

Traitement d'une lésion angulaire avec les protéines de la matrice amellaire #2

CAS
CLINIQUE

Hadi Antoun

Ville

Sylvie Perreira

Ville



FIG. 1 Patient âgé de 55 ans, en bonne santé générale, non-fumeur, est adressé pour des douleurs en regard de la dent 23. L'examen clinique montre la présence d'un abcès parodontal avec suppuration et saignement au sondage. Profondeur de sondage initial de 14 mm.



FIG. 2 À l'examen radiologique on observe une lésion intra-osseuse large et profonde à 1 ou 2 parois en mésial de la 23.



FIG. 3 Réévaluation à 2 mois après le traitement parodontal non-chirurgical. On note la réduction de l'inflammation gingivale et de la profondeur de poche. Néanmoins, une poche résiduelle profonde persiste. Profondeur de sondage de 9 mm. Afin de traiter le défaut intra-osseux et d'améliorer le contexte gingival, une technique décrite en 2014 par Zucchelli a été utilisée : la *connective tissue wall technique*.



FIG. 4 Cette technique est la combinaison d'un lambeau déplacé coronairement avec la préservation de la papille recouvrant le défaut osseux. Le tracé du lambeau consiste à réaliser des incisions paramarginales obliques interdentaires, combinées à des incisions intrasulculaires au niveau de la gencive marginale mésiale et distale à la récession des dents adjacentes au défaut.



FIG. 5 En palatin, l'incision est horizontale afin de préserver l'intégralité de la papille recouvrant la lésion intra-osseuse.



FIG. 6 Le lambeau est soulevé en épaisseur partielle au niveau des papilles chirurgicales, en épaisseur totale en apical des récessions jusqu'à la ligne muco-gingivale et de nouveau en épaisseur partielle pour permettre d'avancer coronairement le lambeau. La papille interdentaire recouvrant le défaut a été soulevée en épaisseur totale. Le tissu de granulation est éliminé et la surface radicaire surfacée. On s'aperçoit donc de la morphologie du défaut composé par une paroi osseuse.



FIG. 7 Application de l'EDTA 24 % pour éliminer la *smear layer*, rinçage au sérum physiologique et application de l'Emdogain® sur la surface radicaire.



FIG. 8 La greffe de tissu conjonctif désépithérialisée agit en tant que paroi vestibulaire. Cette dernière est suturée à la base des papilles anatomiques des dents adjacentes au défaut osseux.



FIG. 9 Comme le greffon n'est pas suffisamment large pour recouvrir entièrement le défaut en vestibulaire, une membrane Mucograft® a été placée en apical et l'Emdogain® à l'intérieur du défaut.



FIG. 10 Le lambeau a été avancé coronairement et suturé par des points de sutures suspendus autour de chaque dent. La papille recouvrant le défaut a été suturée par un point matelassier croisé horizontal interne et un point simple.



FIG. 11A 11 : a) Situation initiale. b) Situation à 6 mois. Malgré la perte d'attache et la perte osseuse interproximale, on note un recouvrement partiel des récessions gingivales.



FIG. 12A a) Rétro-alvéolaire initiale. b) Rétro-alvéolaire à 6 mois. Malgré la morphologie du défaut à 1 paroi, on observe la réparation / régénération osseuse en apical du défaut. Même si à 6 mois c'est encore tôt pour évaluer l'efficacité du traitement, les examens clinique et radiologique montrent des résultats assez satisfaisants

