

MOTS CLÉS : lambeau positionné latéralement, récession gingivale, tissu kératinisé, molaire
KEYWORDS: laterally positioned flap, gingival recession, keratinized tissue, molar

Le lambeau positionné latéralement : intérêt dans le traitement des récessions des molaires maxillaires

Charlie Martin

Chirurgien-dentiste
Exercice libéral, Marseille

Jean-Guy Sabot

Chirurgien-dentiste
Ancien AHU, Université de Nice
Ancien interne, Nice
Exercice libéral, Antibes

Sébastien Melloul

Chirurgien-dentiste
AHU en parodontologie
Exercice libéral, Nice

Virginie Monnet-Corti

Chirurgien-dentiste
PU en parodontologie
Cheffe du Service
de parodontologie, Marseille

RÉSUMÉ

Les récessions touchant les premières molaires maxillaires représentent un challenge à part entière pour le praticien. Les objectifs de traitement sont souvent différents de ceux du traitement des récessions touchant les dents plus antérieures. Il est donc important de choisir la technique chirurgicale qui nous permettra de répondre au mieux à ces objectifs. Pour cela, il faut analyser en amont les facteurs influençant ce choix. Cette analyse précise et méthodique permet d'aborder la phase chirurgicale avec davantage de sérénité et d'avoir des attentes réalistes vis-à-vis du résultat de l'intervention.

ABSTRACT

The laterally positioned flap: benefit of the treatment of maxillary molar recessions

Recessions affecting the maxillary first molars are a major challenge for the practitioner. The goals of treatment are often different from those of treating recessions in anterior teeth. It is therefore important to choose the best surgical technique to meet these objectives. It is thus necessary to do a prior analysis of the factors influencing this choice. This precise and methodical analysis makes it possible to address the surgical phase more serenely and to expect a more predictable outcome of the intervention.

Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.



1. Situation initiale mettant en évidence la présence de lésions cervicales non carieuses (LCNC) sur 24, 25 et 26 ainsi qu'une récession atteignant la ligne muco-gingivale sur la racine mésio-vestibulaire de 26.

Les premières molaires maxillaires sont fréquemment touchées par les récessions gingivales : elles représentent environ 20 % des dents comportant des récessions [1,2]. La fréquente vestibulo-position de la racine mésio-vestibulaire explique cette prévalence importante [3]. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites pour le traitement des récessions gingivales. Le lambeau positionné coronairement est fréquemment choisi, associé ou non à un greffon de conjonctif. Cependant, le choix de la technique de chirurgie plastique parodontale ne doit pas se faire par habitude mais par l'analyse précise de la situation, et ne doit pas nous faire perdre de vue des techniques plus anciennes, qui conservent encore toutes leurs indications pour répondre aux objectifs de traitement tout en tenant compte des spécificités de la zone à traiter.

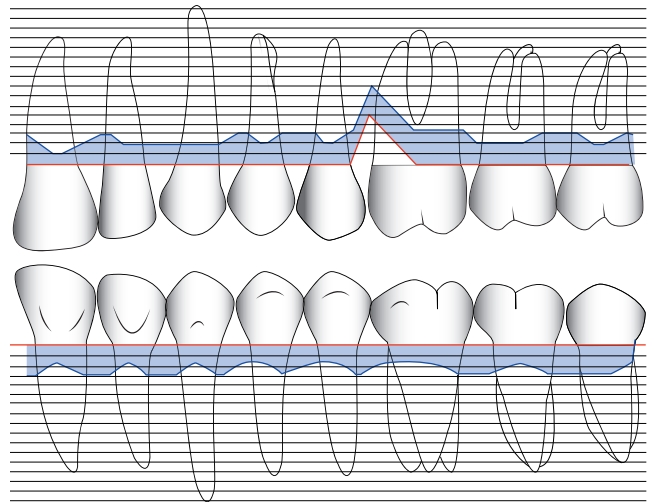
Au travers d'un cas clinique, la démarche analytique amenant à choisir un lambeau positionné latéralement (LPL) sera décrite pour le traitement de récessions au niveau des molaires maxillaires.

Description du cas clinique

Monsieur M., âgé de 46 ans présente une récession gingivale évolutive sur 26. Le patient est en bonne santé générale et utilise une brosse à dents manuelle souple depuis quelques mois, sur les conseils de sa dentiste. Précédemment, il utilisait une brosse à poils médiums ou durs. Il se plaint de douleurs gingivales lors du brossage de la 26.

À l'examen clinique, un score de plaque de 11 %, un saignement au sondage de 6 % et l'absence de poches > 4 mm correspond à un parodonte sain réduit sans antécédent de maladie parodontale [4]. Nous observons des lésions cervicales non carieuses (LCNC) sur 24, 25 et 26 ainsi qu'une récession atteignant la ligne muco-gingivale sur la racine mésio-vestibulaire de 26 (fig. 1). L'examen radiographique et le sondage parodontal (fig. 2) ne révèlent pas de perte d'attache interproximale

	21	22	23	24	25	26	27	28
Saignement au sondage	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Présence de plaque	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Hauteur de récession	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	-6 0 0	0 0 0	0 0 0
Profondeur de sondage	3 1 2	3 2 2	2 2 2	2 2 3	3 2 3	3 3 3	2 2 3	3 2 3



	21	22	23	24	25	26	27	28
Hauteur de récession	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	-6 0 0	0 0 0	0 0 0
Profondeur de sondage	3 2 3	3 2 3	3 2 3	2 2 3	2 2 3	2 2 3	3 2 3	3 3 2
Présence de plaque	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Saignement au sondage	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

2. Charting parodontal du secteur 2. La présence de plaque sur la 28 peut s'expliquer par la difficulté d'accès de cette dent au brossage. Malgré les douleurs lors du brossage, le patient arrive à maintenir un bon contrôle de plaque sur la 26.

(Classe RT1 selon Cairo [5]). De plus, la première molaire maxillaire gauche présente un traitement endodontique, et une reconstitution de la chambre pulpaire par une restauration composite (fig. 3).

Objectifs thérapeutiques

Premièrement, il faut identifier et si possible, avant l'intervention, éliminer la cause étiologique de la récession. Puis, la chirurgie plastique aura pour but premier de répondre à la demande du patient en renforçant le parodonte afin de rendre le brossage confortable, puis de recouvrir la récession.

Prise en charge thérapeutique : thérapeutique étiologique

La présence de lésions cervicales non carieuses sur les dents adjacentes et l'antécédent de brossage avec une brosse à dents dure nous



3. Radiographie rétro-alvéolaire montrant l'absence de perte osseuse interproximale ainsi que le traitement endodontique. Nous observons l'absence d'image radioclaire péri-apicale.

permettent d'identifier un brossage traumatique comme facteur déclenchant de la récession [6]. La vestibulo-position de la racine mésio-vestibulaire, associée à un biotype épais mais festonné selon Zweers [7] peut être considéré comme un facteur prédisposant. Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire et parodontale, une prescription d'un matériel adapté (brosse à dents oscillo-rotative oral B pro 2 [8-10]/tête sensu-ultra-thin/un calibrage des brossettes interdentaires tepe 0,5 mm) ainsi qu'une démonstration de leur utilisation ont été réalisées. La bonne compréhension et application de ces techniques par le patient ont ensuite été contrôlées lors de la visite préopératoire.

Prise en charge thérapeutique : chirurgie correctrice

Au-delà des objectifs de traitement, le choix d'une technique chirurgicale nécessite une analyse précise de différents facteurs locaux. Pour cela, toutes les informations utiles ont été réunies (*tabl. I*).

Dans la littérature, peu d'articles s'intéressent spécifiquement au traitement des récessions sur les molaires. Différentes techniques sont proposées, mais le lambeau positionné latéralement et la technique bi-laminaire sont les plus documentés. Elles ont notamment été comparées lors d'une étude randomisée par Zucchelli et coll. en 2012 [11]. Les résultats de cette étude ont été résumés dans le *tableau II*.

La technique bi-laminaire (lambeau positionné coronairement avec greffe de conjonctif enfoui) permet un recouvrement plus prédictible, le lambeau positionné latéralement permet lui un apport de tissu kératinisé plus important [11-14]. Enfin, l'absence de prélèvement palatin dans la technique du lambeau positionné latéralement tel que décrite dans l'article [11,15] diminue la morbidité postopératoire [11].

Ainsi, les deux approches présentent des différences significatives dans les résultats obtenus, le choix devra donc se faire en fonction des objectifs thérapeutiques.

Ce raisonnement a été illustré sous forme d'arbre décisionnel (*fig. 4*).

Dans le cas présent, le patient se plaint d'une inflammation chronique et de douleurs gingivales lors du brossage. Notre obtif thérapeutique principal est de recréer un environnement gingival compatible avec une hygiène efficace dans cette zone.

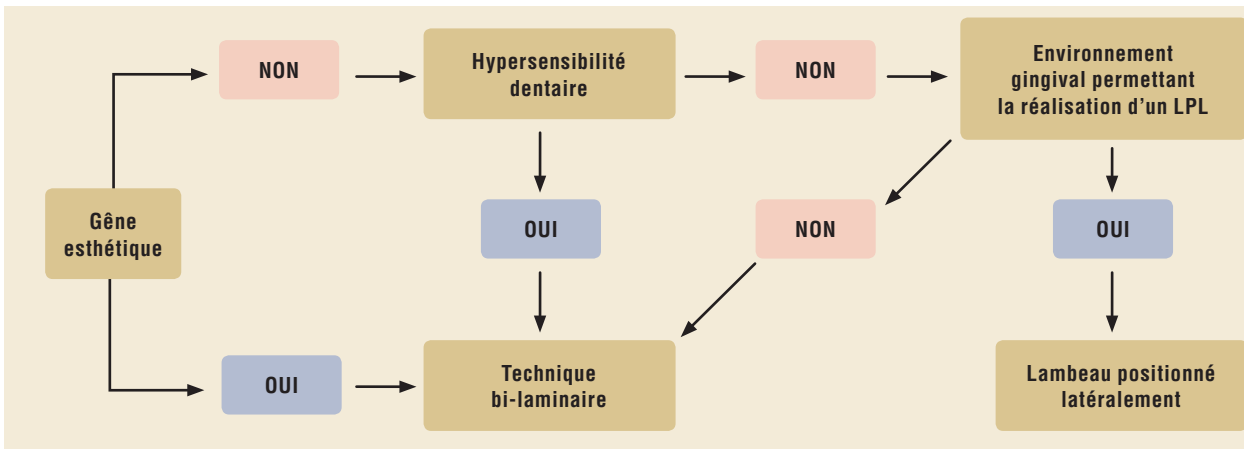
L'absence d'hypersensibilité (dent dépulpée) et l'absence de tissu kératinisé attaché apical à la récession orientent le choix chirurgical vers un lambeau positionné latéralement comme décrit par Zucchelli et coll. [15]. La présence d'une lésion cervicale d'usure masquant la jonction amélo-cémentaire (JAC) (classe B) impose la réalisation d'une

Tableau I - Tableau diagnostique utilisé dans l'unité fonctionnelle de parodontologie. Tous ces éléments vont guider le choix de la technique chirurgicale

Dent n°	GENCIVE				DENT		
	Phénotype parodontal [4]	Hauteur de la récession (en mm)	Type de récession selon Cairo et coll. (5)	Épaisseur gingivale (test de visibilité de la sonde par transparence)	Hauteur de TK (en mm)	JEC selon Pini Prato [4]	Hypersensibilité (test de Schiff)
25	Épais et festonné	0	RT1	+	4	A+	0
26	Épais et festonné	5	RT1	+	0,5	B+	0
27	Épais et festonné	0	RT1	+	5	A-	0

Tableau II - Synthèse des résultats obtenus par Zucchelli et coll. dans leur étude [9]

	Technique bi-laminaire	Lambeau positionné latéralement
Recouvrement radiculaire <u>moyen</u> à un an	88 %	74 %
Gain de tissu kératinisé <u>moyen</u> à un an (mm)	1	2
Confort postopératoire (EVA de 0 à 100)	77	93
Sensibilité radiculaire à un an (EVA de 0 à 100)	94	87



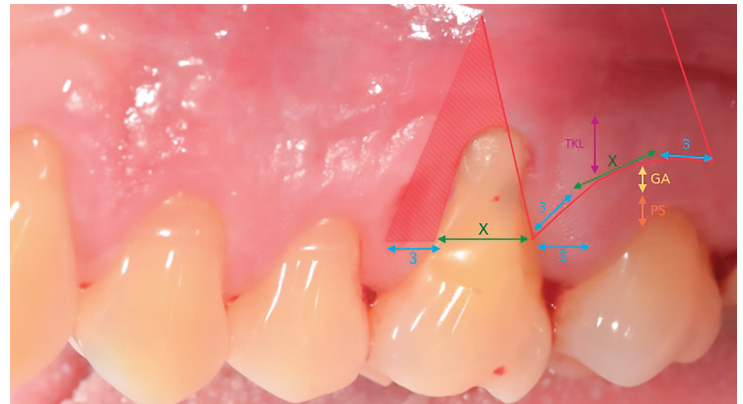
4. Arbre décisionnel illustrant le choix entre l'utilisation de la technique bi-laminaire et du lambeau positionné latéralement dans le traitement des récessions molaires, en fonction de la situation clinique.



5a,b. Restauration de la JAC en résine composite. La position la plus apicale de la restauration est déterminée par le calcul de la ligne maximale de recouvrement décrite par Zucchelli et coll. en 2006 [12].

restauration composite recréant cette jonction après calcul de la ligne de recouvrement maximal (fig. 5a-b) [16,17].

Pour terminer, il faut s'assurer de la présence de hauteur et de largeur de tissu kératinisé adéquate sur la dent distale à la récession. En effet, au minimum 2 mm de tissu kératinisé apical au sulcus de la dent adjacente sont nécessaires (1 mm de gencive attachée devant rester en place et au moins 1 mm de tissu kératinisé) et $6 + x$ mm de tissu en largeur où x correspond à la largeur de la récession à sa base. Ces 6 mm correspondent aux lits receveurs de 3 mm mésial et distal à la récession permettant l'ancrage et la vascularisation du lambeau. (ici : $6 + 4 = 10$ mm) (fig. 6). Ces conditions étant respectées, le tracé chirurgical décrit sur la figure 7 a été planifié.

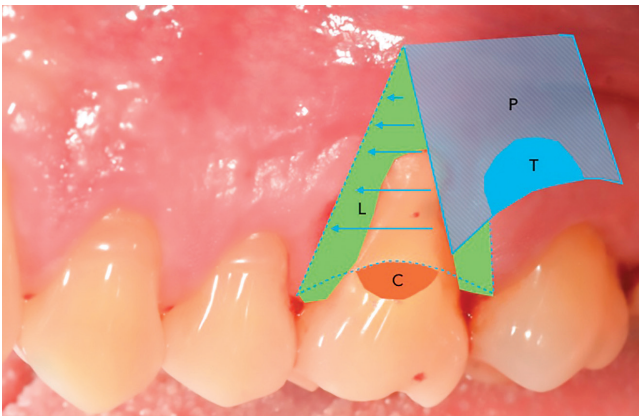


6. Calcul de la quantité nécessaire de TK présent sur la dent adjacente qui sera choisie comme site donneur. La récession faisant 4 mm de large, la largeur du lambeau à translater doit faire 10 mm (4 mm pour couvrir la récession, auxquels on ajoute 3 mm en mésial et distal pour recouvrir le lit receveur désépithélialisé). La profondeur de sulcus sur 27 est de 3 mm ; il faut donc laisser en place 4 mm de tissu kératinisé sur 27 (la profondeur du sulcus (PS) + 1 mm de gencive attachée (GA) à maintenir en place). La hauteur de tissu kératinisé minimale pour pouvoir réaliser le lambeau est donc ici de 5 mm, 4 mm à maintenir sur 27 et minimum 1 mm sur le lambeau.

X: largeur de la récession; PS: profondeur du sulcus; GA: gencive attachée résiduelle (1 mm); TKL: tissu kératinisé du lambeau à translater (ici, 2 mm).

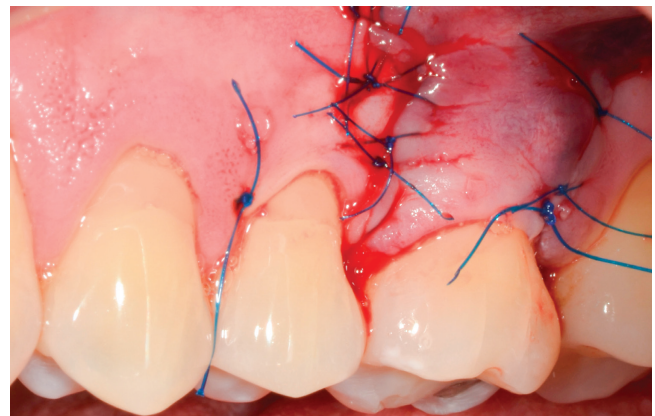
La chirurgie est réalisée selon le protocole suivant :

après une anesthésie para-apicale et rappel palatin (Articaïne adrénalinée 1/100 000^e), la délimitation et la désépithélialisation du lit receveur mésial à la récession sont réalisées à l'aide d'une Microlame MJK 4. Puis, le tracé du lambeau, ainsi que la dissection en épaisseur partielle des extrémités mésiale et distale du lambeau sont réalisés avec une Microlame MJK 2. Le décollement en épaisseur totale de la partie



7. Planification chirurgicale. La partie du lambeau décollée en épaisseur totale doit venir se positionner sur la récession après la translation mésiale du lambeau.

L : lit receveur = héli-papille mésiale désépithélialisée ; C : restauration composite récréant au préalable la JAC ; en bleu, le lambeau positionné latéralement (P : épaisseur partielle, T : épaisseur totale), en vert, les papilles désépithélialisées



8. Situation postopératoire immédiate.

Suture du lambeau par des points simples en commençant en mésial, puis en distal, pour terminer par deux sutures suspendues stabilisant les papilles chirurgicales (Prolène 5/0).



9. Situation à J-7 postopératoire. La cicatrisation est satisfaisante. Un œdème postopératoire normal est présent.

centrale du lambeau est ensuite entrepris (Décolleur de Buser ou mini décolleur à tunnel de Deppeler).

Une dissection en épaisseur partielle (Microlame MJK 2) au-delà de la ligne muco-gingivale est nécessaire pour gagner la laxité permettant le positionnement mésial du lambeau. Après désépithélialisation des papilles anatomiques mésiale et distale (Microlame MJK 2), la suture du lambeau commence par la décharge mésiale, puis la décharge distale (points simples) et se termine par deux sutures suspendues stabilisant les papilles chirurgicales (Prolène 5/0) (*fig. 8*).

Une compression du site pendant 5 minutes est réalisée. À cela s'ajoutent l'application d'une poche de glace sur la joue en regard du site, ainsi qu'un rappel des recommandations postopératoires. Une semaine après, les sutures sont déposées (*fig. 9*). Les suites postopératoires ont été minimales.

Tableau III - Tableau à cinq mois postopératoires montrant la diminution de la hauteur de récession et le gain de hauteur de tissu kératinisé suite à la chirurgie de translation de tissu kératinisé

Dent n°	Phénotype parodontal [4]	GENCIVE			DENT		
		Hauteur de la récession (en mm)	Type de récession selon Cairo et coll. [5]	Épaisseur gingivale (test de visibilité de la sonde par transparence)	Hauteur de TK (en mm)	JEC selon Pini Prato [4]	Hypersensibilité (test de Schiff)
25	Épais et festonné	0	RT1	+	4	A+	0
26	Épais et festonné	2,5	RT1	+	2,5	A-	0
27	Épais et festonné	0	RT1	+	5	A-	0



10. Situation à J30 postopératoire. On observe une récidence de la récession suite à la disparition de l'œdème postopératoire.



11. Vue clinique à cinq mois postopératoires. La situation est stable par rapport à J-30. On observe un recouvrement radiculaire partiel de 50% (2,5 mm), l'augmentation du tissu kératinisé apical à la récession de 1 mm rendant l'environnement propice au maintien de l'hygiène sans douleur, ainsi qu'un bandeau de tissu kératinisé de 2,5 mm.

Le patient est ensuite revu à un mois postopératoire pour contrôle (fig. 10), puis à cinq mois pour effectuer un nouveau charting (fig. 11 et tabl. III).

Malgré un recouvrement partiel de la récession, l'objectif est atteint. En effet, la récession résiduelle est de 2,5 mm, ce qui correspond à un recouvrement de 50 %, mais nous observons la présence d'un bandeau de tissu kératinisé de 2,5 mm apical à la récession, ce qui correspond à une augmentation de 2 mm. Ces valeurs sont en adéquation avec les résultats retrouvés dans la littérature (tabl. II) [11].

Conclusion

Le lambeau positionné latéralement est une technique efficace et prédictible pour le traitement de récession localisée au secteur molaire maxillaire, notamment lorsque l'objectif recherché est prioritairement l'augmentation de tissu kératinisé. Il faut cependant s'assurer de la présence de suffisamment de tissu kératinisé en hauteur, en largeur et en épaisseur sur les dents bordant la récession. De plus, l'absence de prélèvement palatin permet de réduire les suites opératoires et d'augmenter l'acceptation par les patients, souvent réticents à l'idée de ces prélèvements.

Cependant, les attentes en termes de pourcentage de recouvrement radiculaire doivent être limitées par rapport aux techniques de recouvrement bi-laminaires. Selon la situation, l'adjonction d'un greffon conjonctif peut être envisagé, surtout si la zone inter-radicaire est découverte. ■

Bibliographie

- Manchala SR, Vandana KL, Mandalapu NB, Mannem S, Dwarakanath CD. Epidemiology of gingival recession and risk indicators in dental hospital population of Bhimavaram. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2012 Jul;2(2):69-74.
- Vignoletti F, Di Martino M, Clementini M, Di Domenico GL, de Sanctis M. Prevalence and risk indicators of gingival recessions in an Italian school of dentistry and dental hygiene: a cross-sectional study. *Clin Oral Investig.* 2020 Feb; 24(2):991-1000.
- Zucchelli G. Mucogingival esthetic surgery. *Quintessence Int.* 2013; 820 p.
- Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommis H, Eickholz P, Geisinger ML et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 2017 World workshop on the Classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun;45 Suppl 20:S68-77.
- 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 Jul;38(7):661-6.
- Gillette WB, Van House RL. III effects of improper oral hygiene procedure. *J Am Dent Assoc.* 1980 Sep;101(3):476-80.
- Zweers J, Thomas RZ, Slot DE, Weisgold AS, Van der Weijden FGA. Characteristics of periodontal biotype, its dimensions, associations and prevalence: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2014 Oct;41(10):958-71.
- Grender J, Williams K, Walters P, Klukowska M, Reick H. Plaque removal efficacy of oscillating-rotating power toothbrushes: review of six comparative clinical trials. *Am J Dent.* 2013 Apr; 26(2):68-74.
- Dörfer CE, Staehle HJ, Wolff D. Three-year randomized study of manual and power toothbrush effects on pre-existing gingival recession. *J Clin Periodontol.* 2016 Jun;43(6):512-9.
- 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.* 2016 Oct;87(10):1186-94.
- Zucchelli G, Marzadori M, Mele M, Stefanini M, Montebugnoli L. Root coverage in molar teeth: a comparative controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2012 Nov;39(11):1082-8.
- Chambrone LA, Chambrone L. Treatment of Miller Class I and II localized recession defects using laterally positioned flaps: a 24-month study. *Am J Dent.* 2009;22(6):339-44.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Lambeau positionné latéralement. In: *Chirurgie plastique parodontale et implantaire.* 3^e éd. CdP; 2017, pp. 127-34.
- Monnet-Corti V, Pignoly M, Goubroun C, Fouque C, Melloul S, Lugari H et al. Chirurgie plastique parodontale: indications et techniques. EMC - Médecine buccale. 2019;14(3):1-16.
- Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli M, De Sanctis M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. *J Periodontol.* 2004 Dec;75(12):1734-41.
- 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 Dec;82(12):1713-24.
- 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.* 2006 Apr;77(4):714-21.

Correspondance : dr.martin@48perier.com