralement. C'est une technique très répandue.

Ce type de lambeau est indiqué pour le recouvrement de récession unitaire. Un des pré-requis est la présence de tissu kératinisé apicalement à la lésion. On réserve plutôt ce type de lambeau à la classe I de Miller.

Les récessions multiples peuvent aussi être une indication du lambeau positionné coronairement. Zucchelli et De Sanctis ont proposé en 2000 une modification, appelée « lambeau enveloppé déplacé coronairement », de ce lambeau qui élargit les indications, en particulier pour des récessions contiguës (52).

Comme son nom l'indique, l'objectif de ce lambeau est de tracter le tissu gingival plus coronairement que dans la situation initiale afin de recouvrir la zone à traiter. Après avoir réalisé une incision intra-sulculaire et deux incisions de décharge, on décolle dans un premier temps en épaisseur totale puis en épaisseur partielle au niveau apical afin de pouvoir venir tracter le lambeau. Les papilles doivent être désépithélialisées puis le tout est suturé sans tension (Figure 22).

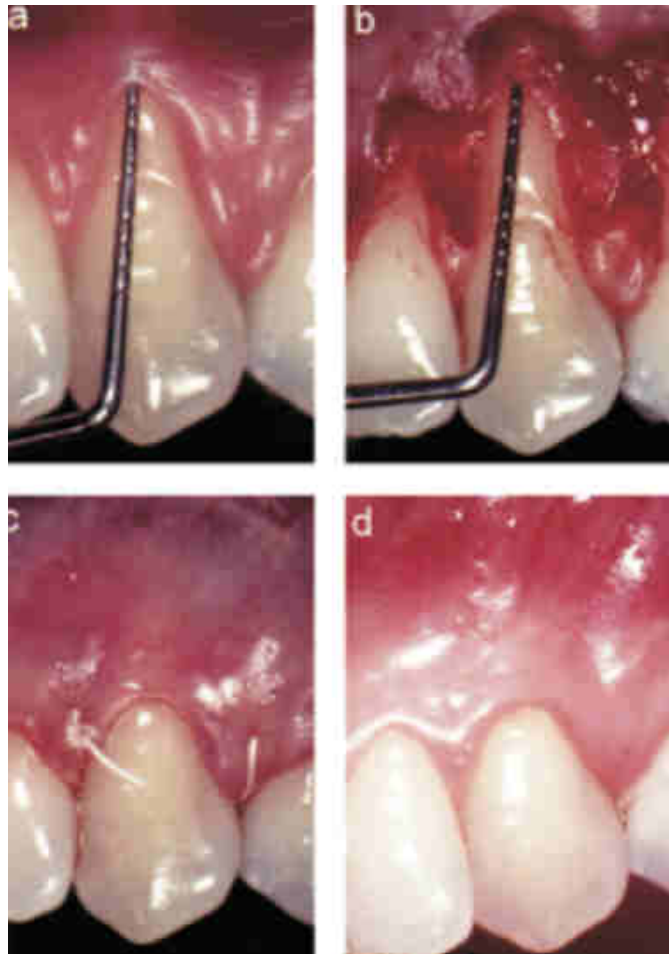


Figure 22 : Lambeau déplacé coronairement (52)

Les avantages sont :

- Un taux de recouvrement radiculaire d'environ 80 à 90%
- Un taux de recouvrement radiculaire complet élevé
- L'aspect esthétique
- Technique simple
- Une seule zone opératoire

Les inconvénients sont :

- La nécessité de disposer de tissu kératinisé apicalement à la lésion
- Le résultat peut être instable à long terme (épaisseur trop faible de tissu kératinisé ou récurrence de brossage traumatique)

Lorsque le tissu kératinisé est inférieur à 0,8mm, il est nécessaire d'ajouter un greffon conjonctif. On peut aussi l'associer à des dérivés de la matrice amélaire, dermique acellulaire ou collagénique (53,54).

### 3.5.2. Greffes

Le développement de greffes gingivales pour le recouvrement radiculaire se différencie des lambeaux pédiculés par la présence d'un greffon. Celui-ci est le plus souvent d'origine autogène bien qu'il y ait d'autres alternatives.

#### 3.5.2.1. Greffe épithélio-conjonctive

La greffe épithélio-conjonctive est une technique de greffe gingivale libre par opposition aux lambeaux pédiculés. L'étude de Miller montre un recouvrement complet dans 88 à 100% des cas de lésions de classe I, II ou III de Miller à l'aide de greffe épithélio-conjonctive. Tolmie et al obtiennent 71% de recouvrement complet sur des classes I et 74% sur des classes II (55). D'autres études montrent des résultats beaucoup moins bons. Cairo et al. concluent qu'il faut préférer le lambeau positionné coronairement avec un greffon conjonctif avec lequel on obtient plus souvent un recouvrement complet (56).

Les indications de cette greffe sont une augmentation stable du tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur. Cette augmentation de tissu kératinisé se justifie en amont de réalisations prothétiques ou de traitement orthodontique avec mouvement à risque dans des zones où il y a une absence de tissu kératinisé.

La greffe épithélio-conjonctive est constituée de 2 temps opératoires, le premier étant la préparation du lit receveur et le deuxième le prélèvement opératoire et sa mise en

place. La préparation du lit receveur se fait par des incisions et une dissection en épaisseur partielle au niveau de la zone à traiter de forme. Cette dissection doit être au minimum de 10mm de hauteur et peut permettre d'éliminer un éventuel frein. Des mesures du lit receveur doivent être faites pour prélever un greffon de la bonne taille. Le prélèvement palatin épithélio-conjonctif est prélevé, préparé puis suturé au niveau du lit receveur (Figure 23).



Figure 23 : Greffe épithélio-gingivale réalisée pour traiter les récessions de 31 et 41, on constate l'aspect de "rustine" (Courtoisie du Pr. Huck : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département de parodontologie, dans le cadre du diplôme universitaire de parodontologie)

Étant donné que l'on vient apposer de la muqueuse palatine au niveau d'un site gingival, la couleur et la texture ne seront pas similaires à de la gencive vestibulaire. L'aspect inesthétique de la gencive à la suite d'une greffe épithélio-conjonctive nous forcera à réserver cette technique à des secteurs postérieurs ou antérieurs mandibulaires.

Les avantages sont :

- Un apport important en hauteur et épaisseur de tissu kératinisé
- Technique simple

Les inconvénients sont :

- Aspect inesthétique : aspect de « rustine » dû à la muqueuse palatine
- Site donneur douloureux car cicatrisation en deuxième intention : il y faudra prévoir soit un pansement chirurgical soit une plaque palatine pour protéger le site
- Vascularisation du greffon délicate

Cette greffe possède des inconvénients majeurs et un pourcentage moins bon que d'autres techniques, cependant l'apport important de tissu en hauteur et en épaisseur lui permet de rester une thérapeutique intéressante dans le cas d'un complexe muco-gingival défavorable (57).

#### 3.5.2.2. Greffe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement (LPC + GC)

Détaillée par Langer et Langer, cette technique de greffe combine deux techniques, un lambeau positionné coronairement et une greffe de conjonctif enfoui. (58)

La greffe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement est indiquée pour le recouvrement radiculaire de récessions de classe I de Miller, unitaires ou multiples, en présence de biotype parodontal fin. Il est possible de traiter des récessions de classe II ou III de Miller mais les résultats seront moins prédictibles en termes de recouvrement. Cette technique est conditionnée par la présence de tissu kératinisé apicalement à la lésion. Les autres indications sont la chirurgie plastique péri-implantaire ou bien en vue de restaurations prothétiques.

Cette greffe présente 2 temps opératoires avec la préparation du site receveur et le prélèvement du greffon conjonctif, le plus souvent au palais, et sa mise en place au niveau du site receveur (Figure 24). Plusieurs modifications ont été proposées au fil du temps pour élargir les indications comme celle de Zuchelli et De Sanctis pour le recouvrement de récessions multiples (52).

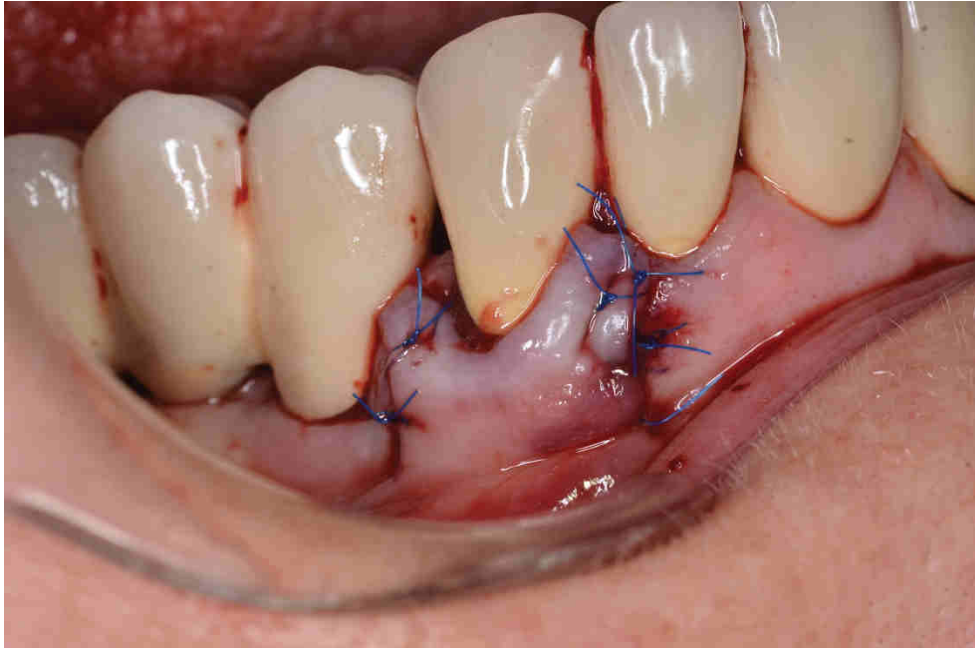


Figure 24 : Greffe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement réalisée pour traiter la récession au niveau de 43 (Courtoisie du Pr. Huck : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département de parodontologie, dans le cadre du diplôme universitaire de parodontologie)

Les avantages sont :

- Très bons résultats esthétiques
- Indications larges (récessions unitaires, multiples, péri-implantaire, prothétique)
- Recouvrement radiculaire de 80 à 90%
- Taux de recouvrement complet élevé
- Bonne vascularisation du greffon (des deux côtés)
- Hauteur et épaisseur du tissu kératinisé augmentées

Les inconvénients sont :

- Difficulté opératoire
- Résultats prédictibles seulement pour les classes I
- Deux sites opératoires
- Douleurs post-opératoires en fonction de la technique de prélèvement du conjonctif

### 3.5.2.3. Greffe de conjonctif associée au lambeau positionné latéralement (LPL + GC)

Comme pour la technique de greffe précédente, il s'agit d'une combinaison proposée par Nelson en 1987 d'un greffon conjonctif et d'un lambeau positionné latéralement (59).

Les indications de cette technique se trouvent essentiellement dans le recouvrement radiculaire en cas de récessions mais aussi dans certains cas de chirurgie péri-implantaire. On peut envisager cette greffe dans le cas de récession de classe I, II et III de Miller étant donné que la composante fondamentale est la présence de tissu kératinisé adjacent à la récession.

La récession sera recouverte par deux épaisseurs de tissus : un greffon conjonctif d'abord et un lambeau épithélio-conjonctif ensuite. Les chances de survie pour le greffon sont très favorables étant donné la présence du lambeau pédiculé vasculaire en contact intime avec le greffon. L'absence de traction coronaire de cette technique indique cette greffe pour des sites déjà soumis à une certaine traction comme les incisives mandibulaires.

Les avantages sont :

- Un bon résultat esthétique
- Un recouvrement radiculaire de 70 à 95%
- Traitement des classes I, II et III de Miller
- Épaisseur et hauteur de tissu kératinisé augmentées
- Vascularisation du greffon optimale
- Stabilité dans le temps
- Absence de traction coronaire

Les inconvénients sont :

- Difficulté opératoire
- Douleurs post-opératoires
- Deux sites opératoires



- Résultats pas toujours prévisibles

#### 3.5.2.4. Greffe de conjonctif par technique de l'enveloppe et du tunnel

La greffe de conjonctif par technique de l'enveloppe est une technique proposée par Raetzke en 1985 pour traiter les récessions unitaires (60). Des modifications ont été proposées plus tard pour le traitement des récessions multiples, il s'agit de la technique du tunnel.

Les indications de cette technique sont le recouvrement de récessions unitaires ou multiples plutôt de classe I ou II de Miller sur un biotype parodontal fin et une faible hauteur de tissu kératinisé.

Il s'agit de réaliser un lambeau épithélio-conjonctif en épaisseur partielle sans incision de décharge de manière à former une enveloppe dans laquelle on vient glisser et suturer le greffon conjonctif. La technique du tunnel demande à disséquer en épaisseur partielle sans toucher aux papilles pour obtenir un couloir dans lequel se glissera le greffon conjonctif (Figure 25).

Les résultats de recouvrement sont semblables aux précédentes techniques avec un greffon conjonctif enfoui mais le résultat esthétique sera obtenu plus rapidement grâce à l'absence d'incisions de décharge et de la vascularisation favorable. En effet, on peut constater une cicatrisation post opératoire à 1 mois contrairement aux autres techniques de conjonctif enfoui où la période de cicatrisation est plutôt de 3 mois. Certains auteurs préconisent une dissection en épaisseur totale pour maximiser la vascularisation. Le déplacement coronaire du lambeau peut aussi être ajouté à cette technique pour obtenir de meilleurs résultats dans le cas de classe I et II de Miller mais aussi dans certains cas de classe III voire IV. Le pourcentage de recouvrement des classes III ou IV sera cependant faible. Dans certains cas de récession profondes, il est possible de laisser une partie du greffon exposée et en cas de recouvrement insuffisant de réaliser une nouvelle technique d'enveloppe pour obtenir un recouvrement complet.

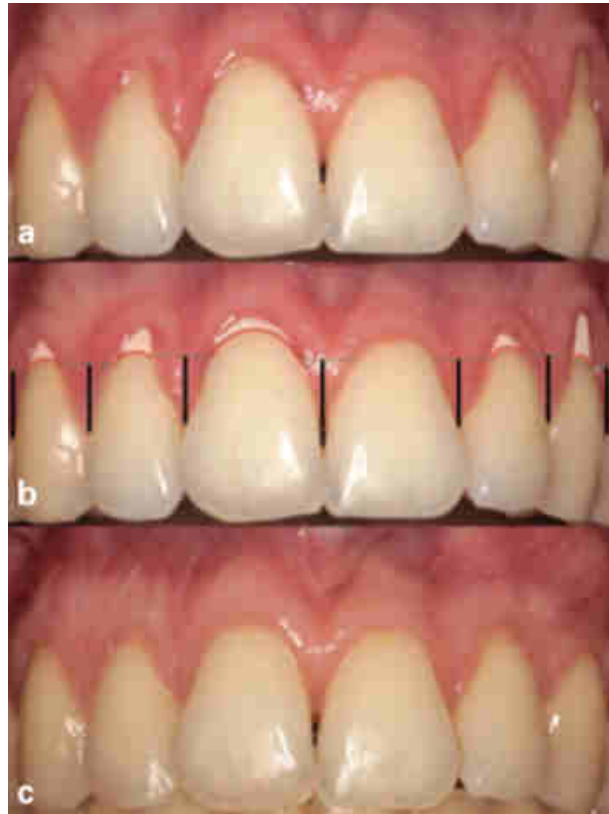


Figure 25 : a) État initial b) Projections de la LMR c) 6 mois après cicatrisation de la greffe par technique du tunnel (40)

Les avantages sont :

- Résultat esthétique rapide (intégration tissulaire rapide)
- Recouvrement radiculaire de 75 à 90%
- Augmentation de tissu kératinisé en hauteur et épaisseur
- Traitement des récessions de classe I, II et III (voir IV)
- Recouvrement prédictible
- Peu de sutures et peu de douleurs postopératoires

Les inconvénients sont :

- Difficulté opératoire
- Mise en place du greffon délicate (surtout dans la technique du tunnel)
- Deux sites opératoires

Un matériel spécifique et une maîtrise de la technique sont nécessaires pour réaliser une greffe de conjonctif en tunnel. Ces greffes présentent un point fort majeur qui est

la réduction importante des douleurs post-opératoires et une maturation tissulaire rapide (31,61,62).

### 3.5.3. Sélection de la technique chirurgicale

Les différentes techniques permettant le recouvrement des récessions gingivales sont nombreuses. Il s'agit d'une étape importante dans la prise en charge thérapeutique. L'objectif est le recouvrement complet, une augmentation de tissu kératinisé ainsi qu'une intégration esthétique.

Le choix de la technique chirurgicale s'effectue après un examen clinique et parodontal complet pour obtenir des résultats prédictibles en termes de recouvrement les meilleurs possibles. Les critères influençant la sélection d'une technique par rapport à une autre sont :

- Récession unitaire/multiples
- Type de lésion
- Type de parodonte
- Présence de brides ou freins
- Présence de gencive kératinisée
- Hauteur des papilles
- Secteur esthétique
- Expérience du praticien

Dans leur étude de 2011, Rasperini et al. ont proposé des recommandations pour le choix de la technique chirurgicale. Ils différencient leur arbre décisionnel en deux parties, une pour les récessions unitaires et une pour les récessions multiples (63).

Les techniques de recouvrement sont nombreuses étant donné les modifications apportées par certains auteurs mais aussi par l'arrivée des biomatériaux. Nous aborderons les techniques les plus utilisées et ayant un recul clinique important pour la sélection de la technique chirurgicale.

### 3.5.3.1. Récession unitaire

Le traitement des récessions unitaires peut être réalisé à l'aide de LPC ou LPC + GC. Le LPC, avec ou sans greffon conjonctif nécessite une distance d'au moins 2mm entre la gencive marginale et la ligne muco-gingivale pour une stabilité du lambeau après sutures. Le traitement par LPC + GC reste le gold standard de la chirurgie muco-gingivale de recouvrement. En effet, Cortellini et Prato en 2012 comparent le LPC au LPC + GC. Ils concluent qu'on obtient de meilleurs résultats à court et long terme pour le recouvrement radiculaire et l'augmentation de tissu kératinisé. Ils insistent cependant sur le fait que l'ajout d'un greffon conjonctif rend la procédure plus invasive et nécessite que le praticien soit à l'aise avec le prélèvement palatin. Le LPC + GC est plutôt indiqué pour des parodontes fins et le LPC seul en cas de parodonte épais (64).

L'absence de tissu kératinisé apicalement à la lésion et une distance <2mm entre la gencive marginale et la ligne muco-gingivale oriente la thérapeutique chirurgicale vers le LPL, le LPL + GC, la technique de l'enveloppe ou la greffe épithélio-conjonctive. Les lambeaux placés latéralement sont réalisables si une quantité adjacente suffisante de tissu kératinisé est présente à la lésion et les résultats sont moins bons et moins prévisibles que pour les lambeaux déplacés coronairement ou la technique de l'enveloppe. La greffe épithélio-conjonctive est réservée pour des secteurs non esthétiques (63).

### 3.5.3.2. Récessions multiples

Toutes les techniques pour le traitement des récessions unitaires sont indiquées pour le traitement des récessions multiples. La technique du tunnel est cependant réservée au traitement des récessions multiples.

Parmi ces procédures chirurgicales, la littérature s'accorde sur le fait que le LPC + GC et la technique du tunnel d'obtenir des résultats prédictibles. Des articles ont comparé les résultats obtenus entre les deux techniques. Il n'y a pas de différence significative en termes de recouvrement, de gain de gencive kératinisée mais aussi esthétiquement et des douleurs post opératoires réduites.

Le LPC possède un recul clinique important de par son utilisation depuis de nombreuses années comparé à la technique du tunnel qui est plus récente et dont les études sont également très récentes (65–67).

#### **4. PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE**

##### **4.1. RESULTATS POST-OPERATOIRES**

###### **4.1.1. Cicatrisation**

À la suite de la chirurgie plastique parodontale, les conseils post-opératoires sont donnés à l'oral ainsi qu'à l'écrit au patient. Ces conseils permettent de mettre toutes les chances de notre côté pour que la cicatrisation se fasse dans les meilleures conditions. L'hygiène en post-opératoire est réalisée avec une brosse à dents ultra douce 6,5/100 ainsi qu'avec des bains de bouche de chlorexidine. Le tabac a normalement été déjà abordé lors de la maîtrise des facteurs favorisant mais il peut être nécessaire de rappeler des effets négatifs du tabac sur la cicatrisation et d'arrêter ou au moins de réduire sa consommation pendant 3 semaines postopératoires. L'alimentation est également adaptée et l'application de glace permet une réduction des douleurs suite à l'intervention.

La cicatrisation se fait en trois étapes :

- La première étape comprend l'inflammation et la formation au niveau du site d'un caillot sanguin riche en fibrine et fibronectine
- Se forme ensuite un tissu de granulation
- Ce tissu de granulation est ensuite remodelé pour former du tissu conjonctif

La cicatrisation superficielle épithéliale se fait plus rapidement qu'en profondeur et permet la mise en place d'une nouvelle jonction gingivo-dentaire. Elle prend environ 2 semaines et c'est à ce moment qu'on peut retirer les fils de suture. S'en suit le remodelage du tissu de granulation en tissu conjonctif qui constitue la maturation des tissus qui prend plusieurs mois.

La chirurgie par lambeaux déplacés, que ce soit par LPC ou LPL, abouti à sur la formation d'un long épithélium de jonction. Des études chez l'animal ont montré qu'une nouvelle attache est présente sur 40 à 50% du défaut recouvert. Une formation de nouveau tissu conjonctif ou osseux est signalée dans la littérature.

Les greffes gingivales et conjonctives enfouies permettent elles aussi la formation d'une nouvelle attache. Weng et al. ont dans leur étude montré chez le chien la formation de nouveau tissu conjonctif et osseux avec une greffe de conjonctif enfoui (68).

Que ce soit pour les lambeaux déplacés, les greffes gingivales ou les greffes de conjonctif, une migration de de la gencive marginale peut s'effectuer dans les mois suivants l'intervention, il s'agit d'une attache rampante. Les mécanismes engendrant cette migration ne sont pas tout à fait encore identifiés. Cependant cette attache permet, selon la technique utilisée, de gagner en recouvrement et parfois de passer d'un recouvrement partiel à un recouvrement total.

Trombelli et al. dans leur étude montre que l'augmentation de tissu kératinisé après une chirurgie parodontale est due à trois facteurs :

- La différenciation tissulaire induite par le tissu conjonctif
- La spécialisation intrinsèque dans les cellules basales de l'épithélium
- Le retour de la ligne muco-gingivale à sa position génétique

L'augmentation de tissu kératinisé est plus ou moins importante pour les techniques de lambeaux, de greffe gingivales ou greffes de conjonctif (69–71).

#### 4.1.2. Intégration esthétique

Le facteur esthétique est un des motifs de consultation les plus récurrents. Le recouvrement radiculaire complet peut être considéré comme un succès esthétique et la persistance de l'exposition d'une partie de la racine comme un échec par le patient. Des objectifs de pourcentage de recouvrement doivent avoir été présentés au patient pour éviter une déception par rapport au résultat.

Cairo et al. ont établi une liste de variables, plus exhaustive que simplement le recouvrement, à déterminer pour confirmer l'intégration esthétique complète de notre thérapeutique chirurgicale (72). Cette évaluation se fait une fois la maturation des tissus mous terminée, environ 6 mois après la chirurgie parodontale. Le score esthétique de recouvrement radiculaire (RES) comprend 5 paramètres à évaluer qui sont :

- Le recouvrement radiculaire
- Le contour des tissus marginaux
- La couleur de la gencive
- La texture des tissus mous
- La position de la ligne muco-gingivale

Chaque paramètre permet d'attribuer un certain nombre de points qu'on additionne pour obtenir un total sur 10 qui permet de juger de l'intégration esthétique de la zone traitée (Tableau 6).

Détermination du score esthétique de recouvrement radiculaire (RES)	
Variables	Points
Recouvrement radiculaire : sur 6 points	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gencive marginale est au même niveau ou apicale à la récession de base : 0 point</li> <li>• La gencive marginale est apicale à la jonction émail-cément, le recouvrement est donc partiel : 3 points</li> <li>• La gencive marginale atteint ou recouvre la jonction émail-cément, le résultat est complet : 6 points</li> </ul>
Contour des tissus gingivaux : sur 1 point	Le profil de la gencive marginale est régulier : 1 point

Couleur de la gencive : sur 1 point	Il y a une correspondance des couleurs de gencive aux tissus adjacents : 1 point
Texture des tissus mous : sur 1 point	La texture des tissus mous est comparable aux tissus adjacents, il n'y a pas de cicatrice : 1 point
Position de la ligne muco-gingivale : sur 1 point	La position de la ligne muco-gingivale est alignée aux tissus adjacents : 1 point
Total sur 10 points	

Tableau 6 : Détermination du score esthétique de recouvrement radiculaire (RES) selon Cairo et al. (72)

Dans leur étude, Pini Prato et al confirment que le recouvrement radiculaire ne peut être garant à lui seul de la réussite esthétique d'une chirurgie plastique parodontale. En effet, 35% des récessions traitées de l'étude ont bénéficié d'un recouvrement complet et 11% seulement avec un score RES de 10. Ces résultats confirment que les autres variables sont décisives dans l'intégration esthétique. Les récessions unitaires ou multiples traitées par LPC avec ou sans greffe de conjonctif montrent les meilleurs scores RES contrairement aux greffes épithélio-conjonctives avec de mauvais scores (42).

#### 4.1.3. Complications et échecs

Les complications, que ce soit pendant la chirurgie ou en postopératoire, peuvent survenir et le patient doit en être informé. Il est important pour rassurer le patient que ces complications soient maîtrisées par le praticien.

Les complications locales peropératoires sont principalement le saignement et des erreurs techniques. Elles voient leur probabilité augmenter en cas de chirurgie longue et dans les zones postérieures. Une hémorragie pendant l'intervention peut être due à un trouble de l'hémostase (prise d'anticoagulants, hypertension artérielle...) non détectée durant l'anamnèse ou bien à la section d'une branche de l'artère palatine lors d'un prélèvement. Il faudra donc recourir à des moyens d'hémostase mécaniques, locaux et topiques pour gérer cette complication. Les erreurs techniques possibles



sont de mauvais tracés d'incision, une erreur de prélèvement tissulaire, une mauvaise manipulation des tissus ou une déchirure des tissus.

Les complications locales postopératoires les plus courantes sont :

- Les complications hémorragiques dues à un déplacement ou une mauvaise formation du caillot sanguin
- Douleurs
- Une hyperesthésie dentinaire à la suite de la préparation de la surface radiculaire
- Des modifications tissulaires inesthétiques : anomalies de volume, de surface, de teinte et la présence de cicatrices

Dans tous les cas, le patient doit être informé si des complications surviennent. Ces dernières peuvent être évitées grâce à une anamnèse complète, le respect de la séquence thérapeutique, la maîtrise des techniques chirurgicales et la compréhension et l'application des conseils et prescriptions médicamenteuses postopératoires.

Les échecs d'une chirurgie plastique parodontale peuvent être des échecs à cause d'une nécrose partielle ou complète du greffon ou des échecs esthétiques. Les causes étiologiques de la nécrose sont entre autres un mauvais apport vasculaire, la présence de tissu adipeux en trop grande quantité, une mauvaise adhésion du caillot à la surface radiculaire ou une immunodépression non détectée. Le résultat esthétique doit être évalué à l'aide du score RES établi par Cairo. En cas de score RES non satisfaisant (<7), l'échec esthétique peut être constaté (72). Les analyses des causes de l'échec doivent être expliquées au patient qui avait néanmoins été prévenu du pourcentage de recouvrement possible en amont. Si le recouvrement radiculaire n'atteint pas la LMR prévue, on peut envisager de ré-intervenir. Un recouvrement radiculaire insuffisant nécessite une nouvelle chirurgie parodontale alors que lorsqu'il s'agit par exemple de reprendre le contour des tissus marginaux, cela peut être effectué à l'aide d'une lame 15C. La cicatrisation des tissus mous doit être terminée avant de recourir à une nouvelle chirurgie plastique parodontale environ 3 mois après (73,74).

## 4.2. MAINTENANCE

La maintenance parodontale conditionne les résultats de nos techniques à long terme. Le principal objectif de cette maintenance est de prévenir le risque de récurrences. À court terme, les conseils postopératoires doivent être scrupuleusement respectés et à moyen et long terme le contrôle des facteurs déclencheurs doit être maintenu. En effet, même la meilleure chirurgie plastique parodontale ne résistera pas au retour d'un brossage traumatique quelques semaines après l'intervention.

L'efficacité de la maintenance parodontale a été démontrée dans une étude suédoise sur le long terme. Deux groupes sont constitués, l'un avec un suivi régulier et l'autre sans suivi. À la fin de l'étude, on a constaté que la perte d'attache et la présence de caries étaient plus importantes chez les patients n'ayant pas de suivi.

Il s'agit donc de réaliser des séances de maintenance dont la périodicité est à adapter en fonction de chaque cas et de ses propres risques. Un patient avec des antécédents de brossage traumatique sévère ou de tabagisme sera un patient à revoir plus régulièrement par exemple. Ces séances consistent à réaliser un nouvel examen clinique et parodontal, prendre des photographies, confirmer avec le patient que les facteurs déclencheurs ne sont plus présents et constater ou non de la présence de récurrences (75).

## 4.3. RECIDIVES

Une récurrence est une récession gingivale qui se forme à nouveau alors qu'un traitement chirurgical avait été entrepris pour la traiter. Les récurrences sont possibles en cas de facteurs déclencheurs (hygiène, brossage traumatique, tabac...) non maîtrisés sur le long terme et si la maintenance n'est pas effectuée. Toute la séquence thérapeutique devra être recommencée en considérant cette récurrence comme une nouvelle récession. Cependant les récurrences sont rares et les résultats après chirurgie plastique parodontale sont stables dans le temps si les facteurs déclencheurs sont maîtrisés (76,77).

## **5. RESUME DE LA SEQUENCE THERAPEUTIQUE DE TRAITEMENT A L'AIDE D'ARBRES DECISIONNELS ET ILLUSTRATION AU TRAVERS D'UN CAS CLINIQUE**

### **5.1. SEQUENCE THERAPEUTIQUE**

La séquence thérapeutique de traitement peut être illustrée à l'aide d'arbres thérapeutiques qui permettent aux praticiens de traiter efficacement les récessions gingivales mais aussi de façon prédictible (Figure 26, 27, 28, 29 et 30).

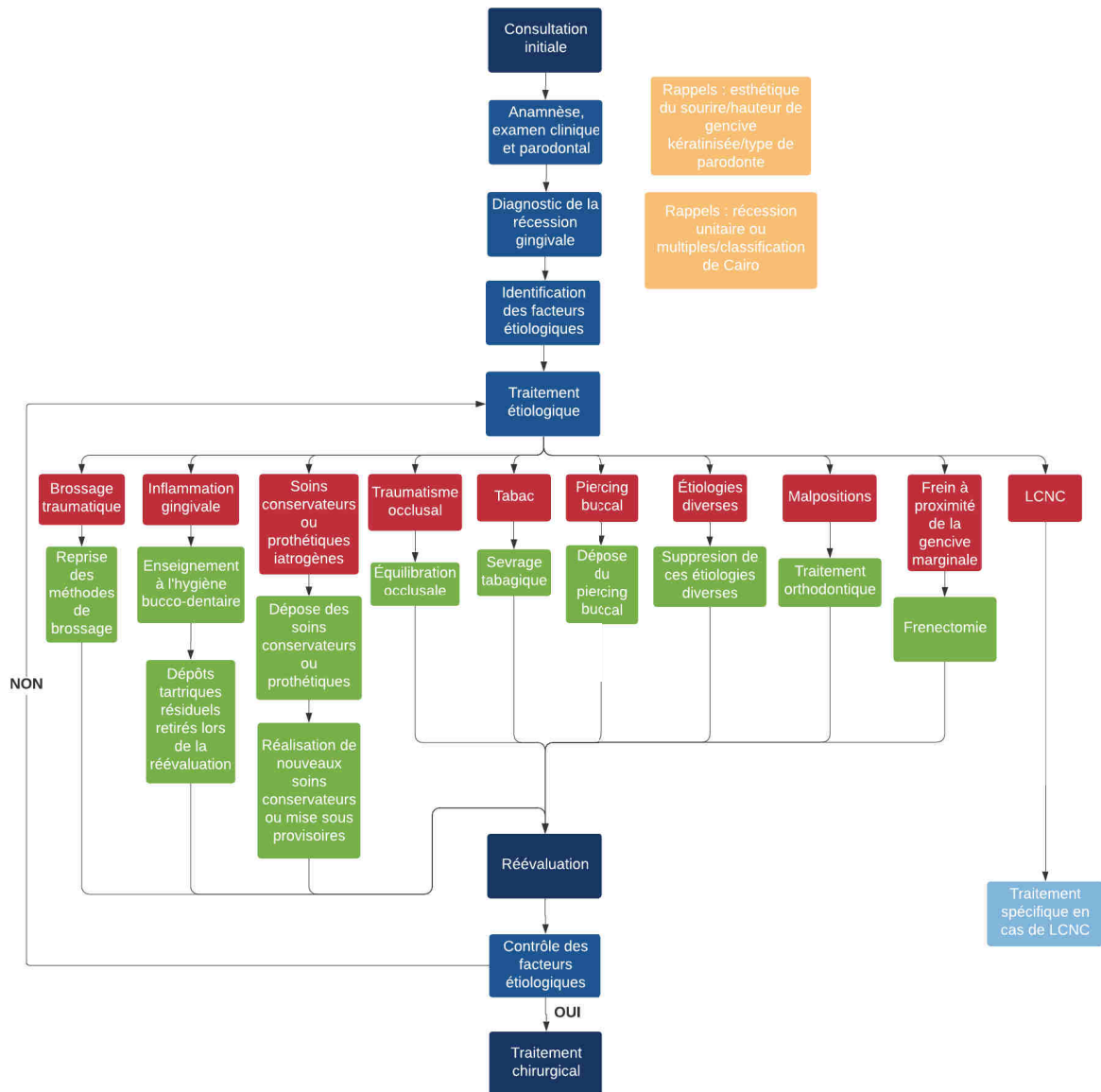


Figure 26 : Arbre décisionnel de traitement pour la prise en charge pré-chirurgicale des récessions gingivales

Rappels des contre-indications : facteurs déclencheurs non maîtrisés, récession de classe IV de Miller ou RT3 de Cairo, contre-indications médicales, parodontite active, autres contre-indications

Rappels des indications : demande esthétique, hypersensibilités dentinaires, lésion évolutive, préparation pré-prothétique ou implantaire, orthodontie

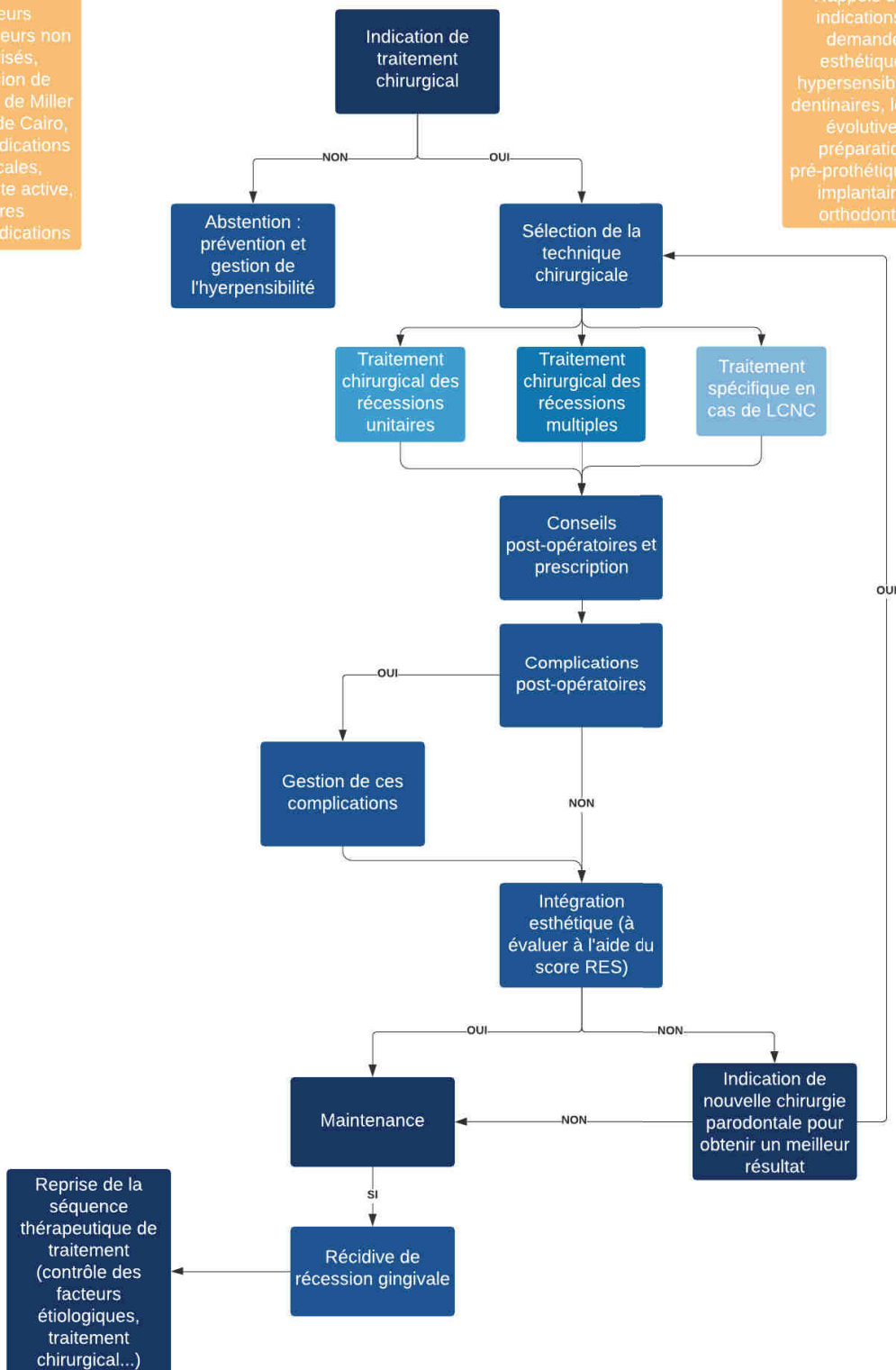


Figure 27 : Arbre décisionnel de traitement pour la prise en charge chirurgicale et post-chirurgicale des récessions gingivales

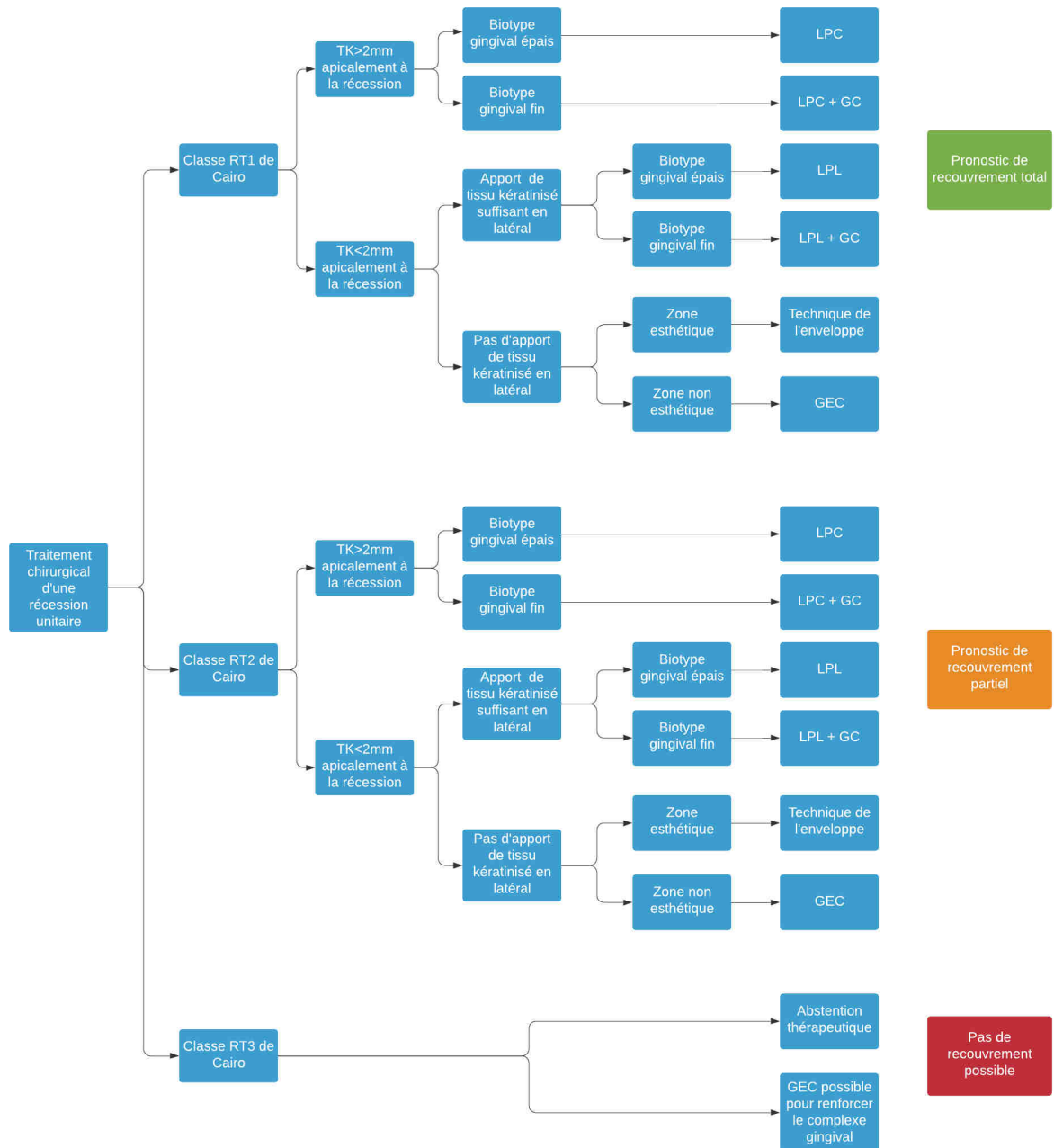


Figure 28 : Sélection de la technique chirurgicale pour le traitement d'une récession unitaire

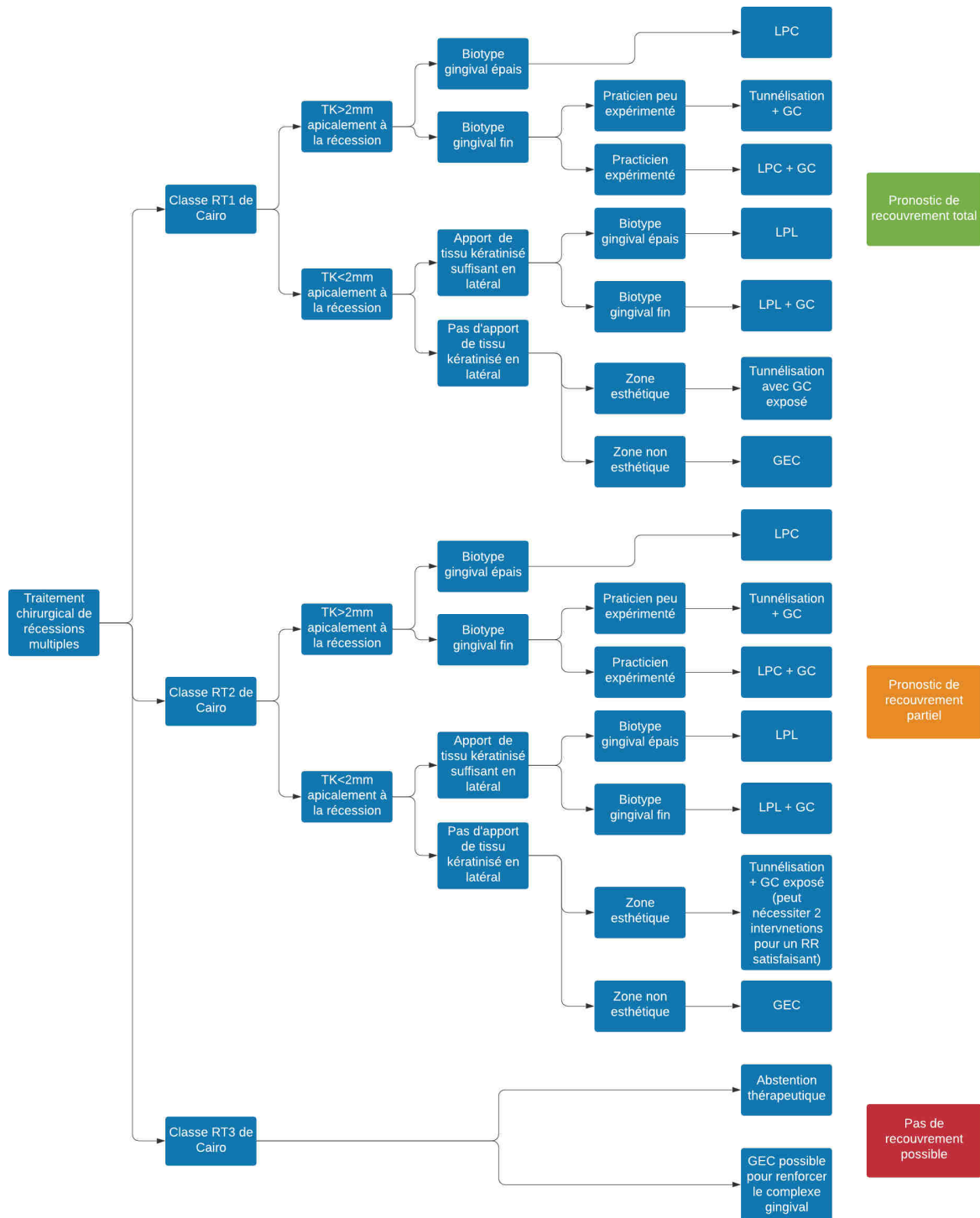


Figure 29 : Sélection de la technique chirurgicale pour le traitement de récessions multiples

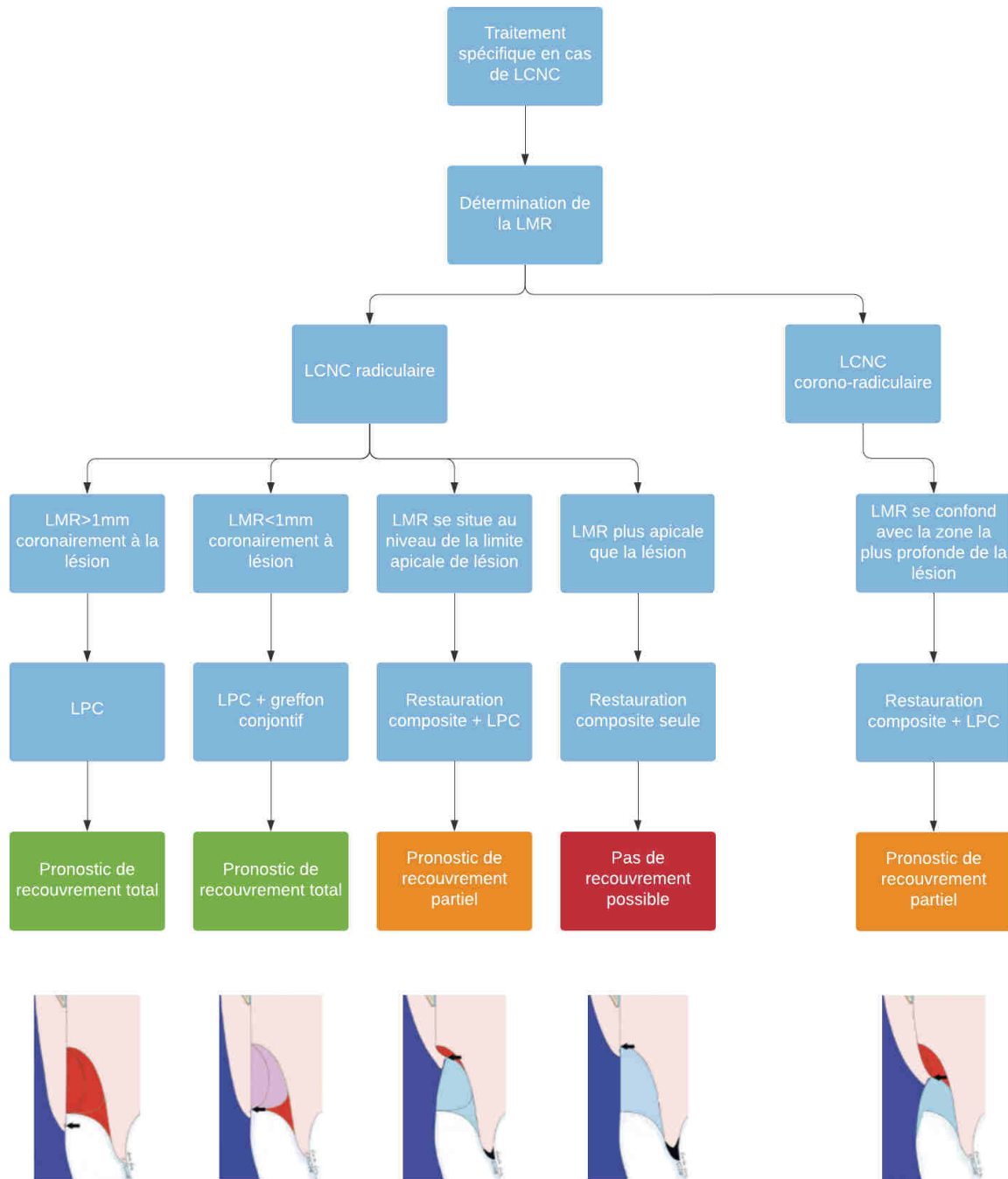


Figure 30 : Sélection de la technique chirurgicale selon Zuchelli et al. pour le traitement de récessions gingivales associées à des LCNC (41)

## 5.2. CAS CLINIQUE DE TRAITEMENT D'UNE RECESSION GINGIVALE

Ce cas clinique de traitement d'une récession gingivale illustrant la séquence thérapeutique a été réalisé par le Dr. Ingenbleek.



Il s'agit d'une patiente jeune de 30 ans adressée par son orthodontiste pour prise en charge de la récession gingivale. Elle n'a pas de douleur mais a des difficultés à maintenir une hygiène correcte au niveau de la lésion et des malpositions.

#### 5.2.1. Consultation initiale

Lors de la consultation initiale, l'anamnèse, l'examen clinique et parodontal sont réalisés. Le diagnostic est réalisé et on constate chez cette patiente une récession gingivale vestibulaire au niveau de 31. De la plaque bactérienne ainsi que des dépôts tartriques sont présents au niveau de celle-ci. Des malpositions des incisives mandibulaires sont présentes résultant en un encombrement. Le frein labial inférieur est à proximité de la récession (Figure 31).



Figure 31 : Situation lors de la consultation initiale (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

Cette récession est une récession unitaire de la classe RT2 de Cairo. Le patient a été informé qu'il pouvait ne s'agir que d'un recouvrement partiel en cas de chirurgie. Il est possible d'identifier des facteurs de prédisposition qui sont un parodonte fin, des malpositions des incisives mandibulaires et un frein labial inférieur à proximité exerçant une tension. La position vestibulaire de 31 entraîne un manque de tissu kératinisé ainsi

qu'un défaut osseux. Le facteur déclencheur est l'inflammation gingivale causée par la plaque bactérienne visible à l'œil nu ainsi que des dépôts tartriques.

### 5.2.2. Traitement étiologique

Les facteurs de prédisposition et déclencheurs sont présentés à la patiente.

Il est d'abord expliqué que les malpositions doivent être corrigées pour permettre de traiter au mieux la récession et d'obtenir les meilleurs résultats. Les incisives doivent être replacées dans le rempart osseux alvéolaire. Il peut s'en suivre une réduction de la récession permettant un pronostic de recouvrement plus important par la suite.

L'inflammation gingivale présente est supprimée en réalisant un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire rigoureux et à des méthodes de brossage reprises avec la patiente. Le passage à la brosse à dents électrique peut être indiquée car elle permet un meilleur contrôle de plaque. Une bonne hygiène permettra une suppression de l'inflammation et une gencive plus saine et prête à la chirurgie.

Le frein labial inférieur à proximité, exerçant une tension, constitue un facteur de prédisposition pour la récession gingivale mais aussi un facteur de risque pour la chirurgie. La patiente est donc informée qu'une frénectomie sera réalisée lors de la chirurgie.

Une fois l'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire réalisé, la patiente est adressée chez un orthodontiste. Un traitement orthodontique par gouttières et un traitement orthodontique par multi-attaches en céramique sont proposées. La patiente s'est orientée vers le traitement par multi-attaches (Figure 32).

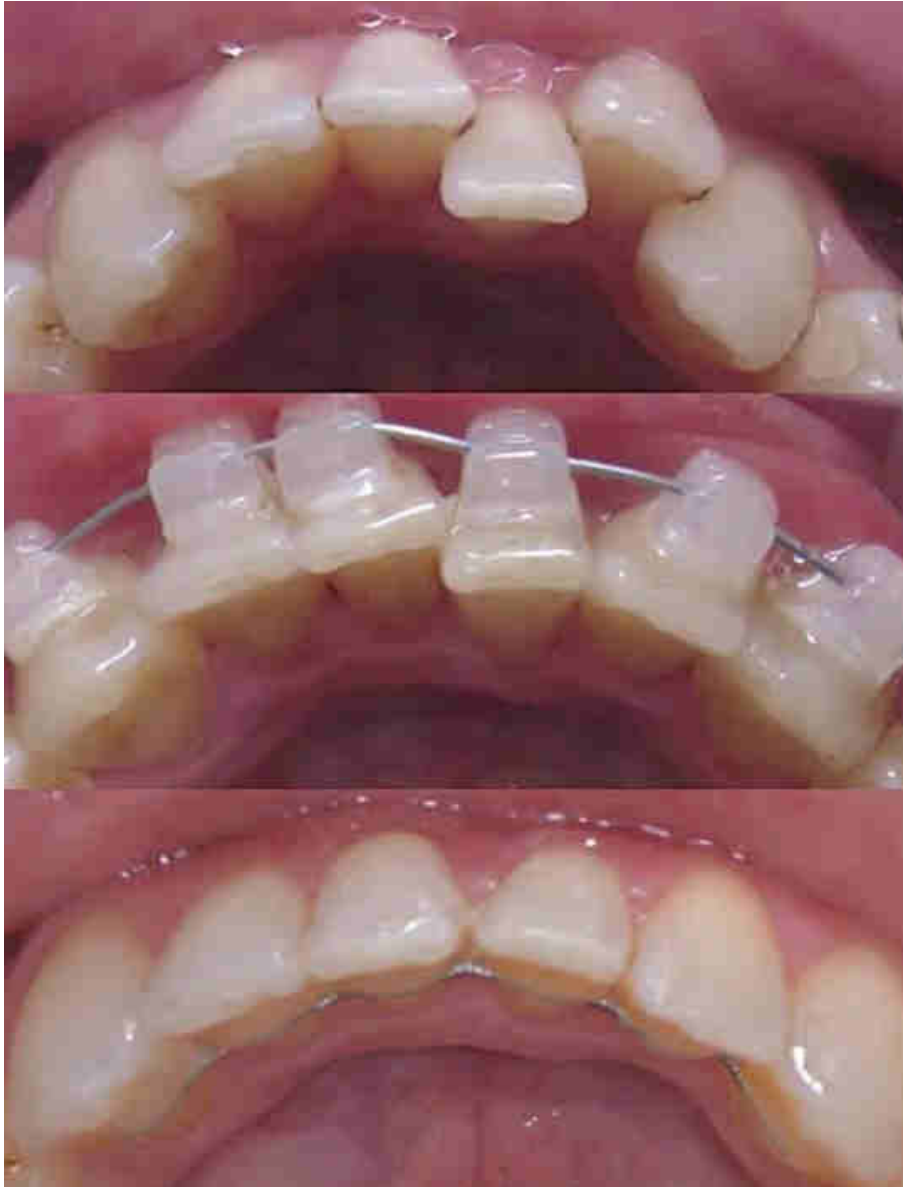


Figure 32 : Traitement orthodontique par multi-attaches en céramique réalisé par le Dr. Ursat (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

### 5.2.3. Réévaluation

La réévaluation est programmée après le traitement étiologique réalisé (Figure 33).



Figure 33 : Situation après traitement étiologique (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

Le traitement orthodontique a rempli ses objectifs et a permis de replacer les incisives dans le rempart osseux alvéolaire, permettant d'améliorer le pronostic pour la chirurgie et de stabiliser le complexe muco-gingivale à long terme.

On constate aussi que l'inflammation gingivale n'est plus présente et que l'indice de plaque est maintenant satisfaisant. L'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire a été compris et appliqué par la patiente.

La situation permet maintenant de discuter avec la patiente d'une indication possible à une chirurgie muco-gingivale. Les dépôts tartriques éventuels résiduels sont retirés à ce moment-là.

#### 5.2.4. Traitement chirurgical

N'ayant pas d'antécédents médicaux et ayant contrôlé le facteur déclencheur, une indication de traitement chirurgical peut être posée pour traiter cette récession unitaire sur 31. L'absence en quantité suffisante de tissu kératinisé apicalement à la lésion, le biotype gingival fin a orienté le praticien vers la technique de l'enveloppe avec un greffon conjonctif qui sera partiellement exposé. L'avantage est l'absence d'incisions

de décharge. Malgré la récession de classe RT2, la détermination de la LMR indique qu'un recouvrement presque total pourrait être obtenu. L'expérience du praticien ainsi que les meilleurs résultats attendus par cette technique comparé au LPL ont confirmé son choix (Figure 34).



Figure 34 : Résultats post-opératoires à 4,5 mois (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

La technique de l'enveloppe avec un greffon conjonctif a permis de traiter de façon optimale cette récession. Les objectifs du traitement, qui sont le recouvrement complet ainsi que l'augmentation de gencive kératinisée, ont été atteints. Le recouvrement a été suffisant et il n'est pas nécessaire de réintervenir. La patiente était très satisfaite du résultat et était demandeuse d'un éclaircissement qui a été réalisé 1 an après la chirurgie.

#### 5.2.5. Maintenance

Des contrôles ont été réalisés régulièrement pour vérifier le contrôle à long terme des facteurs déclencheurs. Le suivi à un an et demi a prouvé l'efficacité de la technique mais aussi que l'application de la séquence thérapeutique permet des résultats prédictibles et pérennes (Figure 35).



Figure 35 : Situation pré-opératoire et post-opératoire à un an et demi (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)

## CONCLUSIONS

Ces dernières années, la prévalence des récessions gingivales ne cesse de progresser. Les patients conscients de leur problème gingival sont nombreux à consulter à la recherche d'une solution que ce soit pour des motifs esthétiques ou de sensibilités. Lorsque celles-ci sont associées avec une lésion d'usure, il peut être tentant de recouvrir le tout par une restauration composite mais cela peut s'avérer plus délétère que l'abstention. Afin de proposer une solution thérapeutique adaptée au patient, il est important de classer la lésion à l'aide des classifications permettant de juger de sa sévérité ainsi que du pronostic de recouvrement.

Les techniques de chirurgie muco-gingivale sont nombreuses et sont en perpétuel renouvellement, ce qui permet parfois d'élargir les indications et de traiter des récessions de classe III de Miller ou même IV dans certains cas. Bien que le LPC + GC reste le gold standard pour le traitement des récessions, un LPC seul peut aussi être indiqué en présence de parodonte épais et permet d'éviter un prélèvement palatin ainsi que des suites-opératoires inutiles pour le patient. Chaque technique possède ses indications propres et il est nécessaire de les connaître.

En effet, le passage à la chirurgie n'est possible que si les facteurs déclencheurs ont été résolus par le praticien et contrôlés par le patient. Cela peut prendre plusieurs mois avant de supprimer ces facteurs. Il peut être difficile pour le patient d'envisager qu'un brossage traumatique peut être à l'origine de ces lésions ou tout simplement de modifier des habitudes de brossage bien ancrées.

Les traitements sont multiples et propres à chaque cas. Néanmoins, au travers de cette revue bibliographique, nous avons souhaité systématiser la prise en charge de ces récessions à l'aide d'arbres décisionnels.

Une séquence thérapeutique claire et standardisée permet de traiter au mieux ces récessions gingivales et d'obtenir des résultats prédictibles. Le bon suivi de cette séquence, par le contrôle des facteurs déclencheurs en amont mais aussi par la maintenance, permet d'éviter des récurrences de récessions gingivales auquel cas tout serait à reprendre.

L'arbre décisionnel pour le traitement des récessions gingivales ne cesse de s'agrandir grâce à l'arrivée de nouvelles techniques mais aussi grâce aux biomatériaux qui permettent d'éviter certaines complications et suites post-opératoires. Il est cependant essentiel de rester fidèle à la séquence thérapeutique et aux techniques chirurgicales ayant un recul clinique suffisant.



## SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : PICHON Martin

Titre de la thèse : Prise en charge des récessions gingivales : quelle séquence thérapeutique ?

Directeur de thèse : Professeur Olivier HUCK

VU  
Strasbourg, le 21.9.21  
Le Président du Jury,  
  
Pr François CLAUSS  
Département de Chirurgie de la Bucco-Denture  
Doyen  
Assises Supérieures de la Denture  
CDDE Strasbourg  
Professeur F. CLAUSS

VU  
Strasbourg, le : 28 SEP. 2021  
Le Doyen de la Faculté  
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,  
  
Professeur C. TADDEI-GROSS

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Récession gingivale unitaire localisée sur l'incisive centrale mandibulaire (3)	7
Figure 2 : Récessions gingivales multiples au niveau des incisives maxillaires causées par un brossage traumatique (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)	10
Figure 3 : Récessions gingivales au niveau des incisives centrales mandibulaires causées par le piercing buccal (15)	12
Figure 4 : Classification de Benque et al. (25)	17
Figure 5 : Représentation schématique de la classification de Miller (24)	18
Figure 6 : a) Une récession vestibulaire au niveau de la canine maxillaire gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 3mm c) La limite amélo-cémentaire interproximale n'est pas détectable : le diagnostic est une récession de type RT1 (26)	19
Figure 7 : a) Une récession vestibulaire au niveau de la canine maxillaire gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 4mm c) Le niveau de perte d'attache proximale est de 3mm : le diagnostic est une récession de type (26)	20
Figure 8 : a) Une récession vestibulaire au niveau de l'incisive latérale gauche b) Le niveau de perte d'attache clinique vestibulaire est de 6mm c) Le niveau de perte d'attache interproximale est de 8mm : le diagnostic est une récession de type RT3 (26)	20
Figure 9 : Pourcentage de récession gingivale par dent en fonction du type de dent et de l'âge (27)	21
Figure 10 : Fentes débutantes au niveau de 11 et 21 dues au piercing buccal (Courtoisie du Dr. Wagner : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département d'orthopédie dento-faciale)	22
Figure 11 : La fente de Stillman (29)	22
Figure 12 : Schéma de l'épithélium parodontal (34)	25
Figure 13 : Récession unitaire vestibulaire au niveau de 31 due à l'inflammation gingivale ainsi qu'une interférence occlusale (3)	27
Figure 14 : Récessions multiples vestibulaires au niveau du secteur 20 associées avec des lésions cervicales non carieuses (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)	27
Figure 15 : Association d'une récession gingivale et d'une lésion cervicale d'usure sur la 23 (39)	30

Figure 16 : Incisive centrale gauche positionnée en dehors du rempart osseux alvéolaire présentant une récession gingivale (43) .....	34
Figure 17 : A) La racine de l'incisive centrale mandibulaire gauche est positionnée en dehors du rempart osseux alvéolaire et présente une récession gingivale B) Début du traitement orthodontique pour repositionner la dent dans le rempart osseux alvéolaire C) La récession a considérablement été réduite à la fin du traitement orthodontique ce qui permet un meilleur pronostic de recouvrement pour la chirurgie D) 5 mois après la chirurgie muco-gingivale (43) .....	35
Figure 18 : a) Présence de dépôts de biofilm rendant les tissus inflammatoires et contribuant à l'aggravation des récessions multiples b) Situation 15 jours après instructions et motivation à l'hygiène orale. Les dépôts bactériens ainsi que l'inflammation ont sensiblement diminué. Les dépôts tartriques seront ensuite éliminés par traitement ultrasoniques (31).....	38
Figure 19 : a) L'incisive latérale montre une récession de classe IV de Miller avec la perte de la papille en distal b) La radiographie montre une perte osseuse proximale importante entre l'incisive latérale et la canine (49).....	41
Figure 20 : Méthode pour déterminer la LMR (40) .....	43
Figure 21 : Lambeau positionné latéralement (50).....	44
Figure 22 : Lambeau déplacé coronairement (52) .....	46
Figure 23 : Greffe épithélio-gingivale réalisée pour traiter les récessions de 31 et 41, on constate l'aspect de "rustine" (Courtoisie du Pr. Huck : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département de parodontologie, dans le cadre du diplôme universitaire de parodontologie).....	48
Figure 24 : Greffe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement réalisée pour traiter la récession au niveau de 43 (Courtoisie du Pr. Huck : patient suivi au Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, département de parodontologie, dans le cadre du diplôme universitaire de parodontologie) .....	50
Figure 25 : a) État initial b) Projections de la LMR c) 6 mois après cicatrisation de la greffe par technique du tunnel (40) .....	53
Figure 26 : Arbre décisionnel de traitement pour la prise en charge pré-chirurgicale des récessions gingivales.....	63
Figure 27 : Arbre décisionnel de traitement pour la prise en charge chirurgicale et post-chirurgicale des récessions gingivales .....	64

Figure 28 : Sélection de la technique chirurgicale pour le traitement d'une récession unitaire .....	65
Figure 29 : Sélection de la technique chirurgicale pour le traitement de récessions multiples .....	66
Figure 30 : Sélection de la technique chirurgicale selon Zuchelli et al. pour le traitement de récessions gingivales associées à des LCNC (41) .....	67
Figure 31 : Situation lors de la consultation initiale (Courtoisie du Dr. Ingenbleek) ..	68
Figure 32 : Traitement orthodontique par multi-attaches en céramique réalisé par le Dr. Ursat (Courtoisie du Dr. Ingenbleek) .....	70
Figure 33 : Situation après traitement étiologique (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)....	71
Figure 34 : Résultats post-opératoires à 4,5 mois (Courtoisie du Dr. Ingenbleek)....	72
Figure 35 : Situation pré-opératoire et post-opératoire à un an et demi (Courtoisie du Dr. Ingenbleek).....	73
Tableau 1 : Facteurs prédisposants et étiologiques de la récession gingivale.....	13
Tableau 2 : Dimensions de la gencive.....	25
Tableau 3 : Classification des LCNC selon Pino Prato et al. (39) .....	31
Tableau 4 : Situations anatomiques et solutions thérapeutique des LCNC associées à des récessions gingivales proposées par Zucchelli et al. (41) .....	33
Tableau 5 : Indications de traitement chirurgical des récessions gingivales .....	40
Tableau 6 : Détermination du score esthétique de recouvrement radiculaire (RES) selon Cairo et al. (72) .....	59

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dominiak M, Gedrange T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ.* déc 2014;23(6):857-63.
2. Tavelli L, Barootchi S, Nguyen TVN, Tattan M, Ravidà A, Wang H-L. Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2018;89(9):1075-90.
3. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dent Press J Orthod.* 2016;21(3):18-29.
4. Borghetti A, Monnet-Corti V. *Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire.* 3ème édition. CDP; 2017. 557 p. (JPIO).
5. Bernimoulin J-P, Curilović Z. Gingival recession and tooth mobility. *J Clin Periodontol.* 1977;4(2):107-14.
6. Rodier P. [Clinical research on the etiopathology of gingival recession]. *J Parodontol.* sept 1990;9(3):227-34.
7. Tenenbaum H. A clinical study comparing the width of attached gingiva and the prevalence of gingival recessions. *J Clin Periodontol.* janv 1982;9(1):86-92.
8. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol.* août 1967;38(4):316-22.
9. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival Recession in Relation to History of Hard Toothbrush Use. *J Periodontol.* 1993;64(9):900-5.
10. Guinard EA, Caffesse RG. Localized gingival recessions: 1. Etiology and prevalence. *J West Soc Periodontol Abstr.* 1977;25(1):3-9.
11. Gunsolley JC, Quinn SM, Tew J, Gooss CM, Brooks CN, Schenkein HA. The effect of smoking on individuals with minimal periodontal destruction. *J Periodontol.* févr 1998;69(2):165-70.
12. Foushee DG, Moriarty JD, Simpson DM. Effects of mandibular orthognathic treatment on mucogingival tissues. *J Periodontol.* déc 1985;56(12):727-33.
13. Steiner GG, Pearson JK, Ainamo J. Changes of the marginal periodontium as a result of labial tooth movement in monkeys. *J Periodontol.* juin 1981;52(6):314-20.
14. Sardella A, Pedrinazzi M, Bez C, Lodi G, Carrassi A. Labial piercing resulting in gingival recession. A case series. *J Clin Periodontol.* oct 2002;29(10):961-3.
15. Leichter JW, Monteith BD. Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol.* févr

2006;22(1):7-13.

16. Covello F, Salerno C, Giovannini V, Corridore D, Ottolenghi L, Voza I. Piercing and Oral Health: A Study on the Knowledge of Risks and Complications. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2020;17(2):613.
17. Ericsson I, Lindhe J. Recession in sites with inadequate width of the keratinized gingiva. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol*. févr 1984;11(2):95-103.
18. Rawal SY, Claman LJ, Kalmar JR, Tatakis DN. Traumatic lesions of the gingiva: a case series. *J Periodontol*. mai 2004;75(5):762-9.
19. Novaes AB, Ruben MP, Kon S, Goldman HM, Novaes AB. The development of the periodontal cleft. A clinical and histopathologic study. *J Periodontol*. déc 1975;46(12):701-9.
20. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol*. nov 1976;3(4):208-19.
21. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession—its significance and management. *J Dent*. 1 août 2001;29(6):381-94.
22. Addy M, West N. Etiology, mechanisms, and management of dentine hypersensitivity. *Curr Opin Periodontol*. 1994;71-7.
23. Addy M. Tooth brushing, tooth wear and dentine hypersensitivity--are they associated? *Int Dent J*. 2005;55(4 Suppl 1):261-7.
24. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. *Indian J Dent Res*. 3 janv 2018;29(2):233.
25. Ravipudi S, Appukuttan D, Prakash PSG, Victor DJ. Gingival Recession: Short Literature Review on Etiology, Classifications and Various Treatment Options. *J Pharm Sci*. 2017;9:6.
26. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011;38(7):661-6.
27. Albandar JM, Kingman A. Gingival Recession, Gingival Bleeding, and Dental Calculus in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol*. 1999;70(1):30-43.
28. Merijohn GK. Management and prevention of gingival recession. *Periodontol* 2000. 2016;71(1):228-42.
29. Cassini MA, Cerroni L, Ferlosio A, Orlandi A, Pilloni A. The gingival Stillman's clefts: histopathology and cellular characteristics. *Ann Stomatol (Roma)*. déc 2015;6(3-4):100-3.

30. Nieri M, Pini Prato GP, Giani M, Magnani N, Pagliaro U, Rotundo R, et al. Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment. *J Clin Periodontol.* juill 2013;40(7):707-12.
31. Petit C, Nguyen A, Davideau J-L, Huck O. Technique du tunnel et traitement des récessions tissulaires multiples. 2018;8.
32. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent.* janv 1984;51(1):24-8.
33. Ahmad I. Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles. *Pract Periodontics Aesthetic Dent PPAD.* sept 1998;10(7):813-22; quiz 824.
34. Maynard JG, Wilson RDK. Physiologic Dimensions of the Periodontium Significant to the Restorative Dentist. *J Periodontol.* 1979;50(4):170-4.
35. Maynard JG, Wilson RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dent Clin North Am.* oct 1980;24(4):683-703.
36. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Periodontol.* juin 2018;89 Suppl 1:S46-73.
37. Acunzo R, Limiroli E, Pagni G, Dudaite A, Consonni D, Rasperini G. Gingival Margin Stability After Mucogingival Plastic Surgery. The Effect of Manual Versus Powered Toothbrushing: A Randomized Clinical Trial. *J Periodontol.* oct 2016;87(10):1186-94.
38. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. The influence of tobacco smoking on the outcomes achieved by root-coverage procedures: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 1939. mars 2009;140(3):294-306.
39. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol.* juin 2010;81(6):885-90.
40. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol.* avr 2006;77(4):714-21.
41. Zucchelli G, Gori G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, et al. Non-Carious Cervical Lesions Associated With Gingival Recessions: A Decision-Making Process. *J Periodontol.* 2011;82(12):1713-24.
42. Pini-Prato G, Cairo F, Nieri M, Rotundo R, Franceschi D. Esthetic evaluation of root coverage outcomes: a case series study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* déc 2011;31(6):603-10.
43. Laursen MG, Rylev M, Melsen B. The role of orthodontics in the repair of gingival recessions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1 janv 2020;157(1):29-34.

44. Machado AW, MacGinnis M, Damis L, Moon W. Spontaneous improvement of gingival recession after correction of tooth positioning. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1 juin 2014;145(6):828-35.
45. Bork KC, Weiler JE. Frenum reduction as a treatment for periodontal atrophy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* avr 1958;11(4):370-5.
46. Canadian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *J Can Dent Assoc.* avr 2003;69(4):221-6.
47. Freedman AL, Salkin LM, Stein MD, Green K. A 10-year longitudinal study of untreated mucogingival defects. *J Periodontol.* févr 1992;63(2):71-2.
48. Fourel J. Gingival reattachment on carious tooth surfaces. A 4-year follow-up. *J Clin Periodontol.* juill 1982;9(4):285-9.
49. Zucchelli G, Mazzotti C, Tirone F, Mele M, Bellone P, Mounssif I. The connective tissue graft wall technique and enamel matrix derivative to improve root coverage and clinical attachment levels in Miller Class IV gingival recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* oct 2014;34(5):601-9.
50. Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. *J Periodontol.* déc 2004;75(12):1734-41.
51. Santana RB, Furtado MB, Mattos CML, de Mello Fonseca E, Dibart S. Clinical evaluation of single-stage advanced versus rotated flaps in the treatment of gingival recessions. *J Periodontol.* avr 2010;81(4):485-92.
52. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol.* sept 2000;71(9):1506-14.
53. Allen EP, Miller PD. Coronal positioning of existing gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J Periodontol.* juin 1989;60(6):316-9.
54. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol.* nov 1996;1(1):671-701.
55. Tolmie PN, Rubins RP, Buck GS, Vagianos V, Lanz JC. The predictability of root coverage by way of free gingival autografts and citric acid application: an evaluation by multiple clinicians. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1991;11(4):261-71.
56. 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.* avr 2014;41 Suppl 15:S44-62.
57. Miller PD. Root coverage using the free soft tissue autograft following citric acid



- application. III. A successful and predictable procedure in areas of deep-wide recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):14-37.
58. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol.* déc 1985;56(12):715-20.
59. Nelson SW. The Subpedicle Connective Tissue Graft. *J Periodontol.* 1987;58(2):95-102.
60. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the « envelope » technique. *J Periodontol.* juill 1985;56(7):397-402.
61. Tözüm TF. A promising periodontal procedure for the treatment of adjacent gingival recession defects. *J Can Dent Assoc.* mars 2003;69(3):155-9.
62. Aroca S, Keglevich T, Nikolidakis D, Gera I, Nagy K, Azzi R, et al. Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *J Clin Periodontol.* janv 2010;37(1):88-97.
63. Rasperini G, Acunzo R, Limiroli E. Decision Making in Gingival Recession Treatment: Scientific Evidence and Clinical Experience. *Clin Adv Periodontics.* 2011;1(1):41-52.
64. Cortellini P, Prato GP. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. *Periodontol* 2000. 2012;59(1):158-84.
65. Tonetti MS, Jepsen S, Working Group 2 of the European Workshop on Periodontology. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: consensus report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* avr 2014;41 Suppl 15:S36-43.
66. Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, et al. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions--A systematic review. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. août 2012;43(7):545-54.
67. Bherwani C, Kulloli A, Kathariya R, Shetty S, Agrawal P, Gujar D, et al. Zucchelli's technique or tunnel technique with subepithelial connective tissue graft for treatment of multiple gingival recessions. *J Int Acad Periodontol.* avr 2014;16(2):34-42.
68. Weng D, Hürzeler MB, Quiñones CR, Pechstädt B, Mota L, Caffesse RG. Healing patterns in recession defects treated with ePTFE membranes and with free connective tissue grafts. A histologic and histometric study in the beagle dog. *J Clin Periodontol.* mars 1998;25(3):238-45.
69. Wilderman MN, Wentz FM. REPAIR OF A DENTOGINGIVAL DEFECT WITH A PEDICLE FLAP. *J Periodontol.* juin 1965;36:218-31.

70. Trombelli L, Scabbia A, Tatakis DN, Calura G. Subpedicle connective tissue graft versus guided tissue regeneration with bioabsorbable membrane in the treatment of human gingival recession defects. *J Periodontol.* nov 1998;69(11):1271-7.
71. Trombelli L, Scabbia A, Tatakis DN, Checchi L, Calura G. Resorbable barrier and envelope flap surgery in the treatment of human gingival recession defects. Case reports. *J Clin Periodontol.* janv 1998;25(1):24-9.
72. Cairo F, Nieri M, Cattabriga M, Cortellini P, De Paoli S, De Sanctis M, et al. Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: an interrater agreement multicenter study. *J Periodontol.* déc 2010;81(12):1752-8.
73. Griffin TJ, Cheung WS, Zavras AI, Damoulis PD. Postoperative complications following gingival augmentation procedures. *J Periodontol.* déc 2006;77(12):2070-9.
74. Curtis JW, McLain JB, Hutchinson RA. The incidence and severity of complications and pain following periodontal surgery. *J Periodontol.* oct 1985;56(10):597-601.
75. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol.* sept 2004;31(9):749-57.
76. Agudio G, Nieri M, Rotundo R, Franceschi D, Cortellini P, Pini Prato GP. Periodontal conditions of sites treated with gingival-augmentation surgery compared to untreated contralateral homologous sites: a 10- to 27-year long-term study. *J Periodontol.* sept 2009;80(9):1399-405.
77. Nickles K, Ratka-Krüger P, Neukranz E, Raetzke P, Eickholz P. Ten-year results after connective tissue grafts and guided tissue regeneration for root coverage. *J Periodontol.* juin 2010;81(6):827-36.

PICHON (Martin) – Prise en charge des récessions gingivales : quelle séquence thérapeutique ?

(Thèse : 3<sup>ème</sup> cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2021 ; N°59)

N°43.22.21.59

Résumé :

Appelée couramment « déchaussement », la récession gingivale correspond à une migration apicale de la gencive marginale depuis la jonction amélocémentaire. Il s'agit d'un important motif de consultation, en raison d'une part à l'atteinte esthétique lorsque cette récession atteint les secteurs antérieurs, et d'autre part des hypersensibilités dentaires induites qui peuvent être très gênantes. Dans certaines situations de récessions importantes, elles peuvent provoquer la peur du patient de « perdre la dent ».

Sans prise en charge adaptée de cette récession gingivale, cette dernière peut évoluer chez le patient et provoquer l'apparition de douleurs, de lésions cervicales carieuses ou non carieuses entraînant une perte de chance et de réussite du traitement adéquat.

Une solution thérapeutique est proposée depuis maintenant plusieurs décennies avec des innovations en progrès constants. Il s'agit de la chirurgie muco-gingivale qui permet de pallier à ce désagrément par l'utilisation de lambeaux pédiculés ou de greffes.

Les traitements sont multiples et propres à chaque cas. Néanmoins, au travers de ce travail de thèse, nous avons souhaité systématiser la prise en charge de ces récessions à l'aide d'arbres décisionnels. Une séquence thérapeutique claire et standardisée permet de traiter au mieux ces récessions gingivales et d'obtenir des résultats prédictibles et pérennes.

Rubrique de classement : Parodontologie

Mots clés : parodontologie – récession gingivale – chirurgie muco-gingivale – séquence thérapeutique – arbre décisionnel

Me SH : periodontics – gingival recession – mucogingival surgery – therapeutic sequence – decision tree

Jury :

Président : Professeur CLAUSS François

Assesseurs : Professeur HUCK Olivier  
Docteur WAGNER Delphine  
Docteur PETIT Catherine

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

M. PICHON

46 rue du Vieux Marché aux Poissons

67000 STRASBOURG

Adresse de messagerie : martin.pchn@gmail.com