Chirurgies plastiques parodontales

DFASO 1

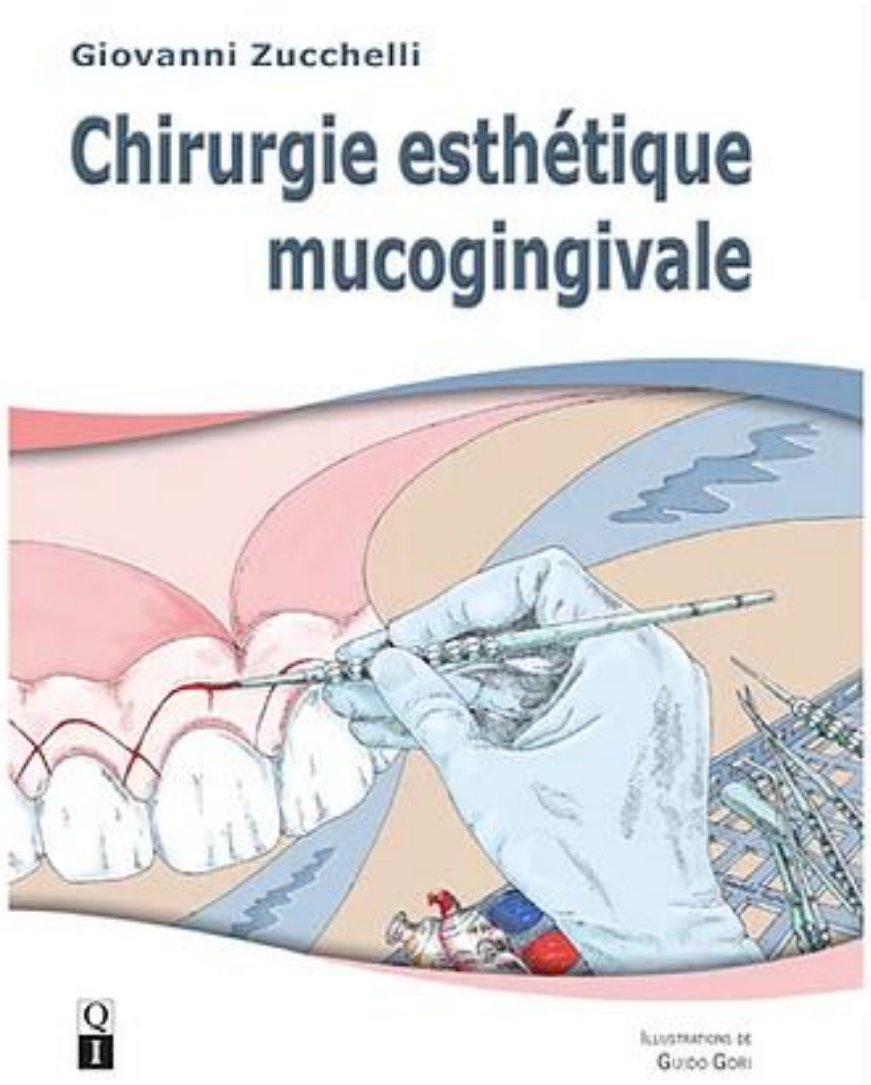
-

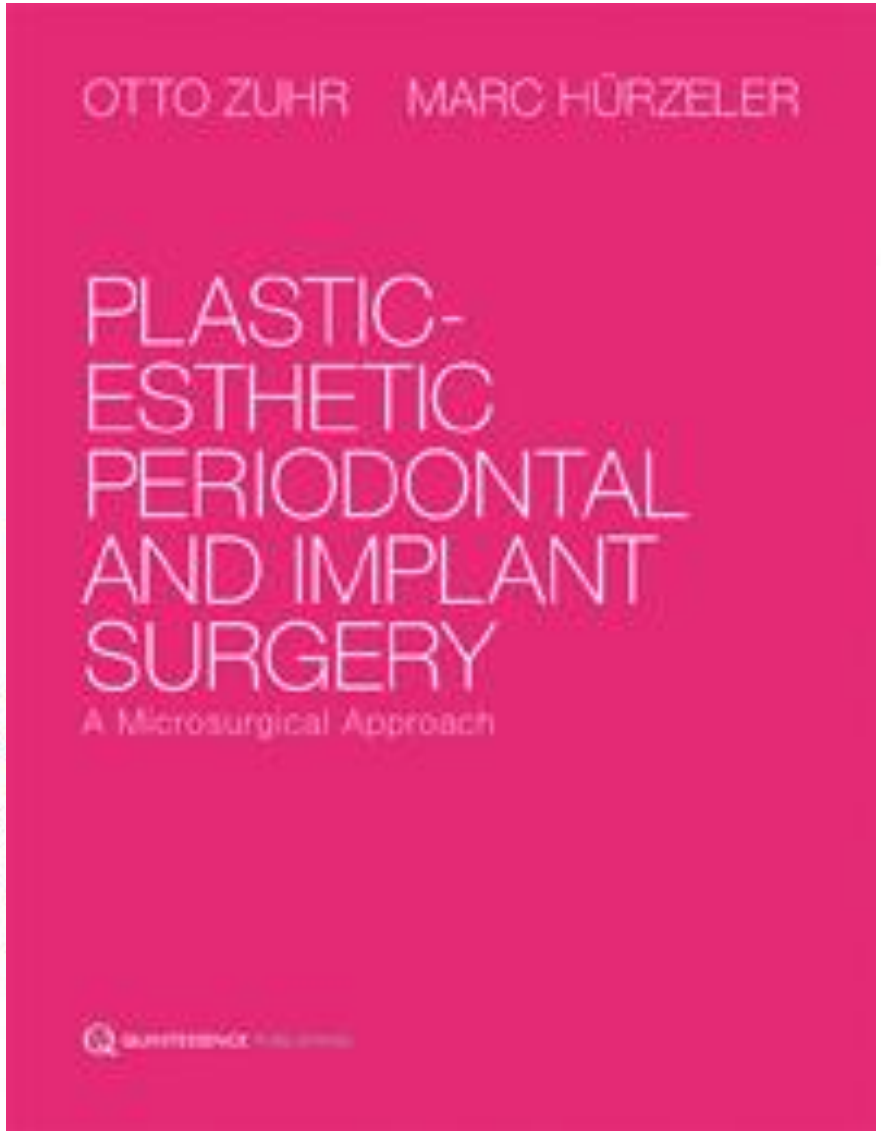
Dr Guillaume HELLER – AHU
Pratique privée limitée à l'implantologie et à la parodontologie Montpellier
dr.guillaume.heller@gmail.com

Objectifs du cours

- *Revoir l'anatomie, l'histologie, la physiologie du parodonte sain et de l'environnement peri-implantaire*
- *Revoir les principes de la microchirurgie et de la cicatrisation parodontale*
- *Aborder les notions d'esthétique*
- *Connaître et savoir diagnostiquer les défauts mucogingivaux*
- *Savoir diagnostiquer et avancer un pronostic des recessions gingivales*
- *Découvrir les techniques disponibles*

Bases bibliographiques



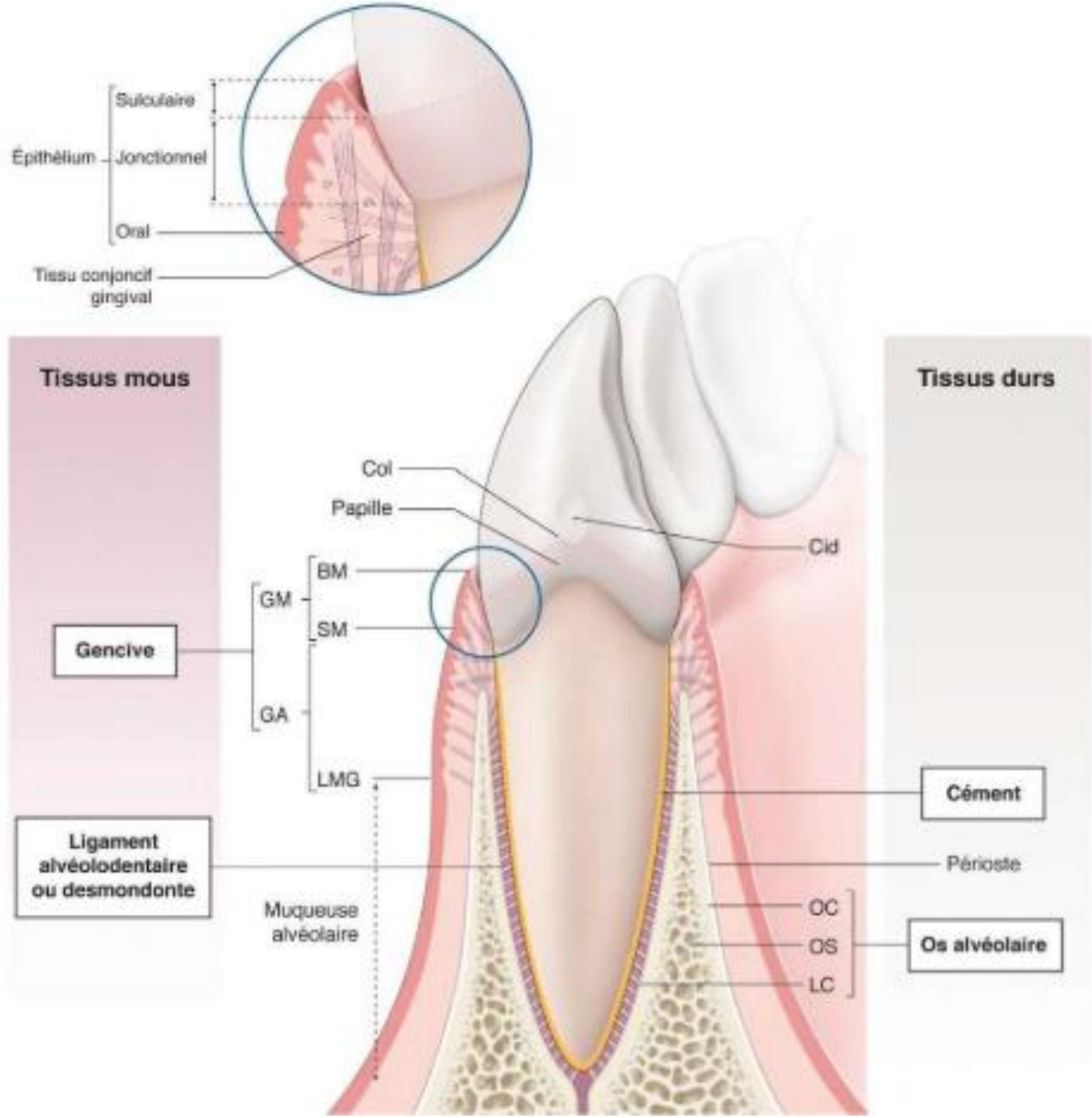


Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L’esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L’esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques


Sulculaire
Épithélium
Jonctionnel
Oral
Tissu conjoncif gingival
Tissus mous
Tissus durs
Col
Papille
Cid
BM
GM
SM
Gencive
GA
LMG
Cément
Ligament alvéolodentaire ou desmondonte
Périoste
Muqueuse alvéolaire
OC
OS
LC
Os alvéolaire

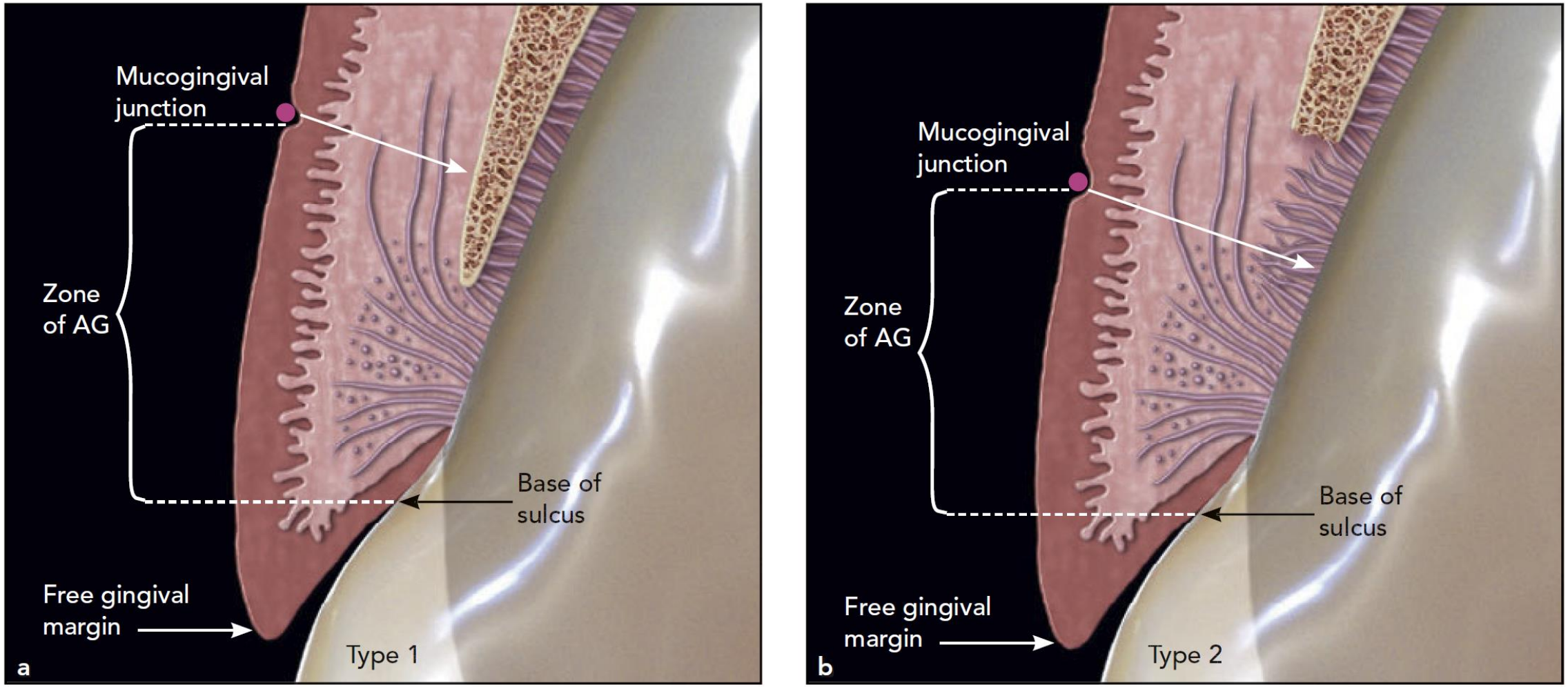


Fig 1 *Healthy tooth with the MGJ apical to the bone crest. Part A of the new definition. The AG is from the base of the sulcus to the MGJ.* (a) *Type 1. The AG is attached via the junctional epithelium, connective tissue fibers, and periosteum over bone.* (b) *Type 2. The AG is attached via the junctional epithelium and connective tissue fibers, but is not attached to the bone.*

› Int J Periodontics Restorative Dent. Jan-Feb 2021;41(1):43-49. doi: 10.11607/prd.5195.

A New Definition of Attached Gingiva Around Teeth and Implants in Healthy and Diseased Sites

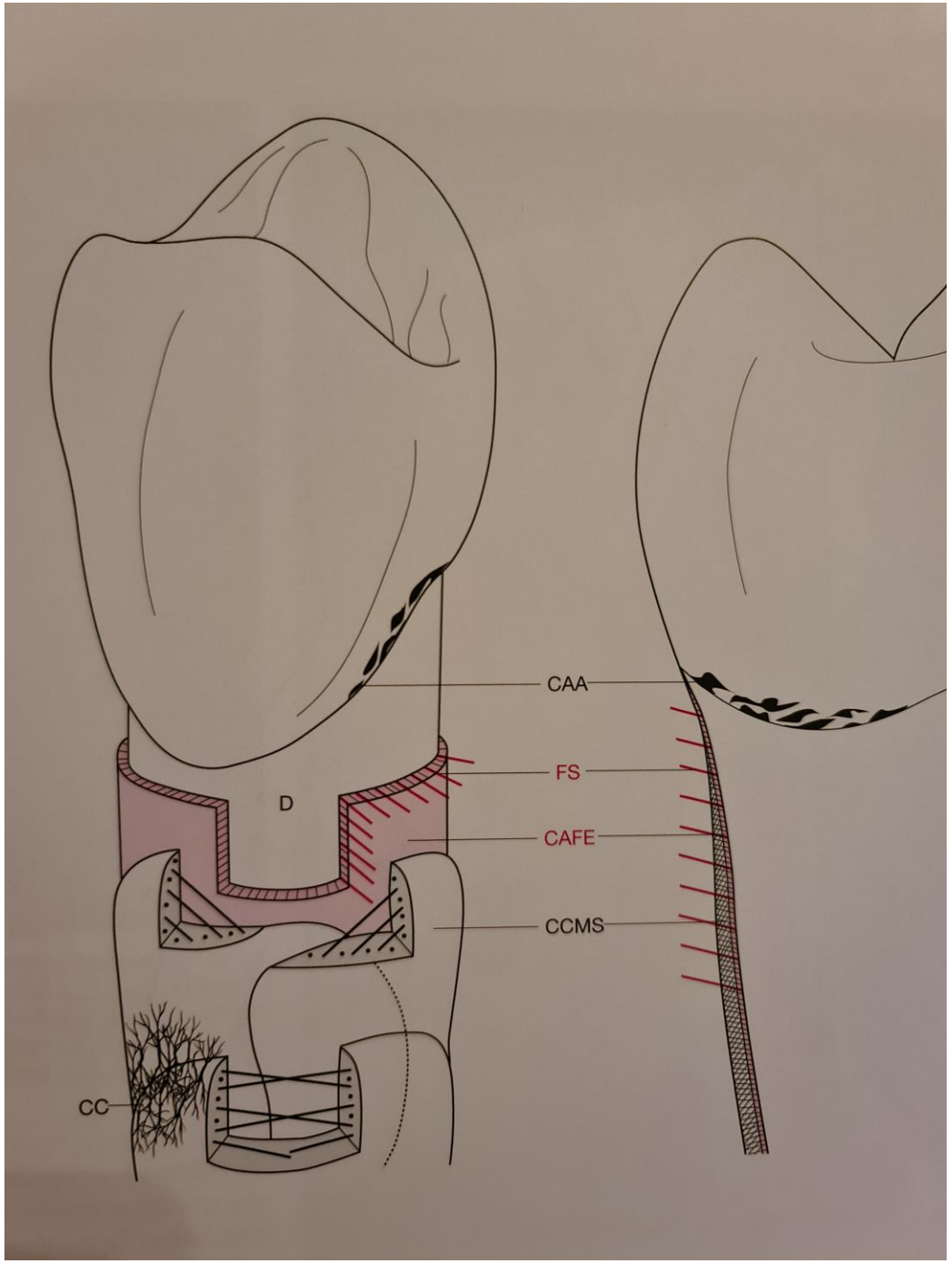
Dennis Tarnow, Mark Hochman, Stephen Chu, Paul Fletcher

PMID: 33528450 DOI: 10.11607/prd.5195

OTTO ZUHR MARC HÜRZELER

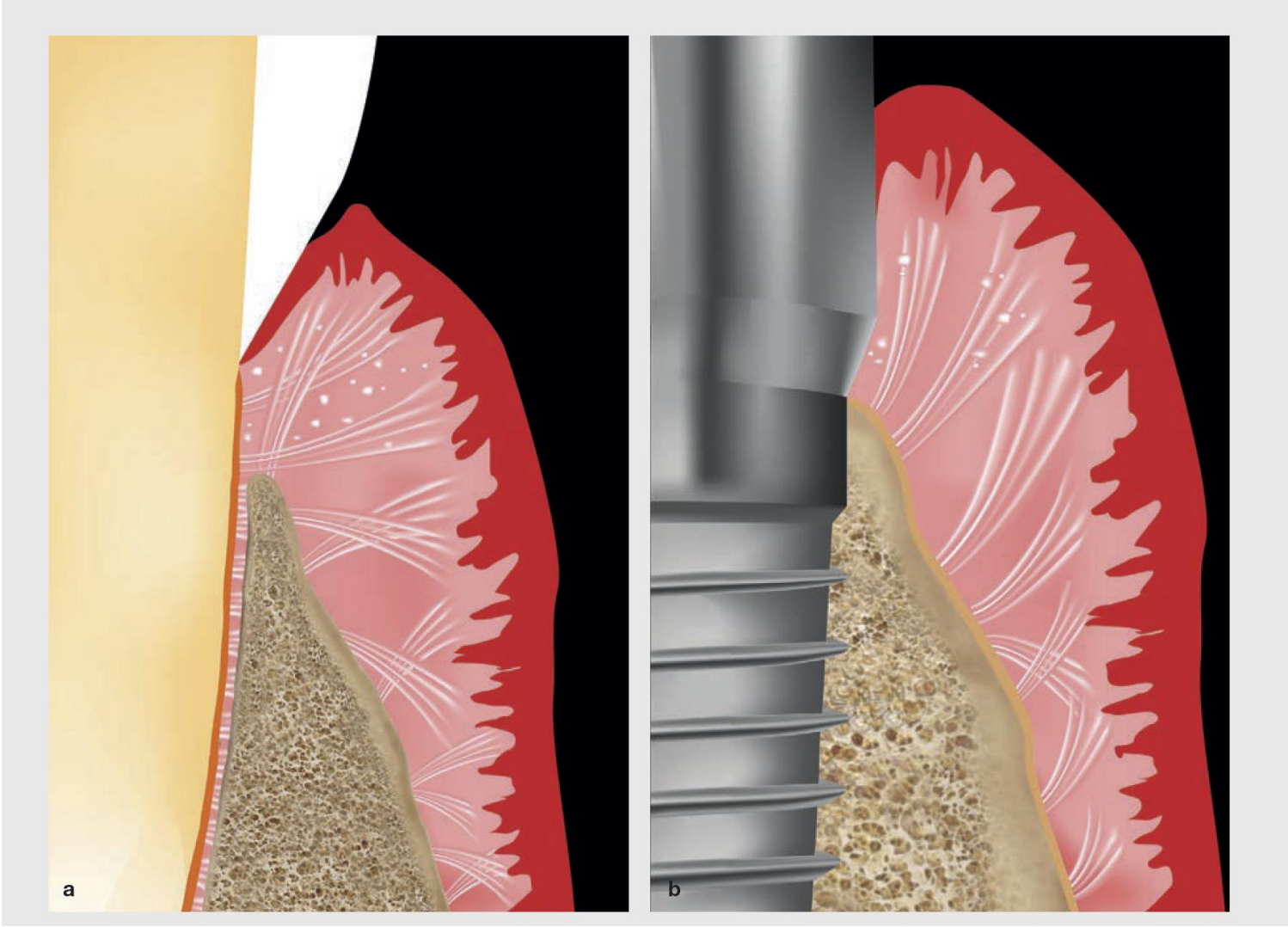
PLASTIC-ESTHETIC PERIODONTAL AND IMPLANT SURGERY

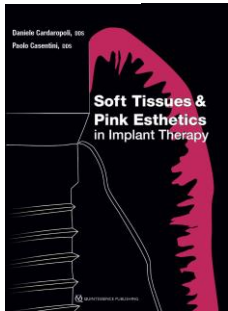
A Microsurgical Approach


CAA
FS
D
CAFE
CCMS
CC

OTTO ZUHR MARC HÜRZELER
PLASTIC-
ESTHETIC
PERIODONTAL
AND IMPLANT
SURGERY
A Microsurgical Approach

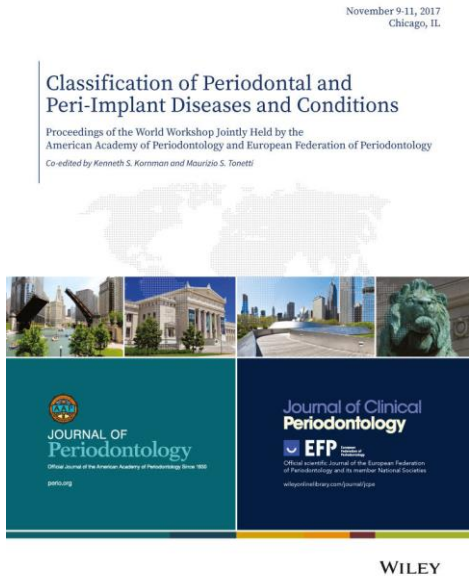
Anatomie parodontale et implantaire





Attache supra-crestale

- Epithélium de jonction
- L’attache conjonctive supracrestale



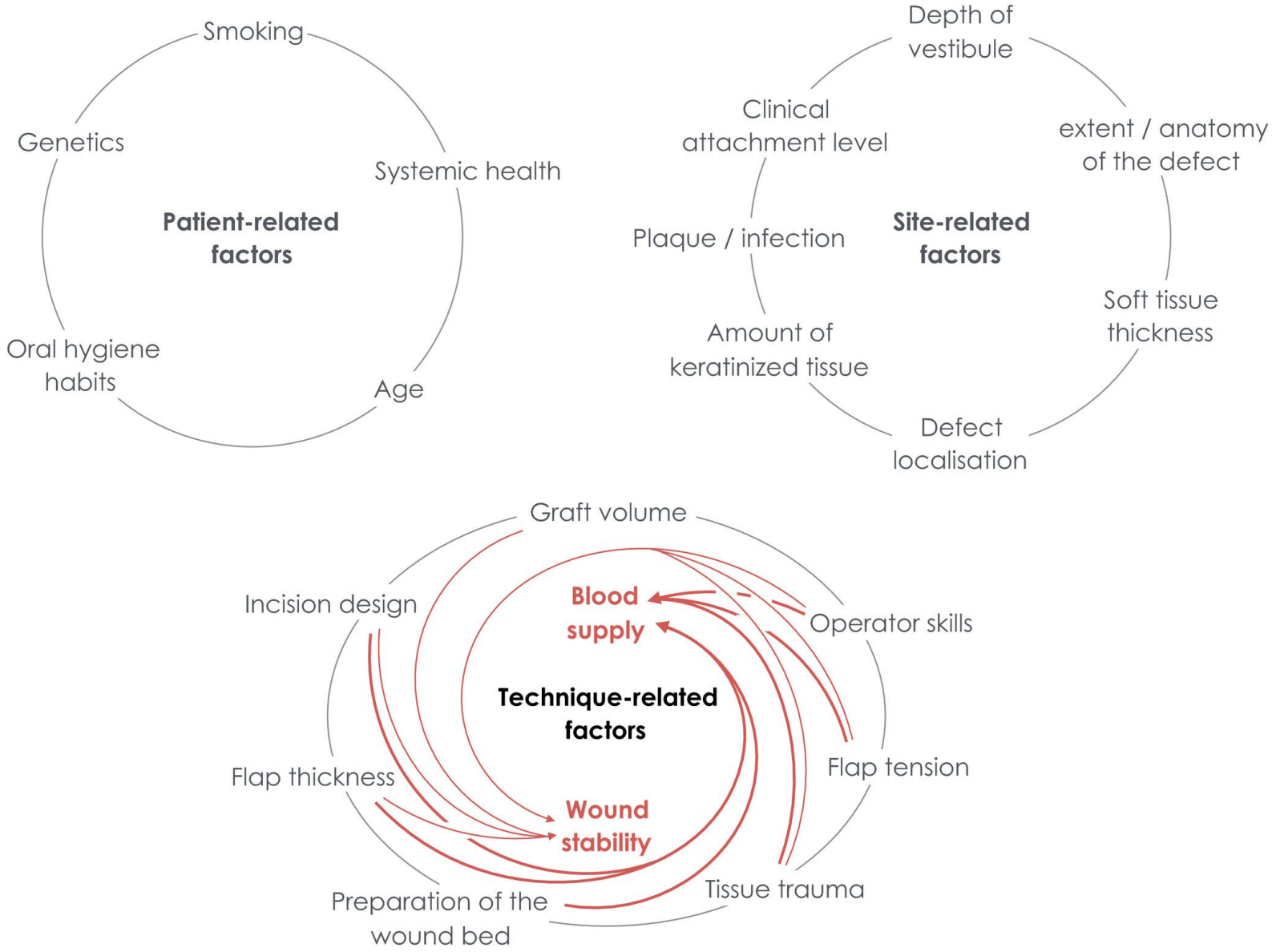
Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L'esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

Microchirugie & Cicatrisation

- Accès chirurgical
- Traitement
- Refermer

- L’ENJEU : LA CICATRISATION



Periodontology 2000, Volume: 77, Issue: 1, Pages: 123-149, First published: 01 March 2018, DOI: (10.1111/prd.12214)

Casette Paro @CSD

INCISIONS

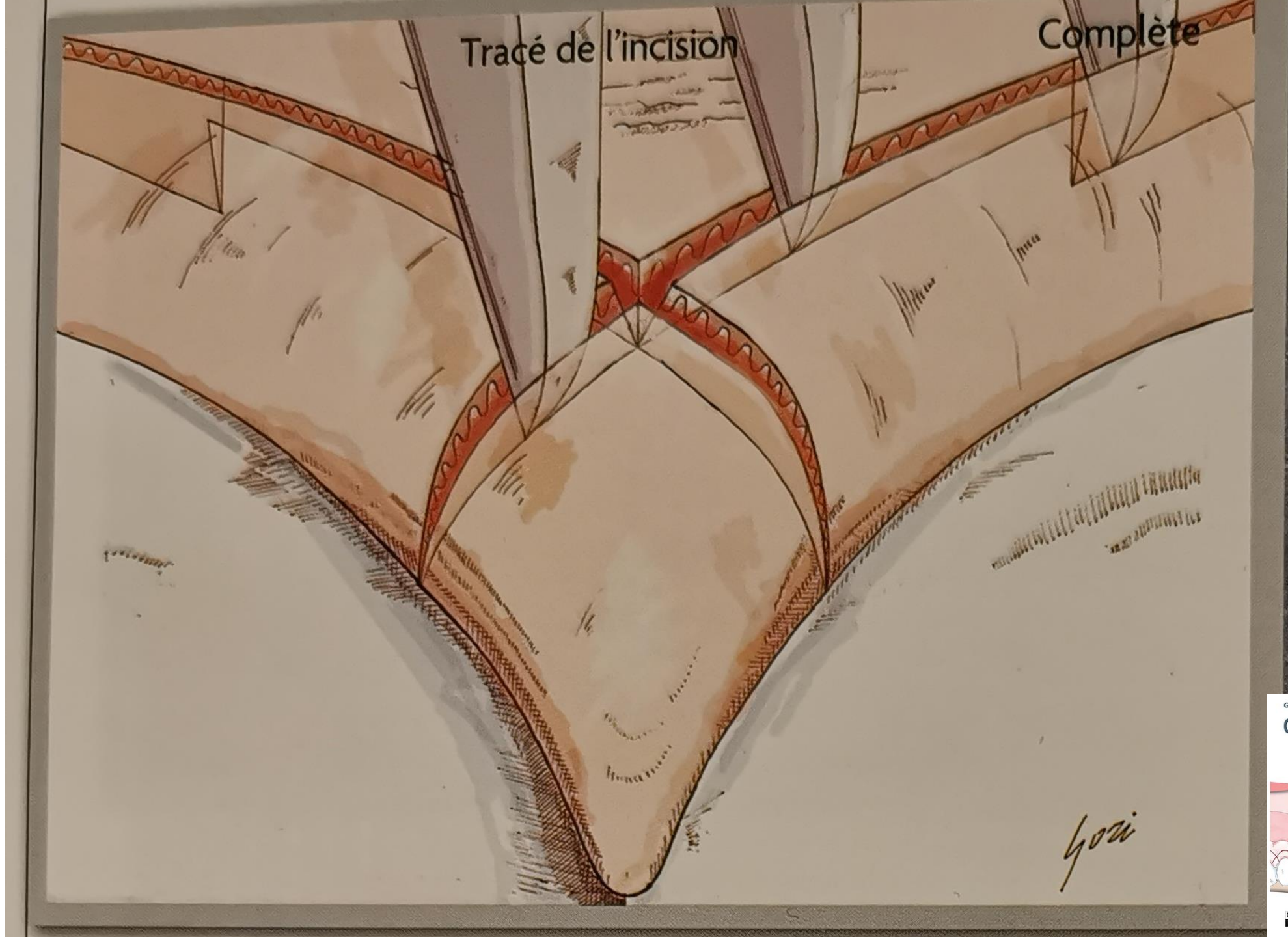
12
15C

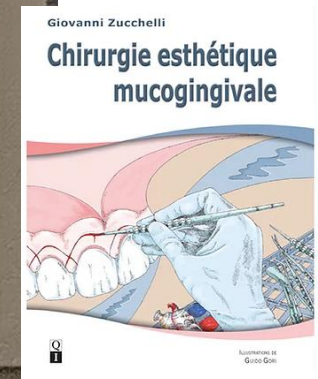
SWANN MORTON
ENGLAND B.S.
15

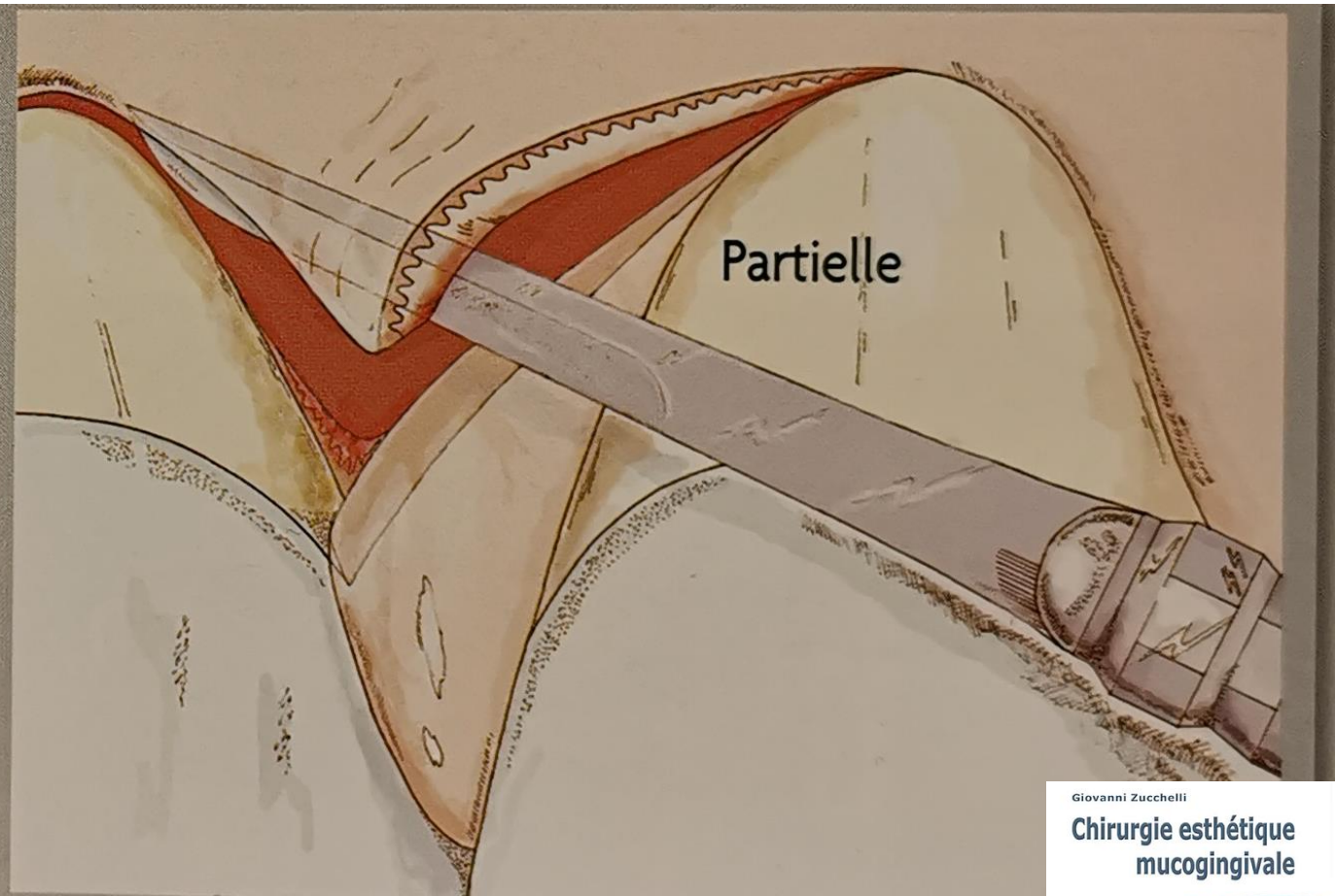
SWANN MORTON
ENGLAND B.S

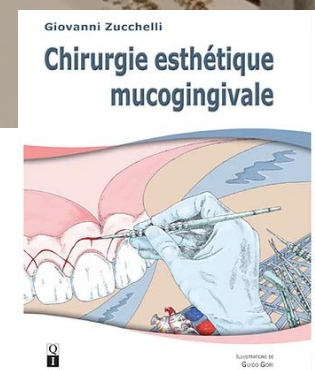
b

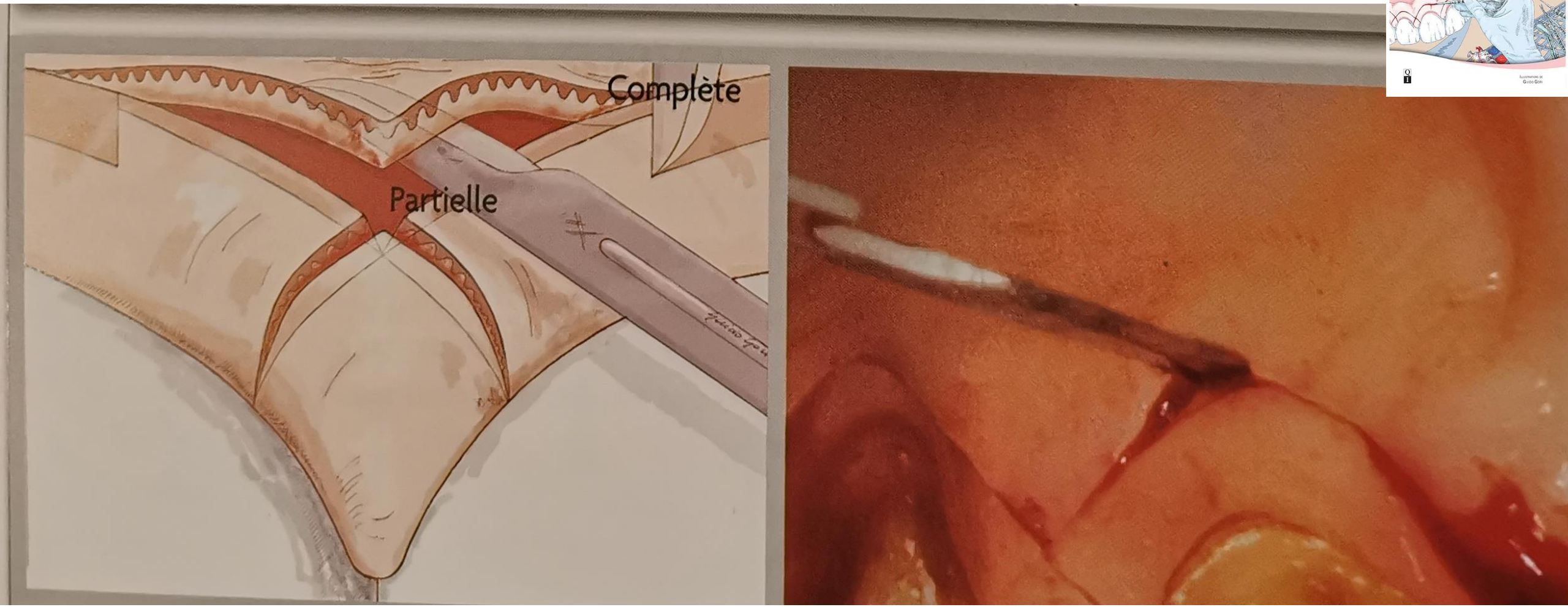
OTTO ZUHR MARC HÜRZELER
PLASTIC-
ESTHETIC
PERIODONTAL
AND IMPLANT
SURGERY
A Microsurgical Approach

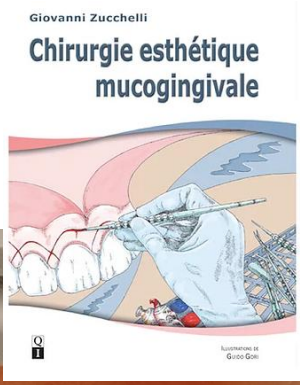

Tracé de l'incision
Complète
Gozi

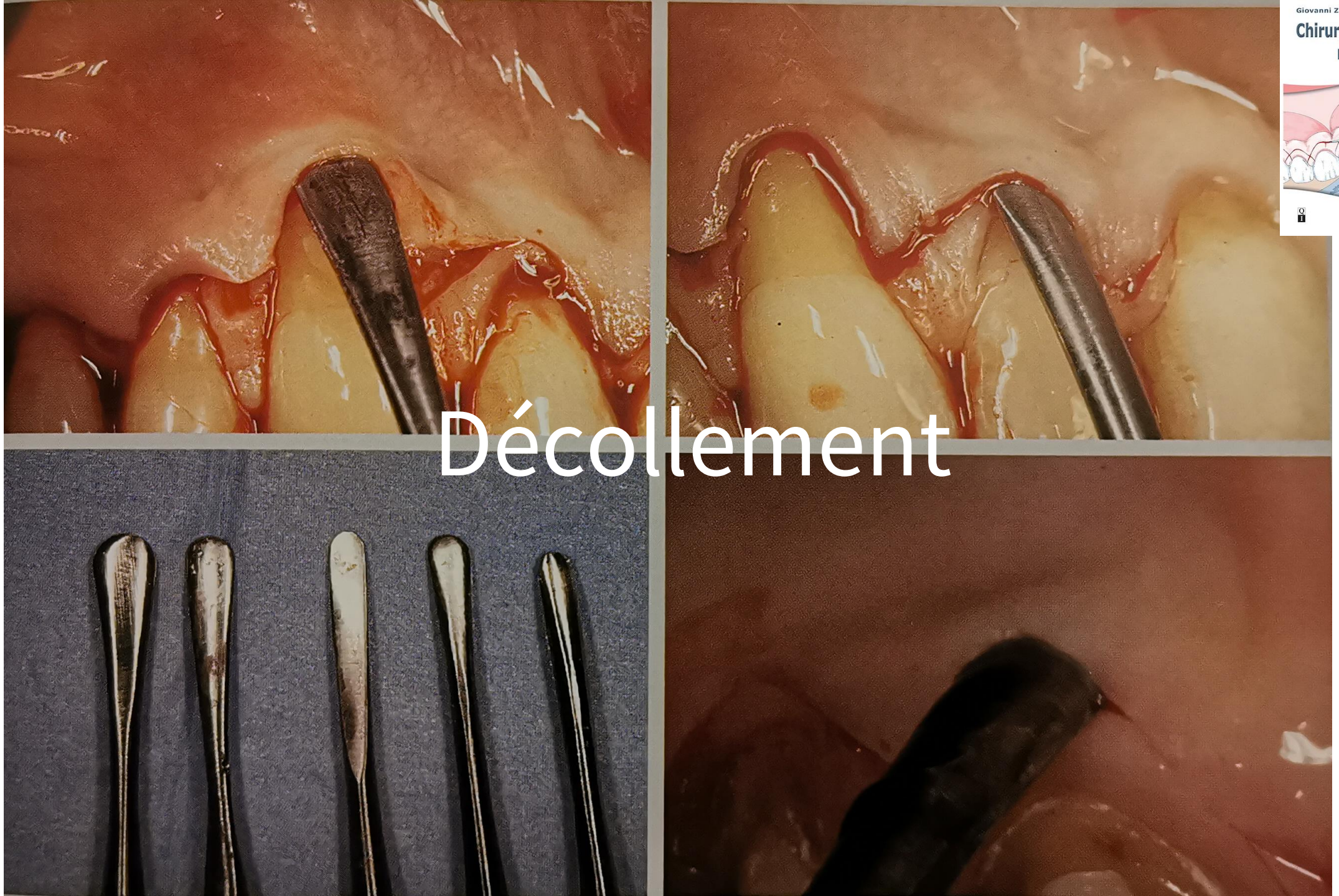

Giovanni Zucchelli
Chirurgie esthétique mucogingivale


Partielle

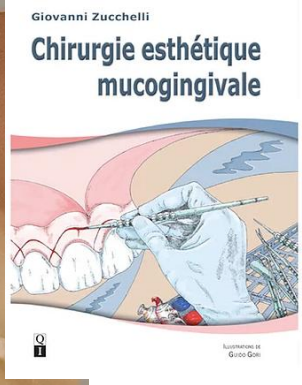

Giovanni Zucchelli
Chirurgie esthétique mucogingivale


Complète
Partielle

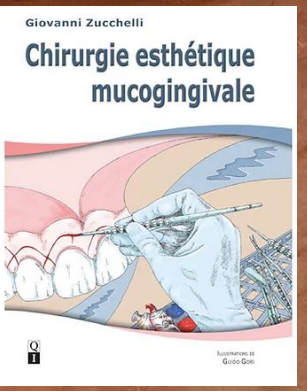

Giovanni Zucchelli
Chirurgie esthétique mucogingivale



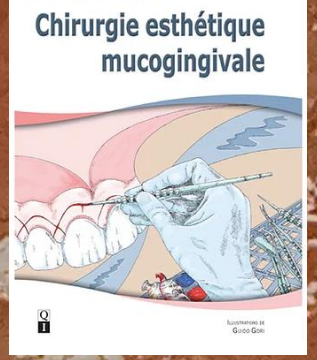
Décollement



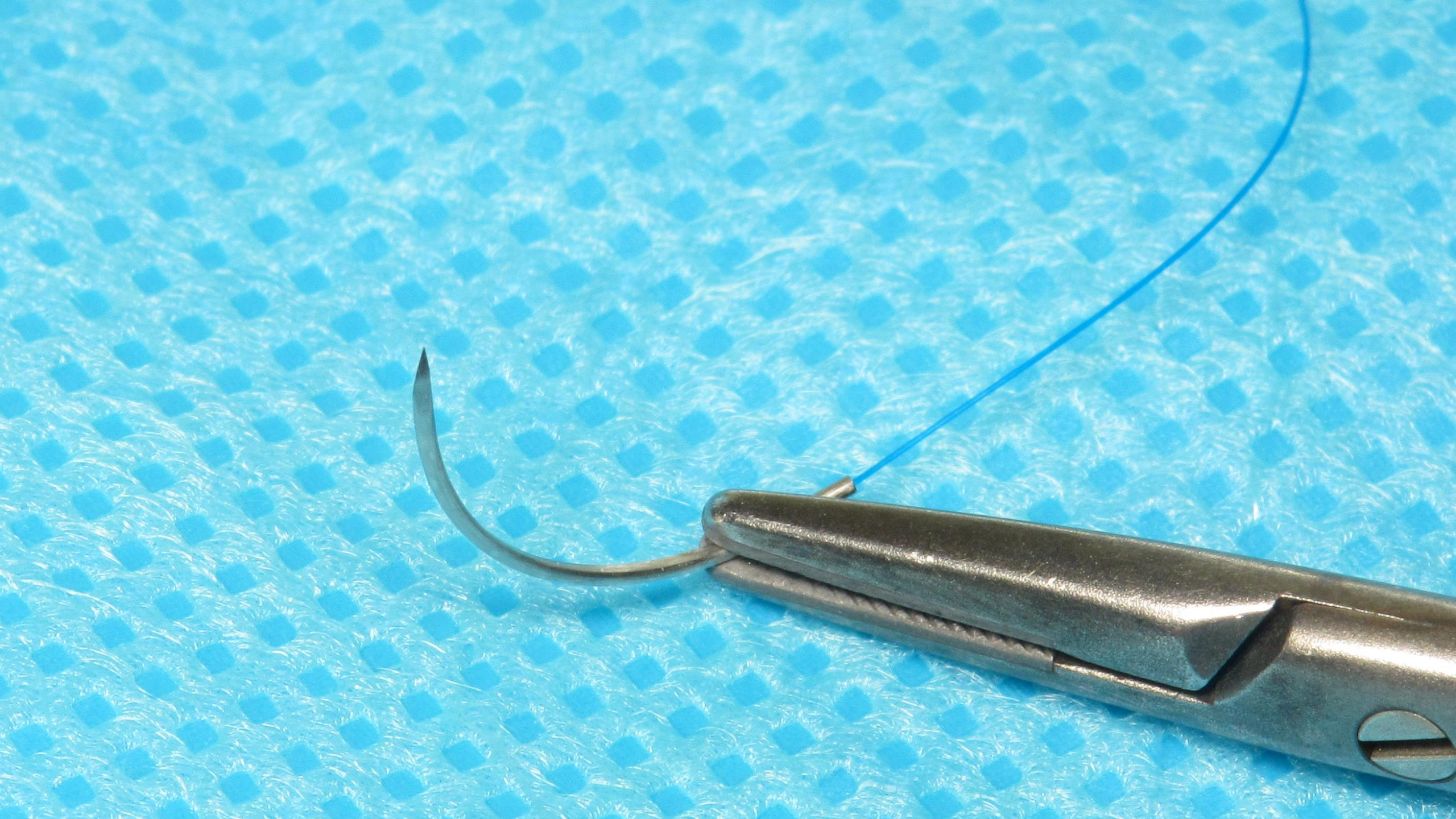
Décollement



Epaisseurs



Epaisseurs



Votre équipement

Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L’esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

J Prosthet Dent. 1978 Sep;40(3):244-52.

Dental esthetics and the golden proportion.

Levin EI.

Abstract

A system of esthetic predictions is described that has been used since antiquity. The naturalness of the system is emphasized by showing examples from nature and how artists and designers use it. The application of this system to dental esthetics is facilitated by the description and inclusion of a dental grid for the anterior esthetic segment.

PMID: 279670

Periodontology 2000, Vol. 11, 1996, 18-28
Printed in Denmark. All rights reserved

Copyright © Munksgaard 1996

PERIODONTOLOGY 2000
ISSN 0906-6713

The aesthetic smile: diagnosis and treatment

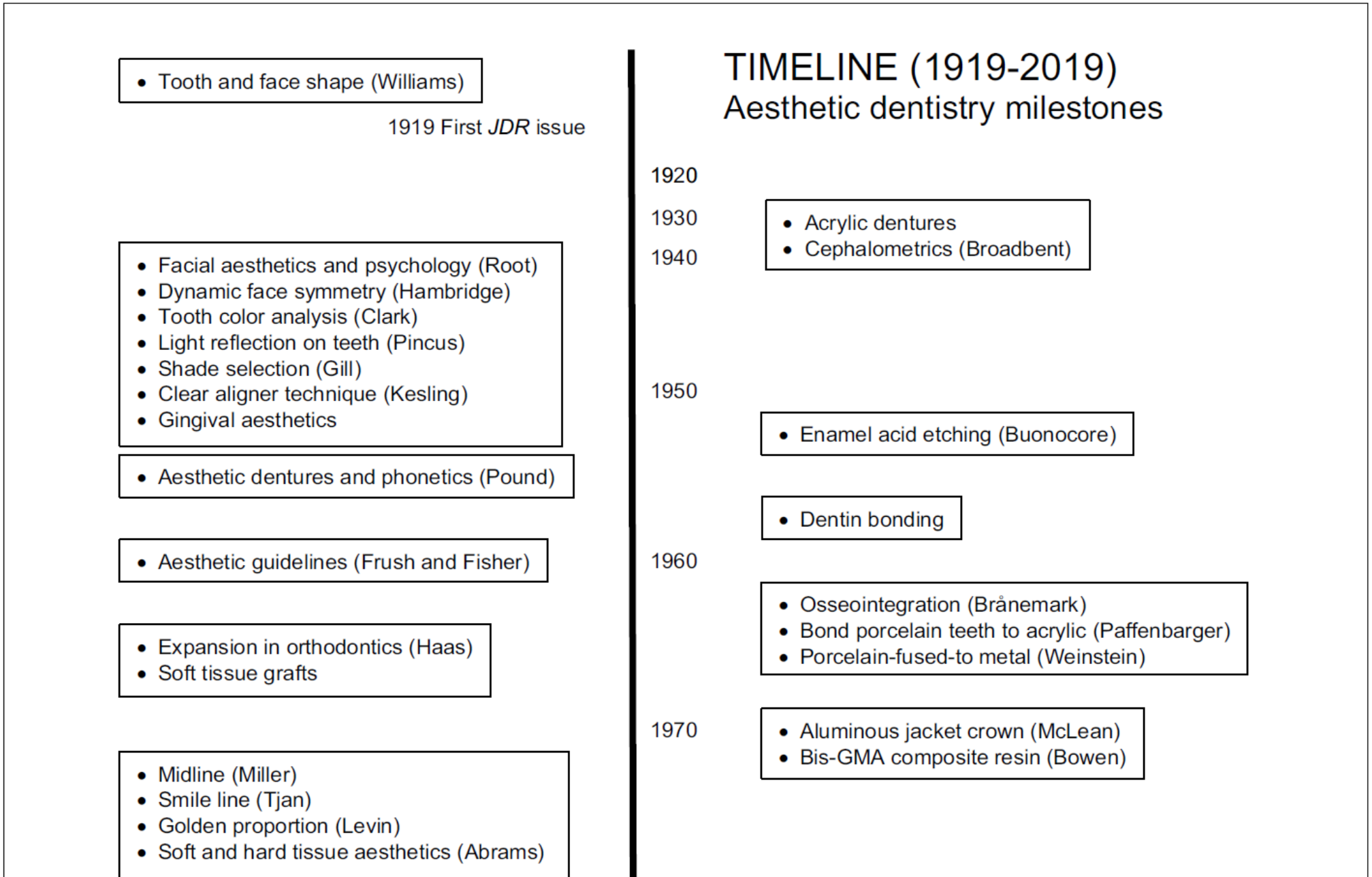
DAVID A. GARBER & MAURICE A. SALAMA

Roberto Rotundo, Michele Nieri, Daniele Bonaccini, Massimiliano Mori, Elena Lamberti, Domenico Massironi, Luca Giachetti, Lorenzo Franchi, Piero Venezia, Raffaele Cavalcanti, Elena Bondi, Mauro Farneti, Vilma Pinchi, Jacopo Buti

The Smile Esthetic Index (SEI): A method to measure the esthetics of the smile. An intra-rater and inter-rater agreement study

Beauty and the Teeth: Perception of Tooth Color and Its Influence on the Overall Judgment of Facial Attractiveness

*Lea Höfel, Dipl Psych**
*Matthias Lange, DDS***
*Thomas Jacobsen, Dipl Psych, PhD****


TIMELINE (1919-2019)
Aesthetic dentistry milestones
1919 First JDR issue
• Tooth and face shape (Williams)
1920
1930
1940
• Acrylic dentures
• Cephalometrics (Broadbent)
• Facial aesthetics and psychology (Root)
• Dynamic face symmetry (Hambridge)
• Tooth color analysis (Clark)
• Light reflection on teeth (Pincus)
• Shade selection (Gill)
• Clear aligner technique (Kesling)
• Gingival aesthetics
1950
• Enamel acid etching (Buonocore)
• Aesthetic dentures and phonetics (Pound)
• Dentin bonding
• Aesthetic guidelines (Frush and Fisher)
1960
• Osseointegration (Brånemark)
• Bond porcelain teeth to acrylic (Paffenbarger)
• Porcelain-fused-to metal (Weinstein)
• Expansion in orthodontics (Haas)
• Soft tissue grafts
1970
• Aluminous jacket crown (McLean)
• Bis-GMA composite resin (Bowen)
• Midline (Miller)
• Smile line (Tjan)
• Golden proportion (Levin)
• Soft and hard tissue aesthetics (Abrams)

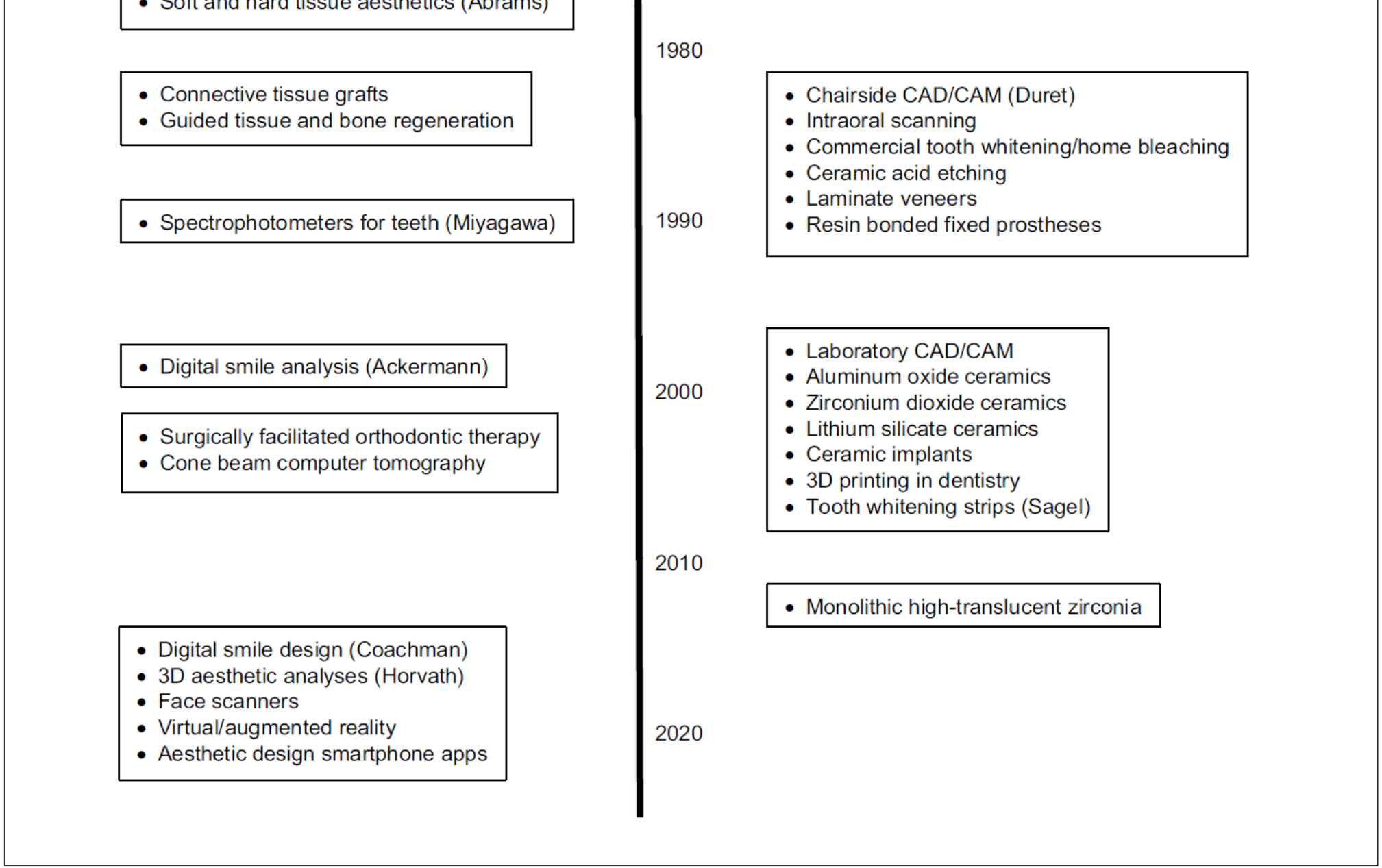


Figure 1. Timeline of milestones in aesthetic dentistry (1919 to 2019). Entries display, in chronological order, select significant developments and discoveries that occurred each decade. CAD, computer-aided design; CAM, computer-aided manufacturing.

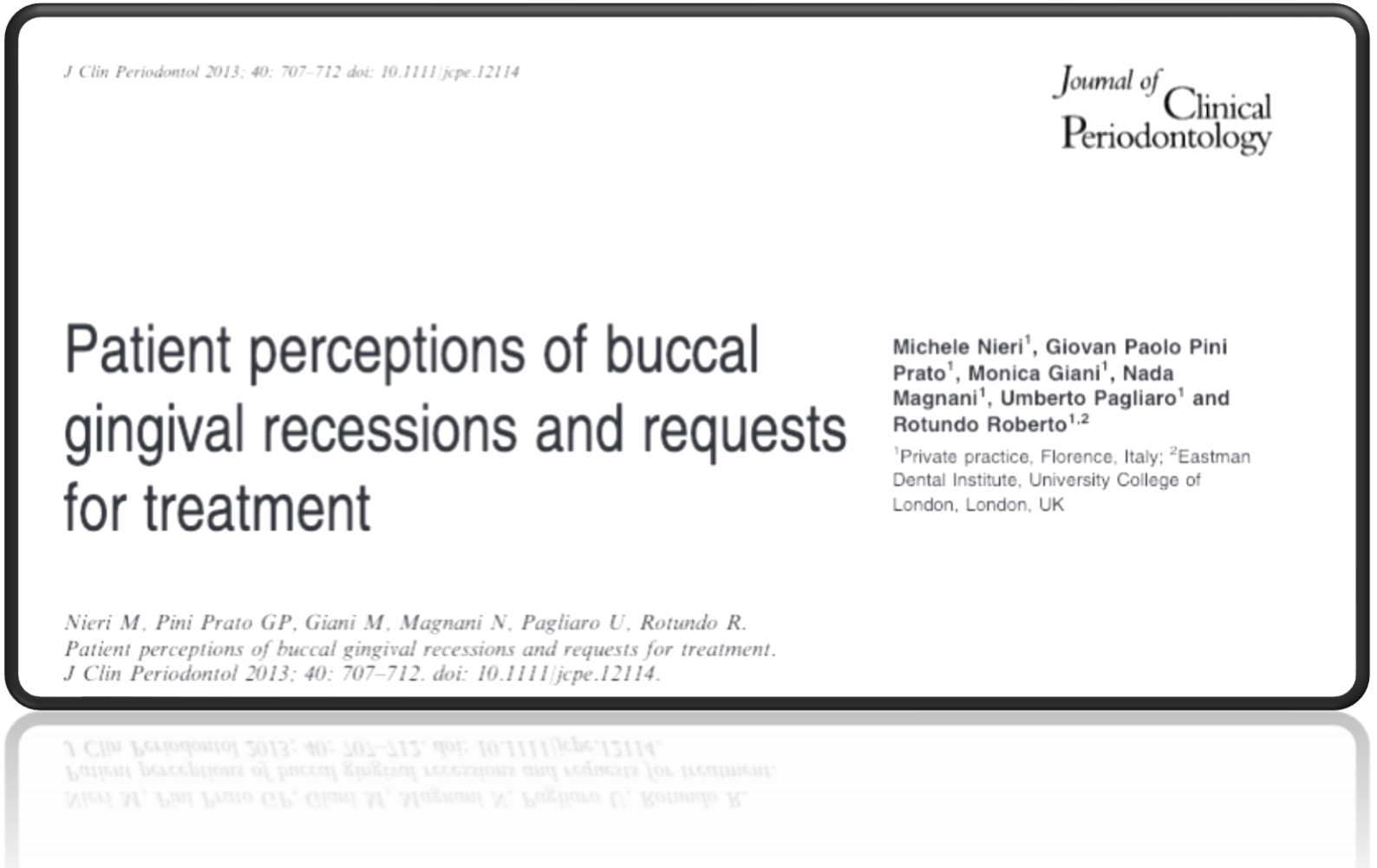
La chirurgie plastique parodontale

- Procédure chirurgicale
- Prévenir et corriger
- Les défauts
- - gingivaux, muqueuse alvéolaire et osseux
- - D’origine anatomique, d’évolution, traumatique, morbide.

Zuccheli 2018 Perio 2000

Le patient
au centre du plan de traitement

- La perception du patient versus la perception du chirurgien
- PROM : Patient related outcomes measures



Periodontology 2000

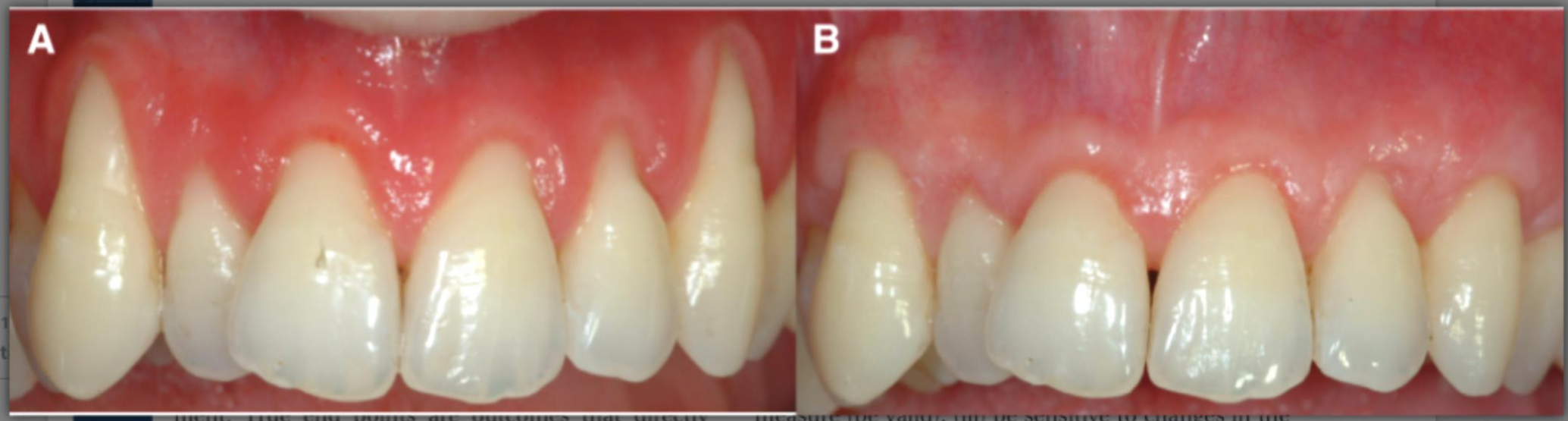
Periodontology 2000, Vol. 77, 2018, 19–53
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2018 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd

PERIODONTOLOGY 2000

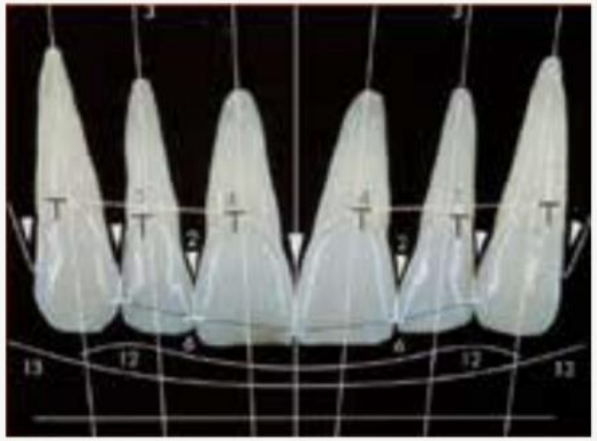
Esthetic evaluation and patient-centered outcomes in root-coverage procedures

Ilham Mounssif, Martina Stefanini, Claudio Mazzotti, Matteo Marzadori, Matteo Sangiorgi & Giovanni Zucchelli



Analyse esthétique

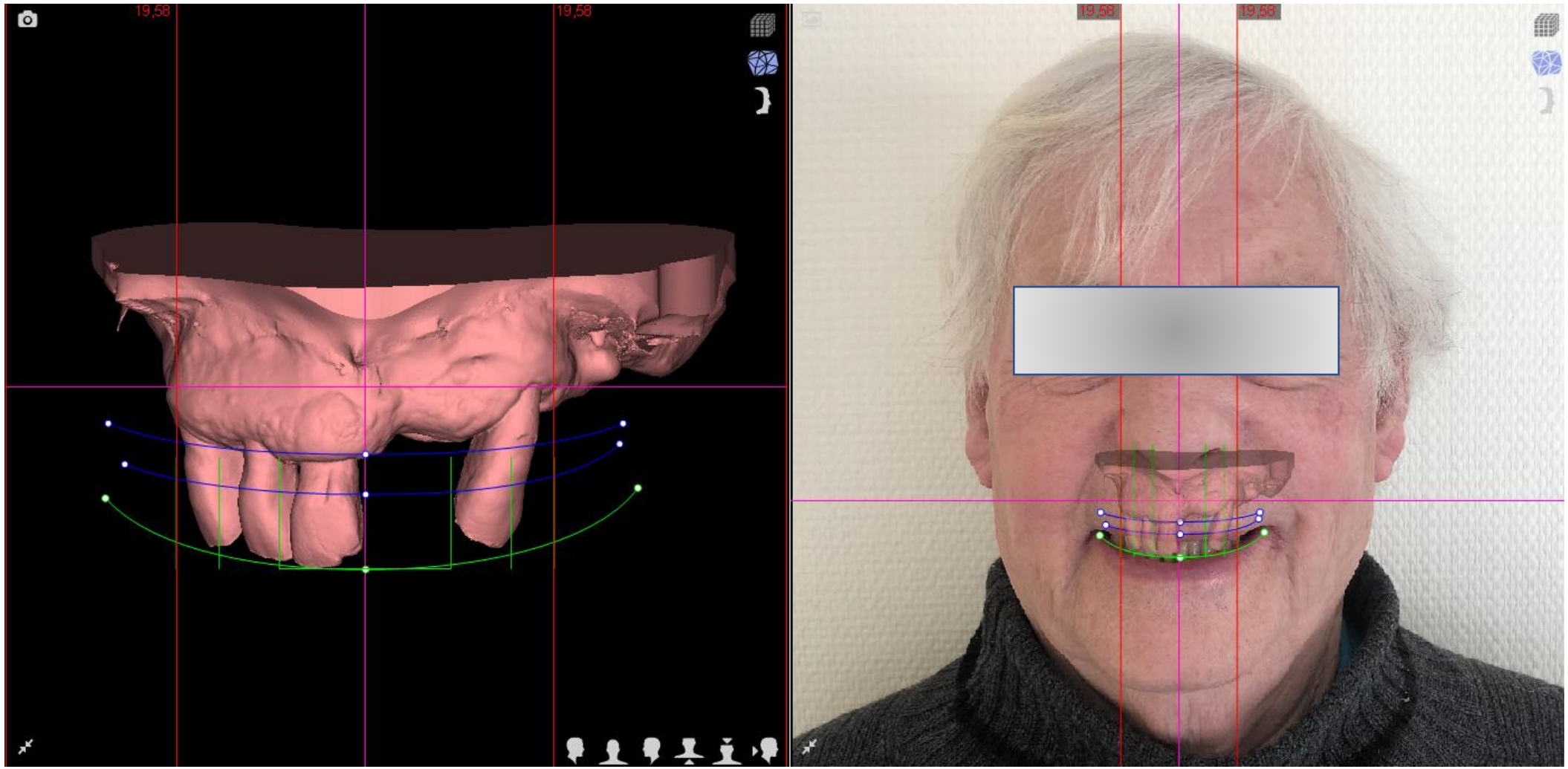
Table 2 Esthetic checklist by Magne and Belser[6]: esthetic fundamental (objective and subjective) criteria

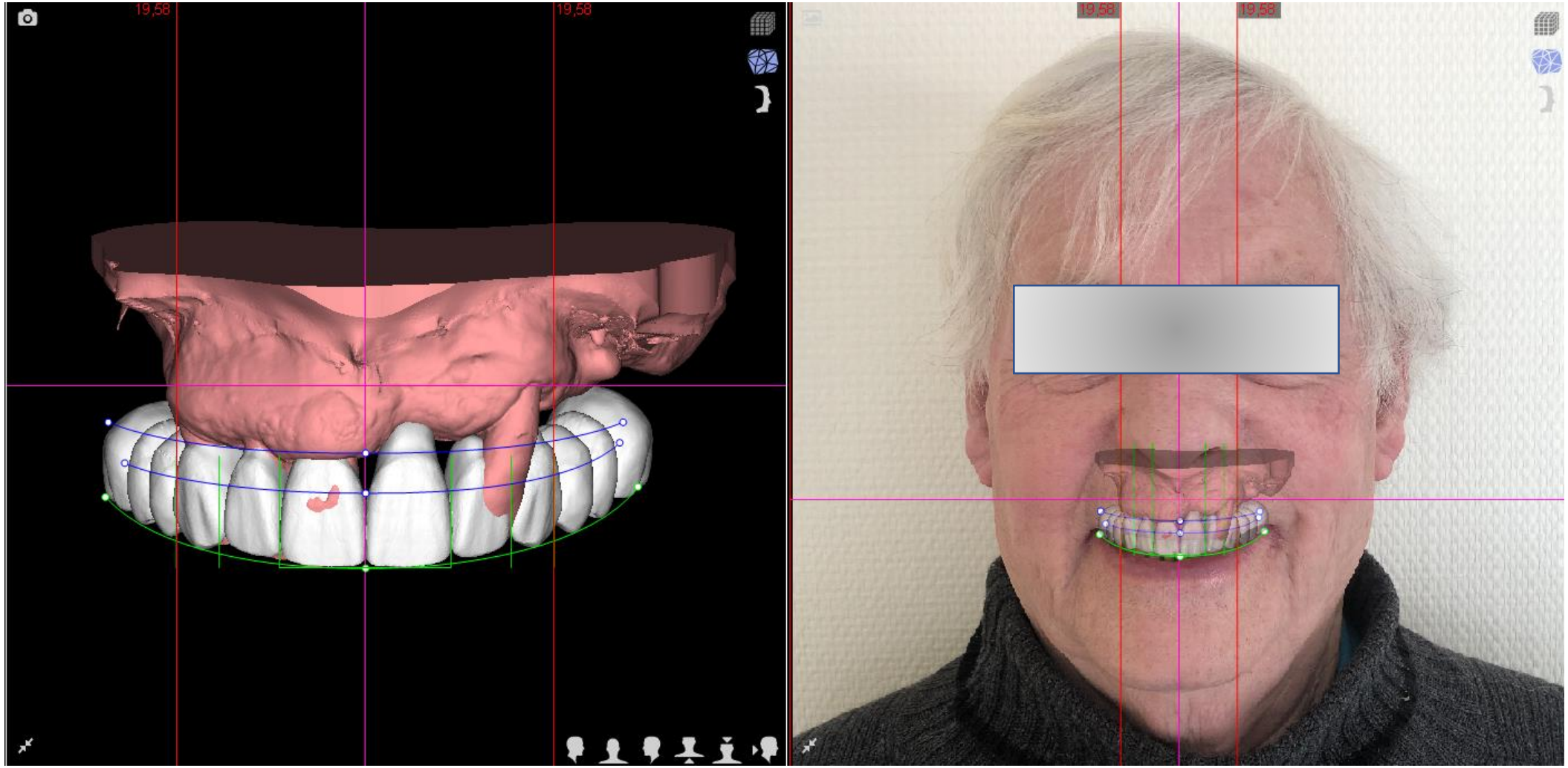
	Fundamental objective criteria	**Fundamental subjective criteria (esthetic integration)**
	1. Healthy gingival tissue 2. Interdental closing 3. Dental axis 4. Zenith gingival contour 5. Balance of gingival levels 6. Level of interdental contact 7. Relative dental dimensions 8. Essential characteristics of tooth shape 9. Dental characterizations 10. Surface texture 11. Color 12. Configuring the incisal edge 13. Line of the lower lip 14. Symmetry of the smile	1. Changes in the tooth shape 2. Teeth layout and position 3. Coronal relative length 4. Negative space

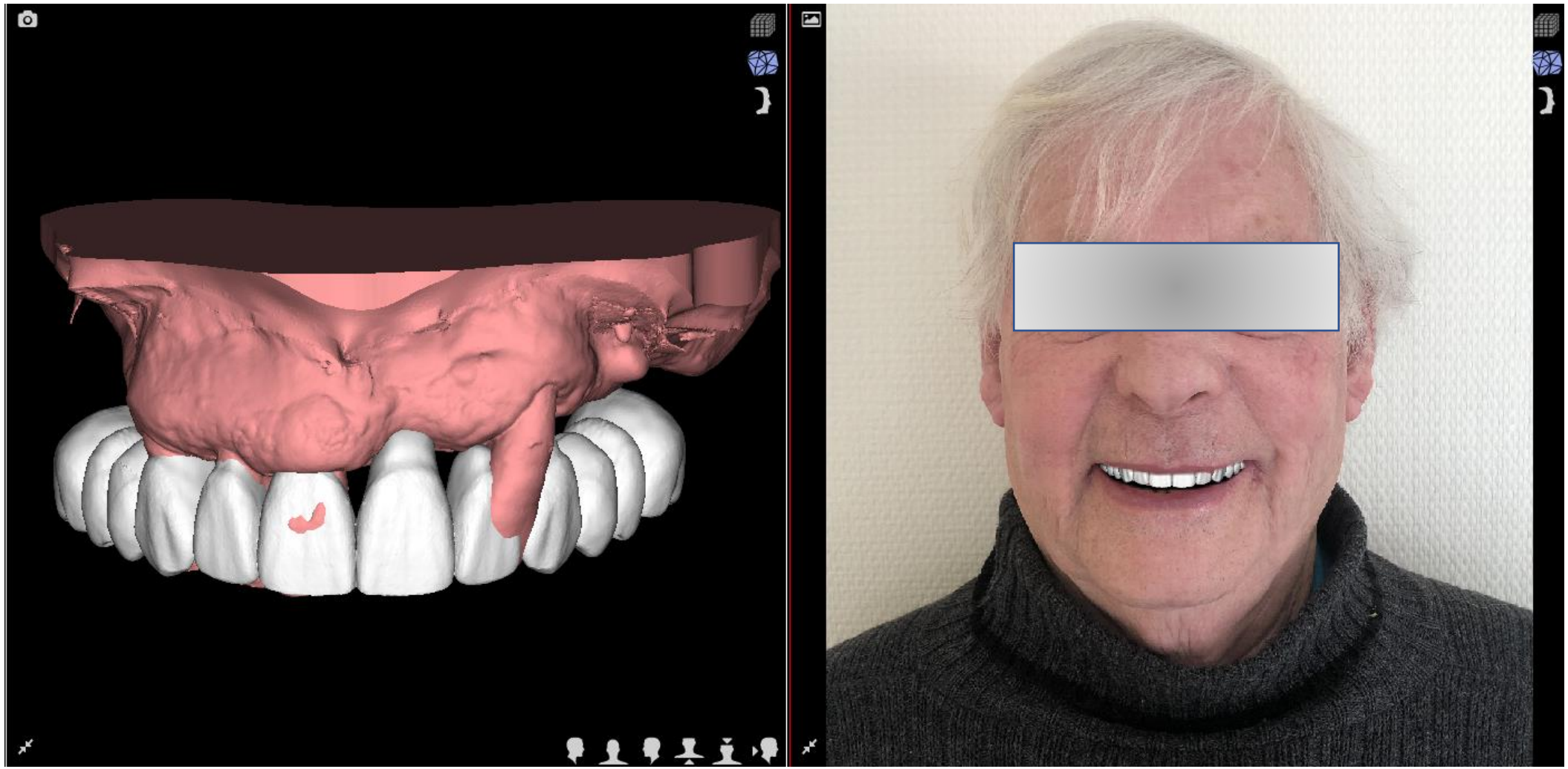
DSD PROTOCOL

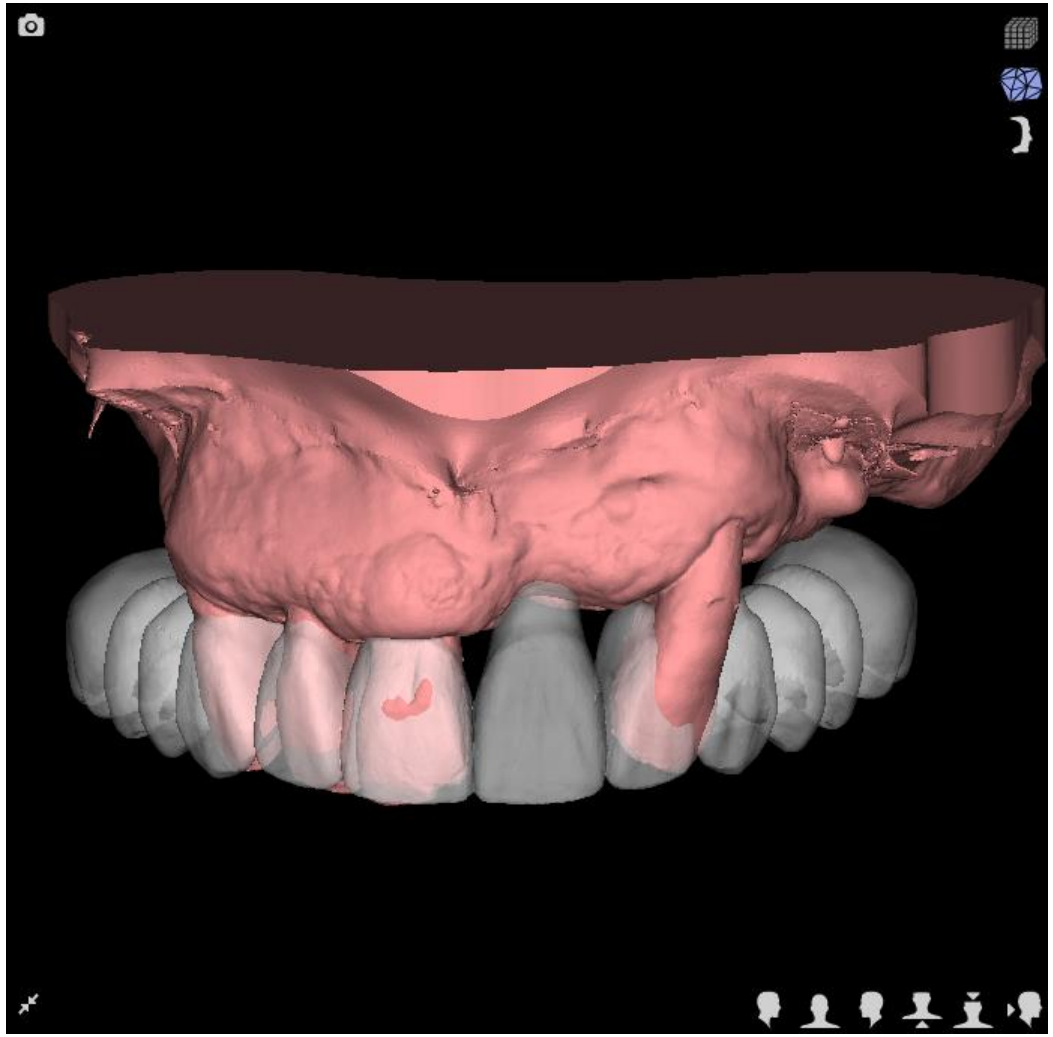
Facial frontal smile | Facial frontal rest | Facial profile smile | Facial profile rest | Tweleve o'clock

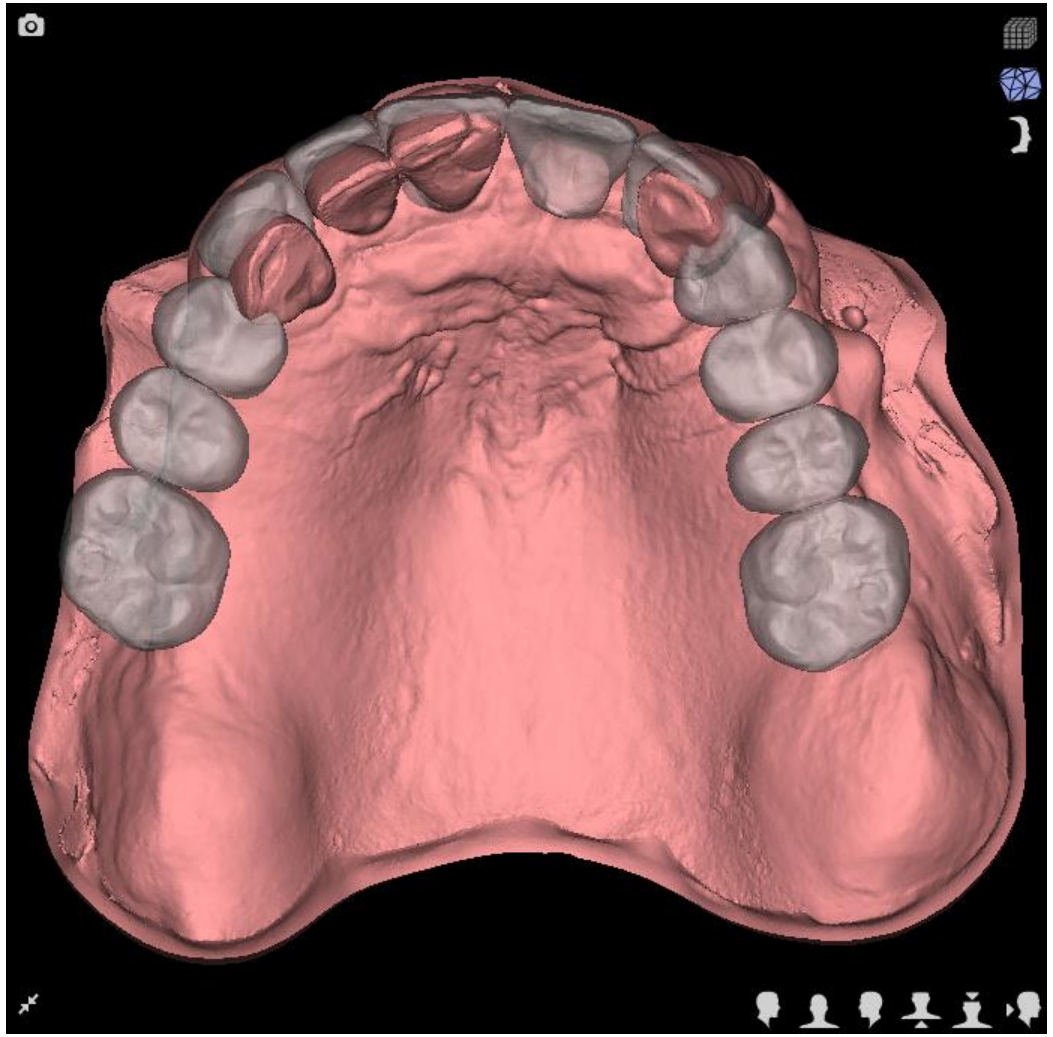
5 PHOTOS + VIDEO + STL

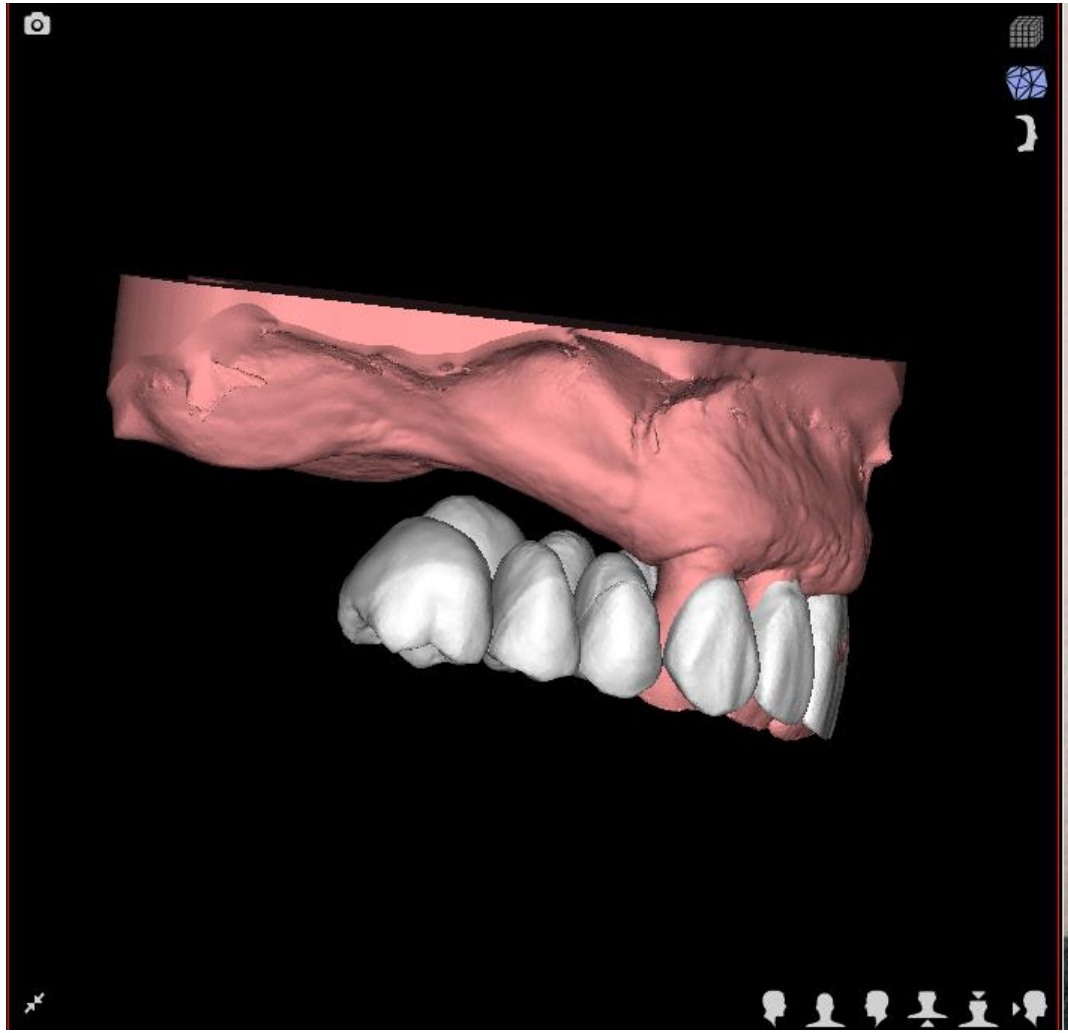

19,58
19,58
19,58
19,58

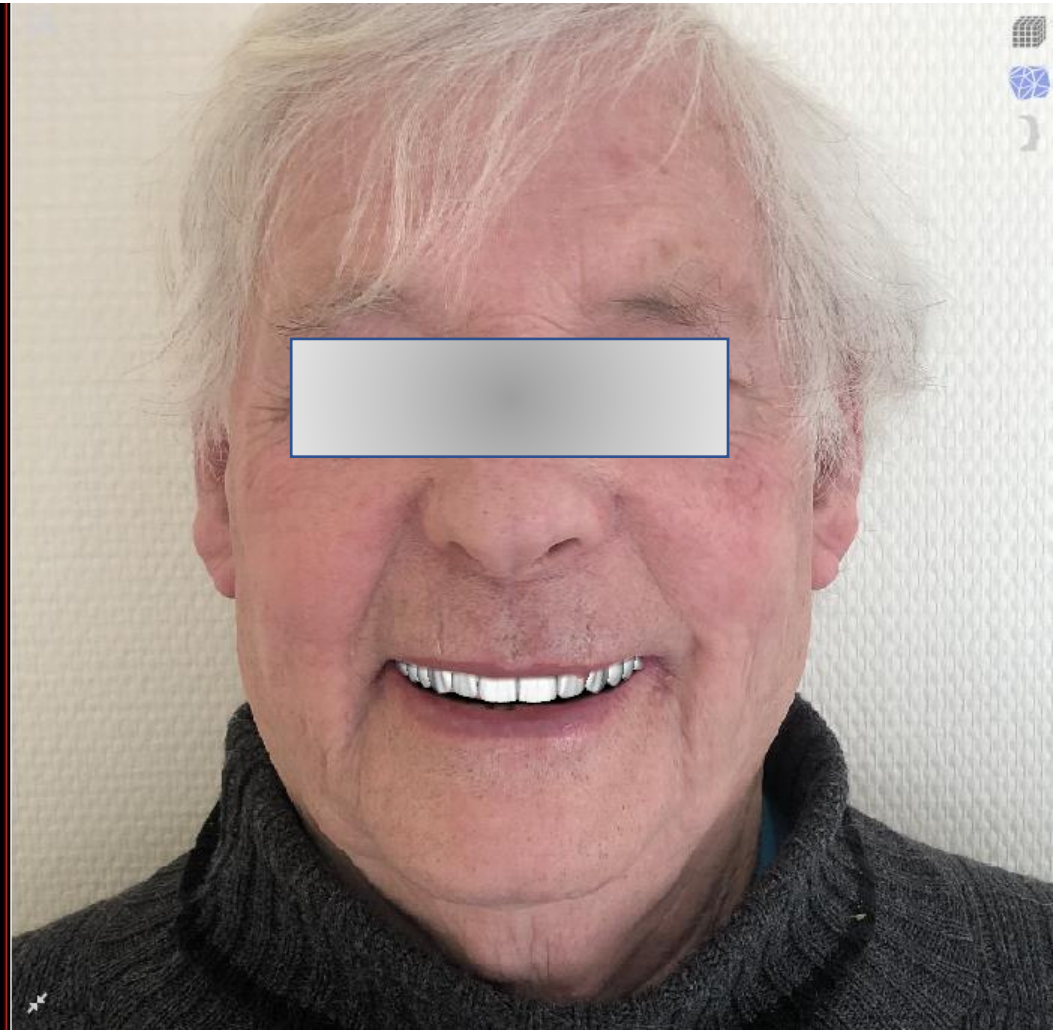

19,58
19,58
19,58
19,58

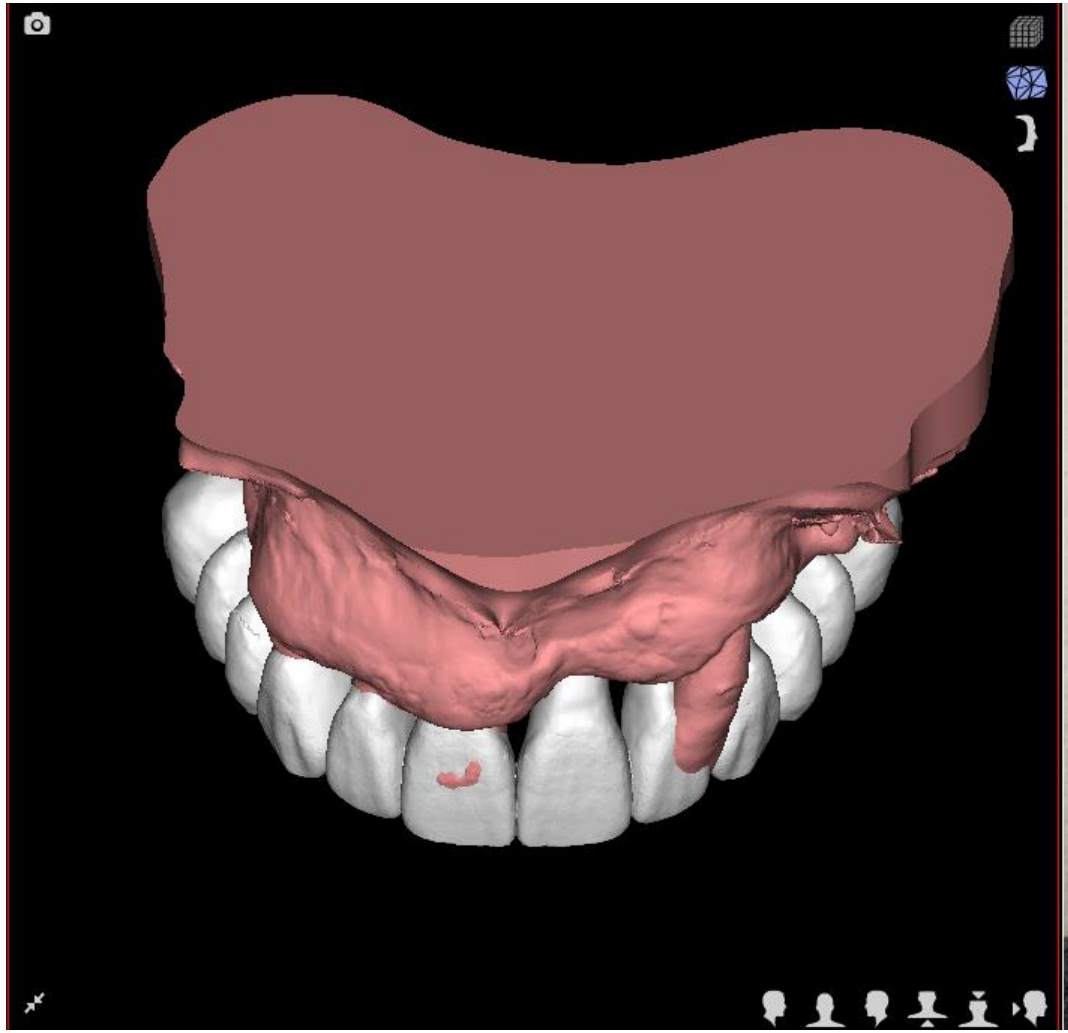


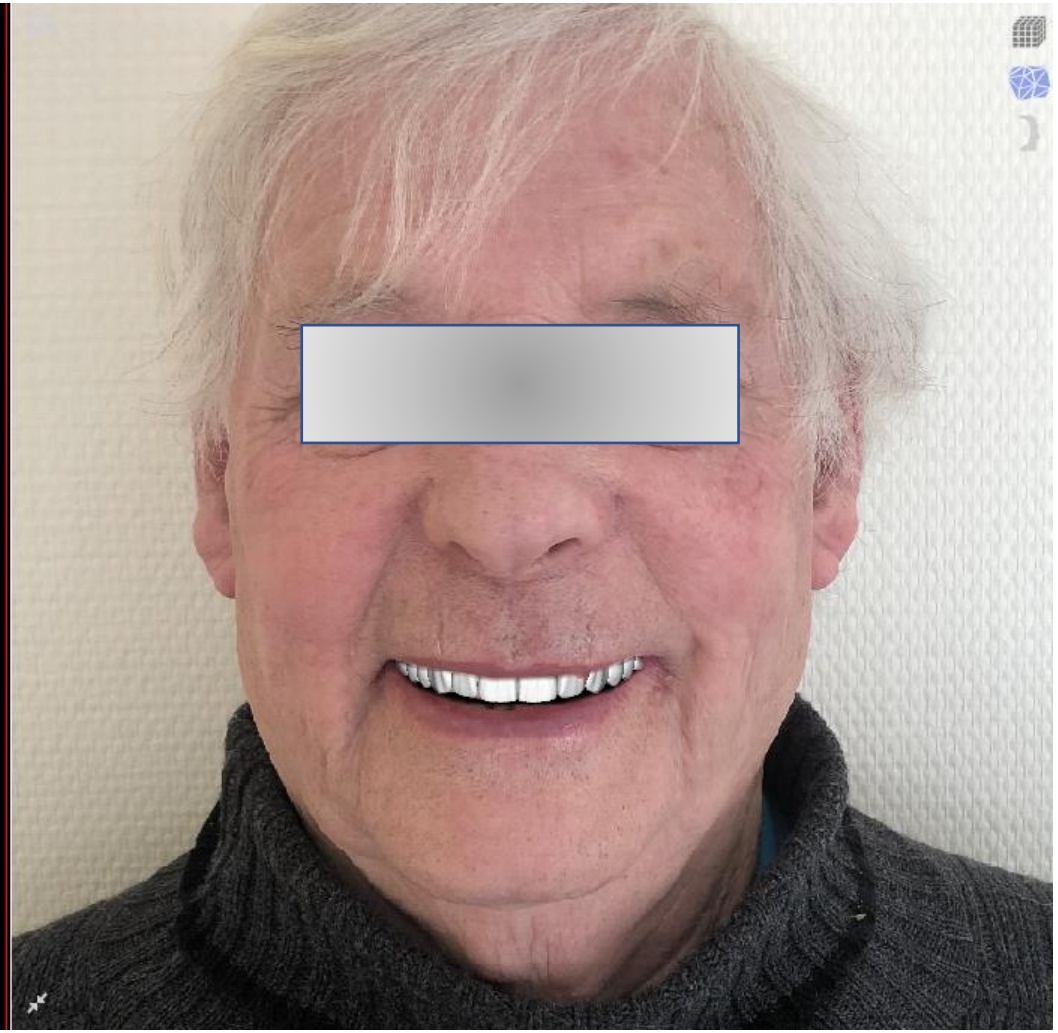


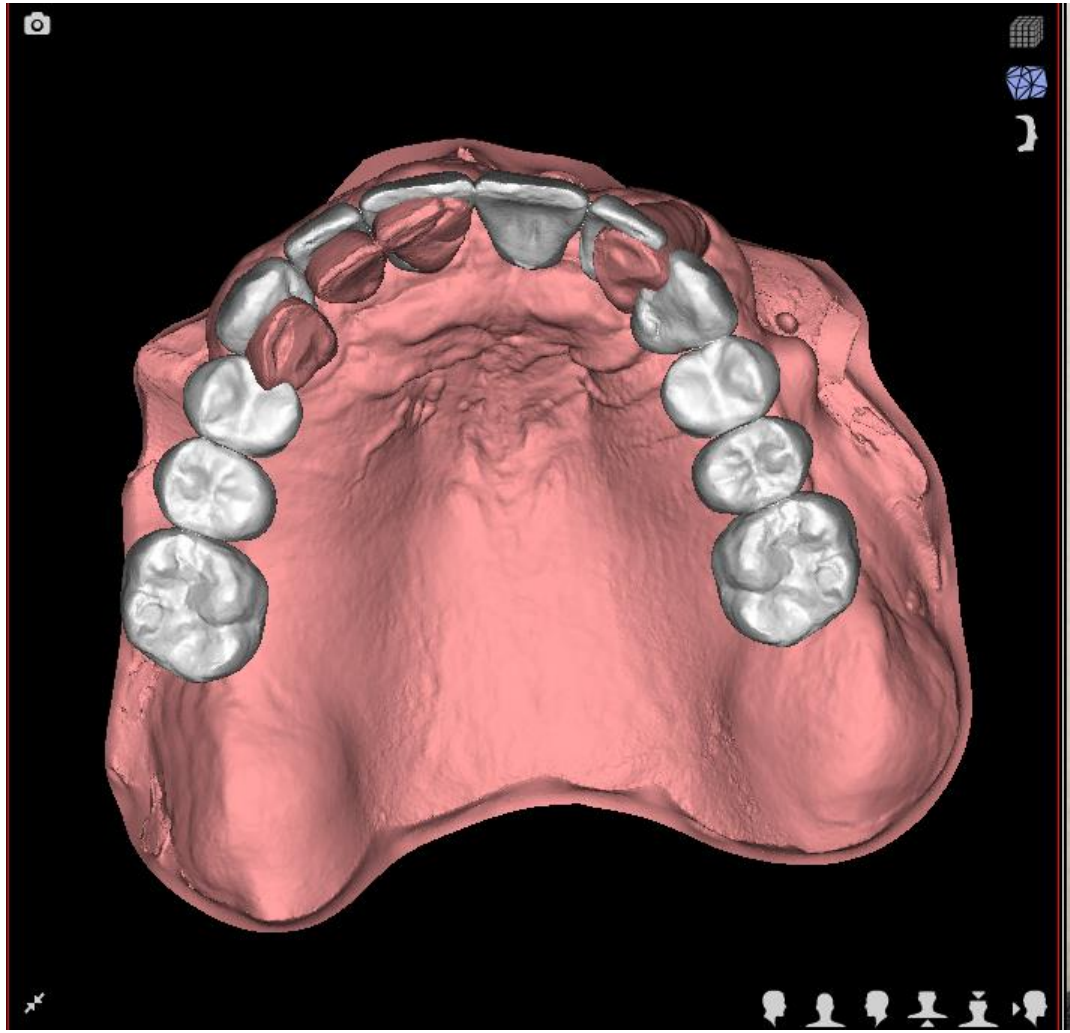


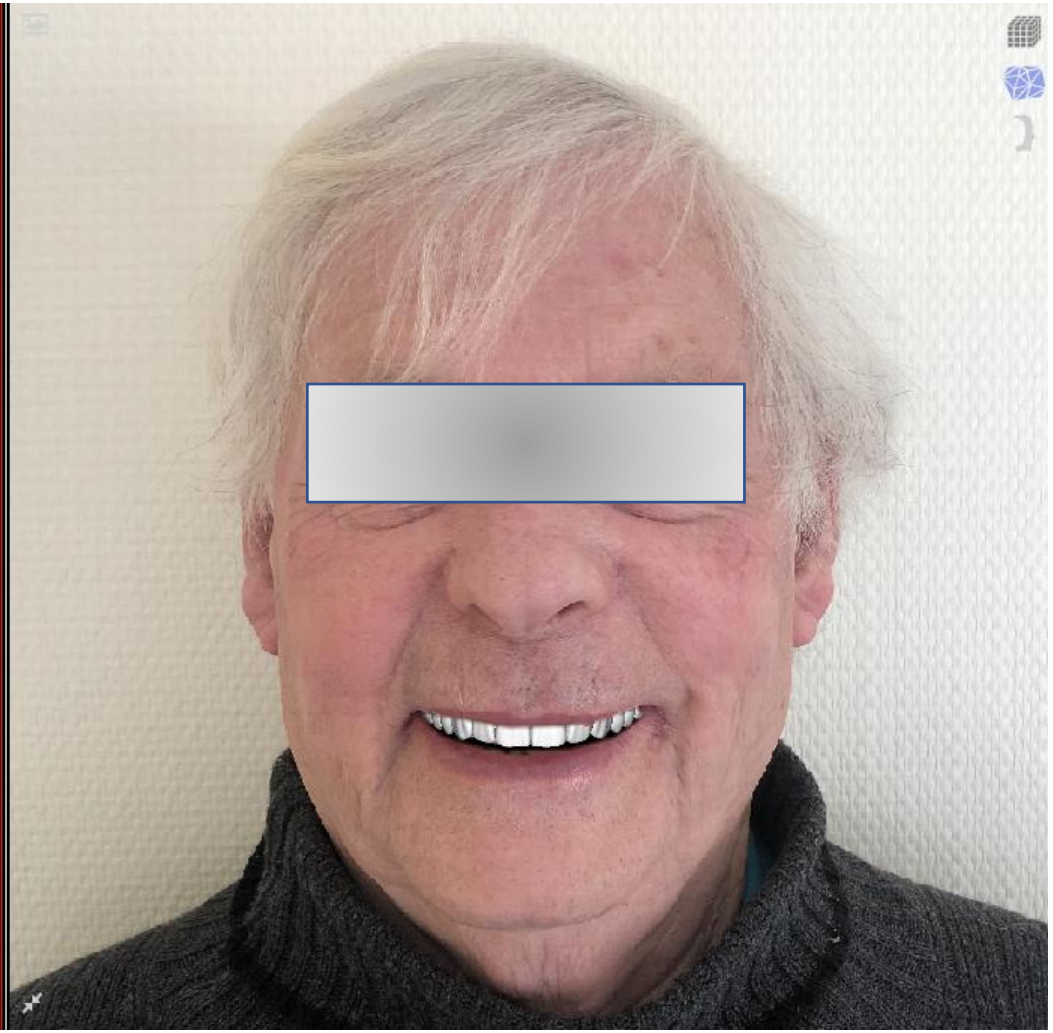


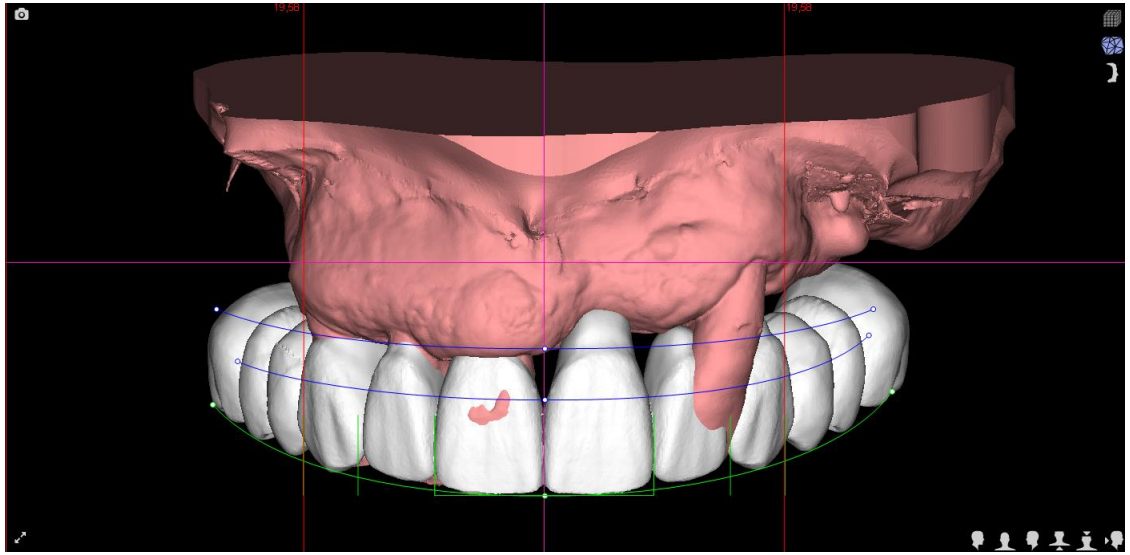


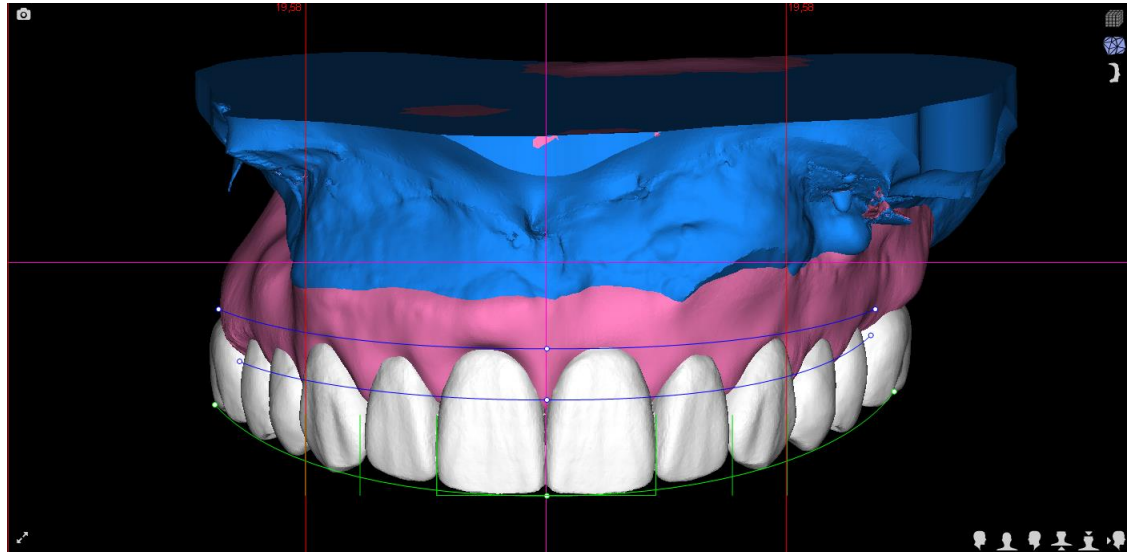


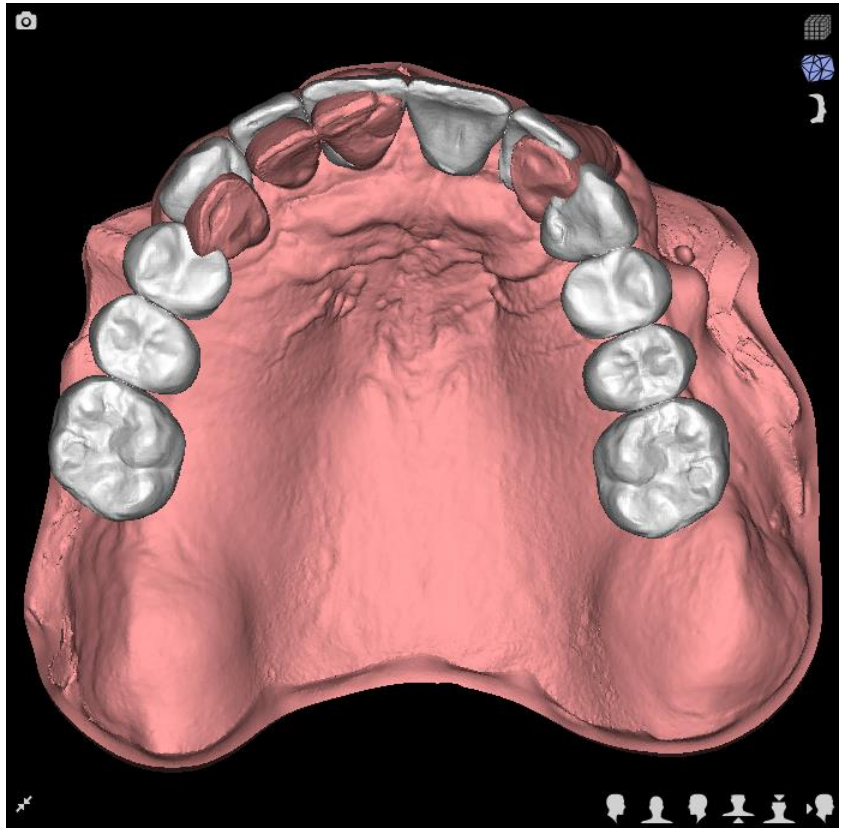


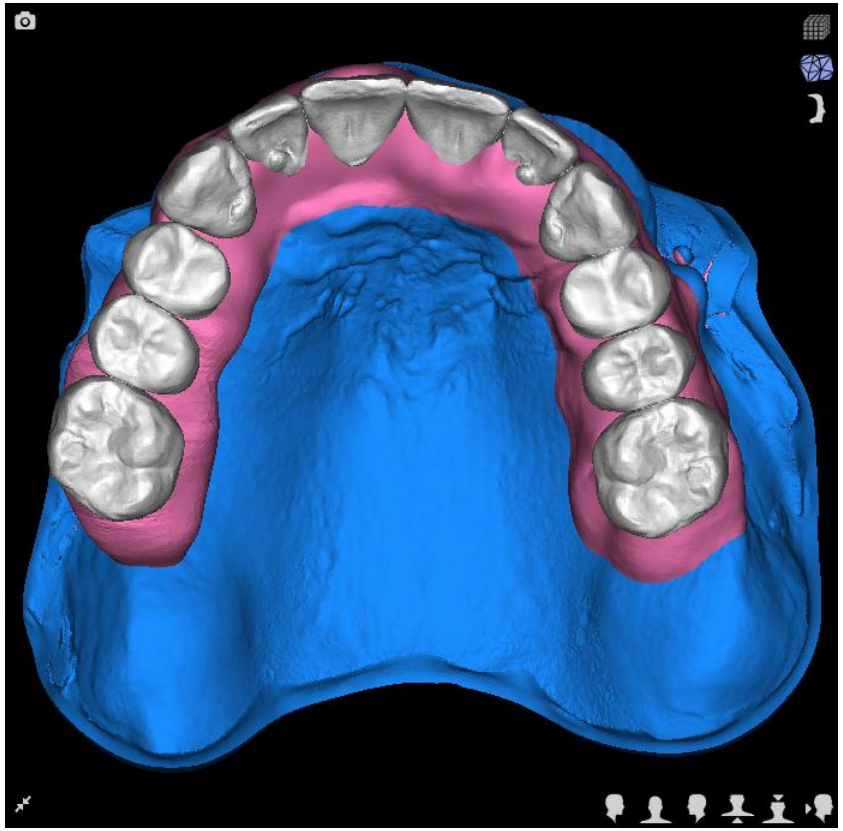


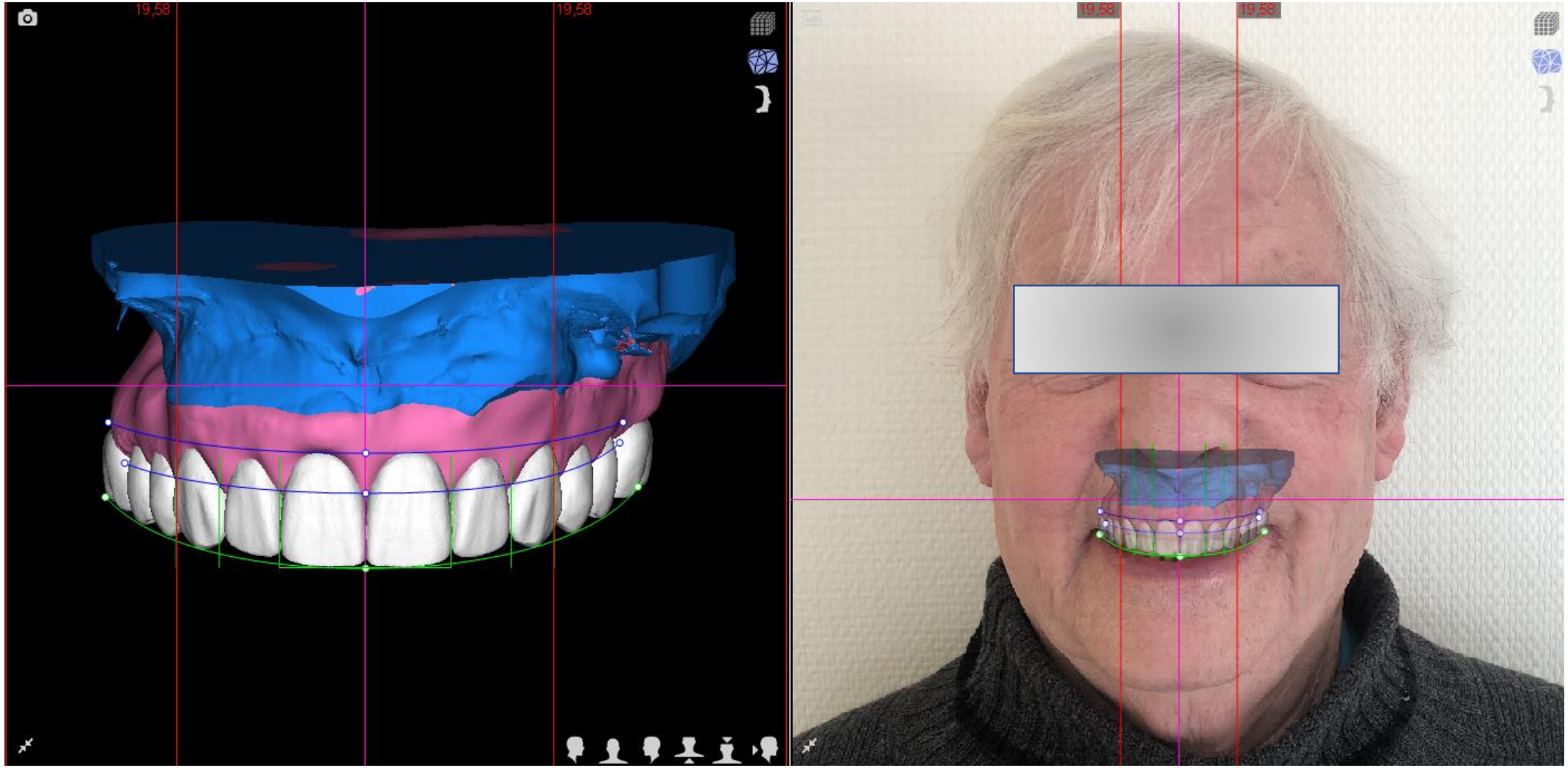


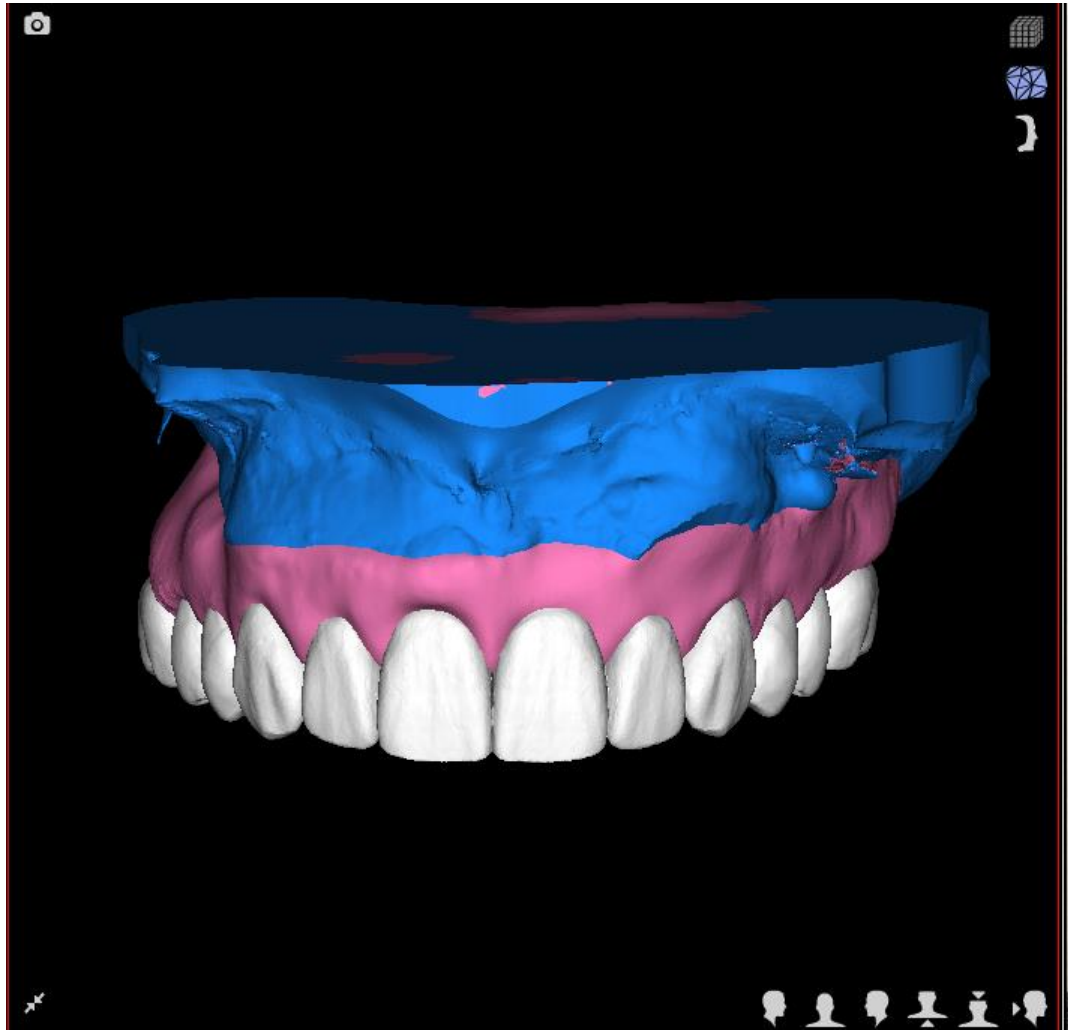


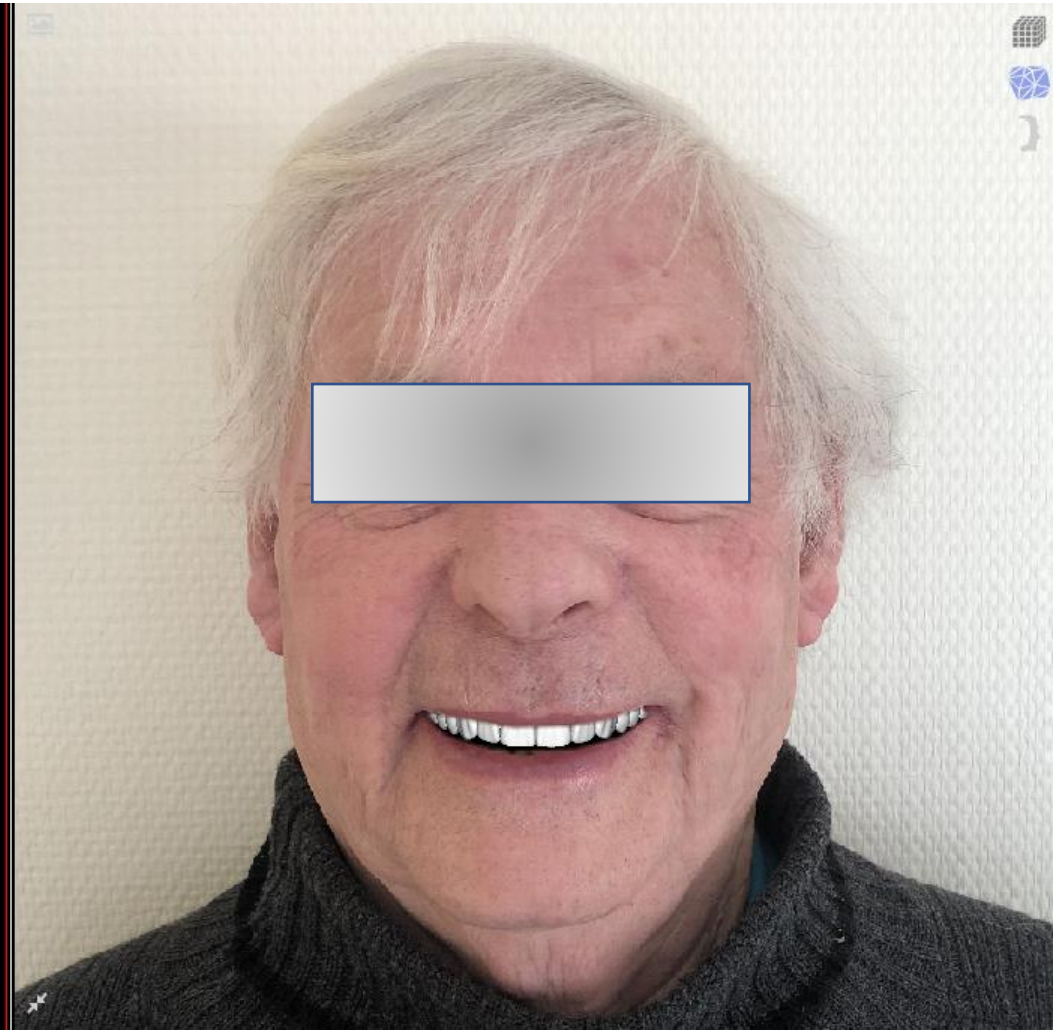


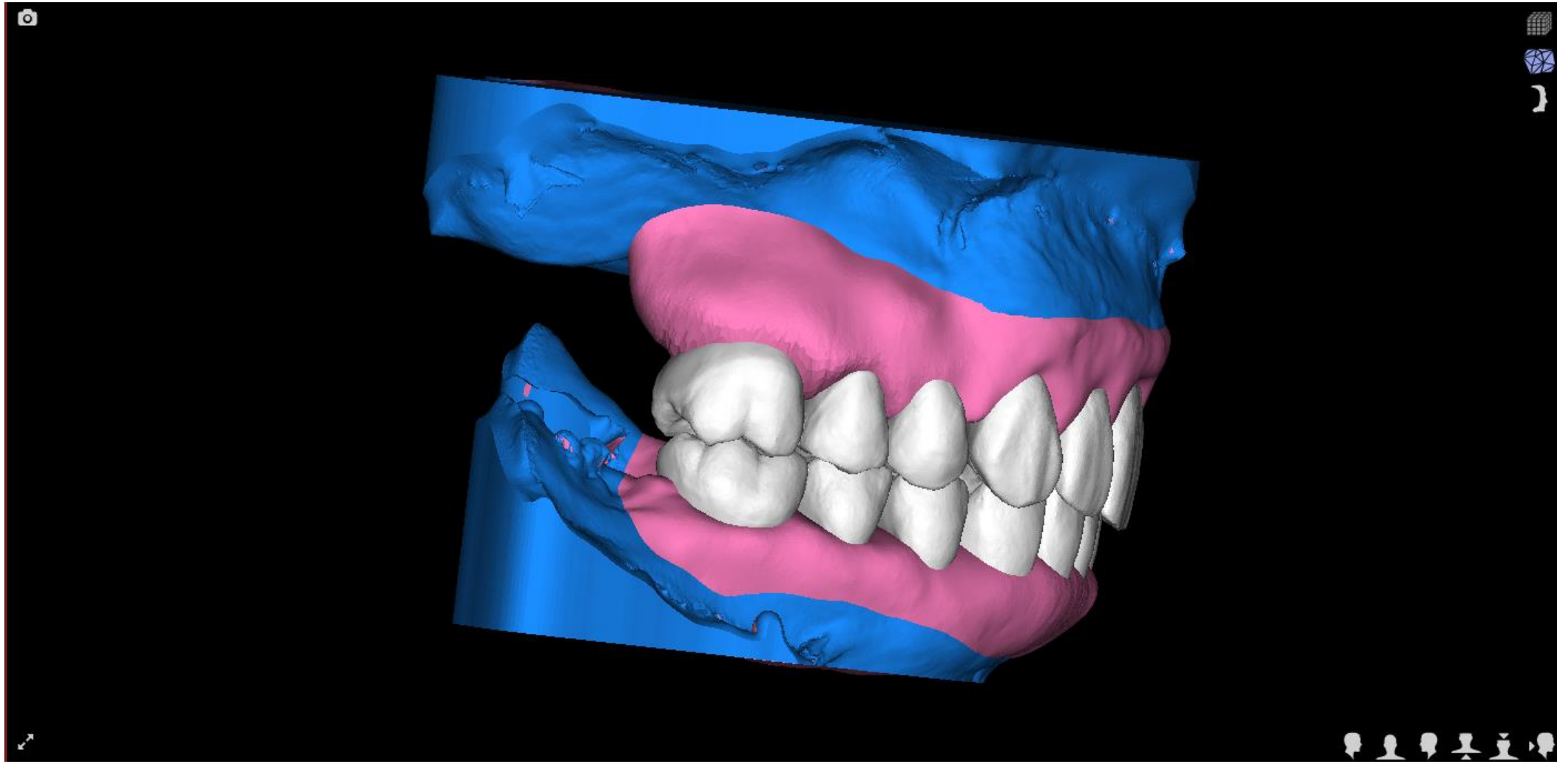


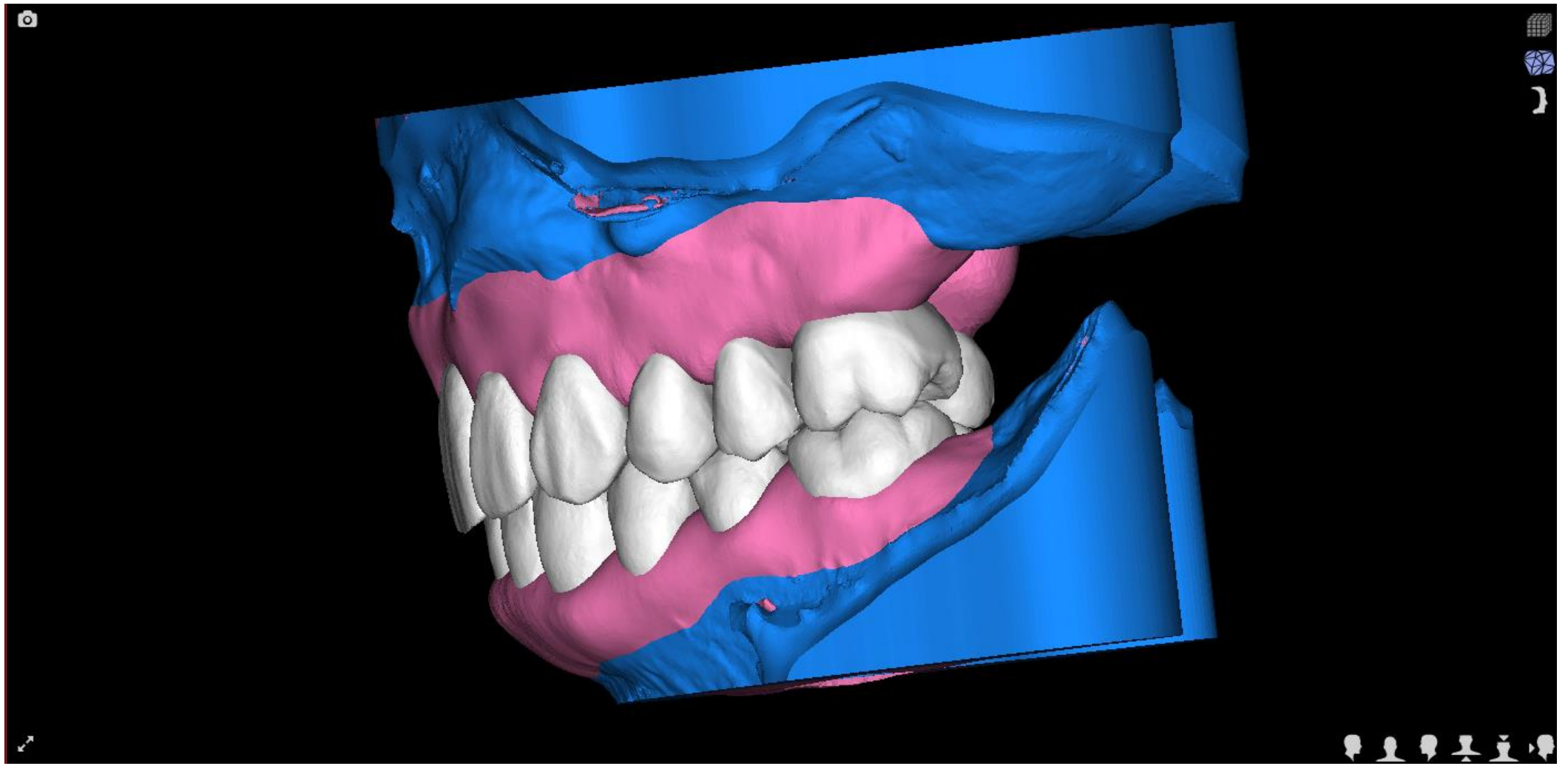


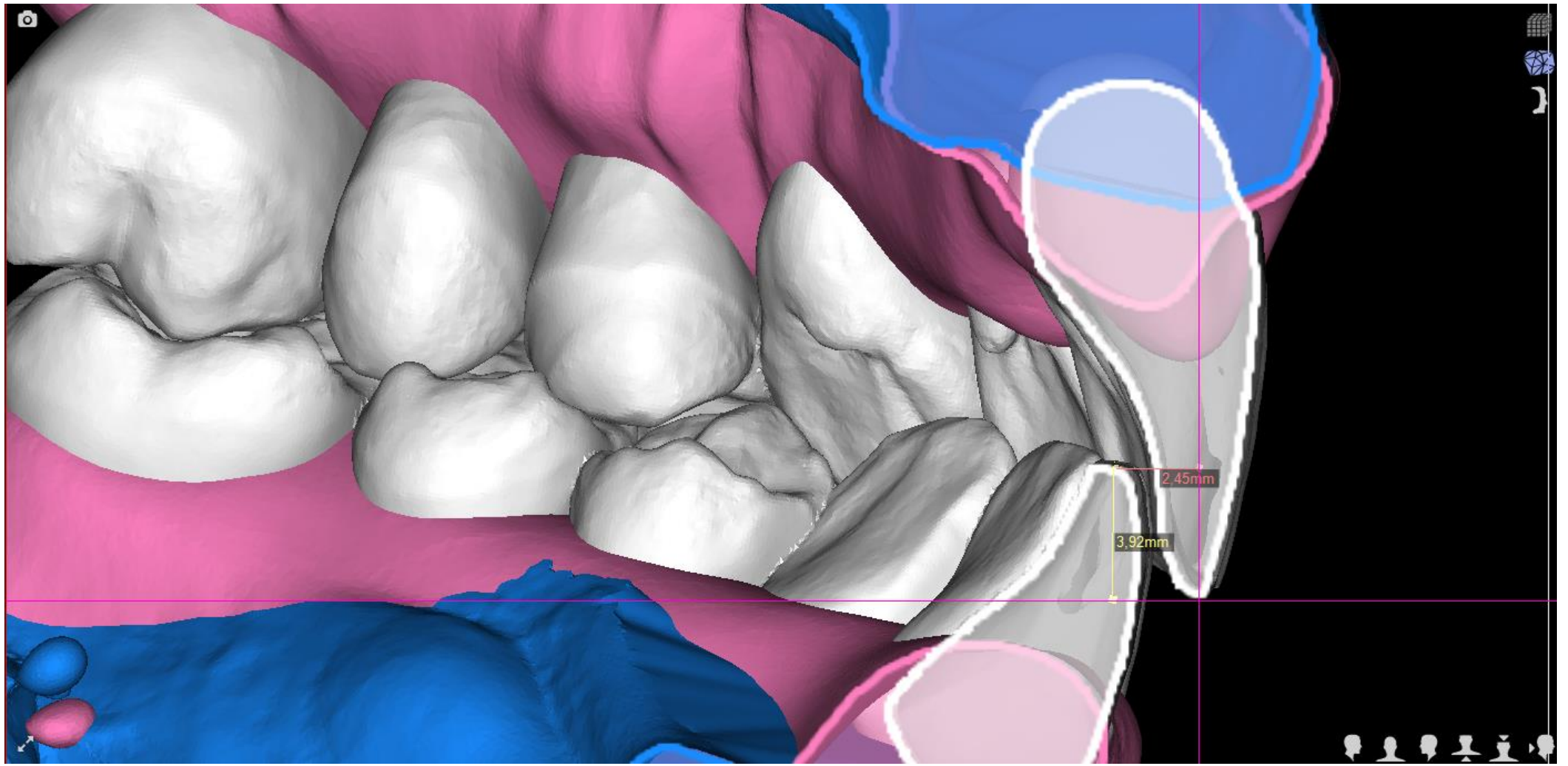

19,58
19,58
19,58
19,58

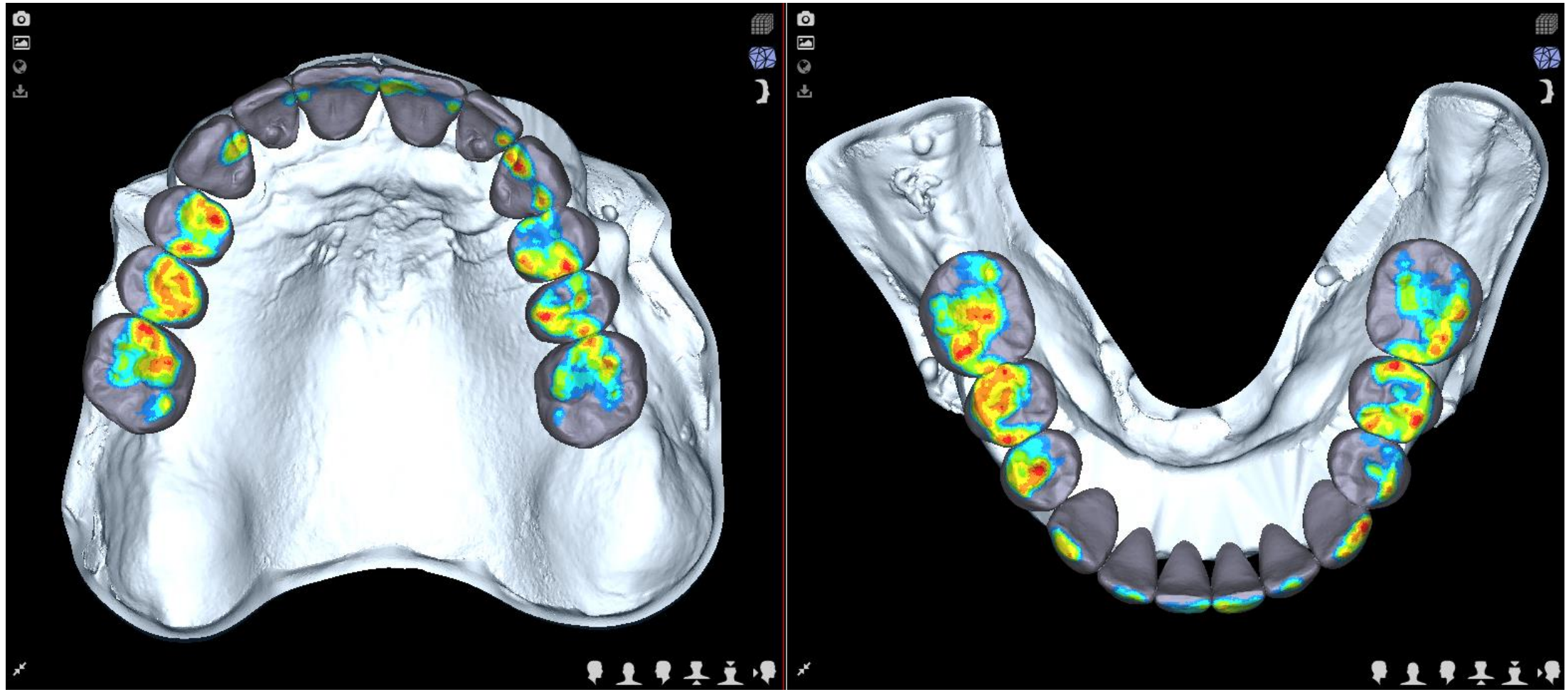









2,45mm
3,92mm



Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L'esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

LES DEFAUTS MUCOGINGIVAUX

- De l’examen clinique
- Aux définitions

Plan du cours sur le dossier paro

I. Rappels anatomiques
II. L'examen initial
    I. Identité du patient
    II. MOTIF DE CONSULTATION
    III. Entretien clinique
    IV. Examen clinique – Examen parodontal
    V. Conclusion de l'examen initial
III. Les examens complémentaires
    I. Imagerie
    II. Tests bactériens
IV. Synthèse – Hypothèses diagnostiques
V. Plan de traitement - Planification

Plan du cours sur le dossier paro

I. Rappels anatomiques
II. L'examen initial
    I. Identité du patient
    II. MOTIF DE CONSULTATION
    III. Entretien clinique
    IV. Examen clinique – Examen parodontal
    V. Conclusion de l'examen initial
III. Les examens complémentaires
    I. Imagerie
    II. Tests bactériens
IV. Synthèse – Hypothèses diagnostiques
V. Plan de traitement - Planification

Motif de consultation

- Aspect inesthétique du sourire
  Nieri et coll. 2013
- Peur de caries radiculaires, aggravation de la lésion cervicale non carieuse, perdre la ou les dents
  Pini-Prato et coll.2010 Bignozzi et coll. 2013
- Hyperesthésie radiculaire
  Rees et Addy 2002
- Sensibilité gingivale au brossage ou à la mastication - muqueuse alvéolaire Smuckler et Machtei 1987

Plan du cours sur le dossier paro

I. Rappels anatomiques
II. L'examen initial
    I. Identité du patient
    II. MOTIF DE CONSULTATION
    III. Entretien clinique
    IV. Examen clinique – Examen parodontal
    V. Conclusion de l'examen initial
III. Les examens complémentaires
    I. Imagerie
    II. Tests bactériens
IV. Synthèse – Hypothèses diagnostiques
V. Plan de traitement - Planification

Examen qualitatif

CARACTÉRISTIQUES	SAINE	PATHOLOGIQUE
COULEUR	ROSE CORAIL	ROUGE, LIE DE VIN, VIOLACÉE
CONSISTANCE	FERME	LÂCHE, GODET
TEXTURE	GRANITÉE	BRILLANTE, VERNISÉÉ
FORME DU BORD LIBRE	LAME DE COUTEAU	ARRONDI
PROFONDEUR DU SILLON GINGIVO DENTAIRE	0,5 à 3mm	> 3mm
FLUIDE GINGIVAL	ABSENT	AUGMENTE EN FONCTION DE L'INFLAMMATION
SAIGNEMENT	NUL	PROVOQUÉ, SPONTANÉ

CARACTÉRISTIQUES	SAINE
COULEUR	ROSE CORAIL
CONSISTANCE	FERME
TEXTURE	GRANITÉE
FORME DU BORD LIBRE	LAME DE COUTEAU
PROFONDEUR DU SILLON GINGIVO DENTAIRE	0,5 à 3mm
FLUIDE GINGIVAL	ABSENT
SAIGNEMENT	NUL

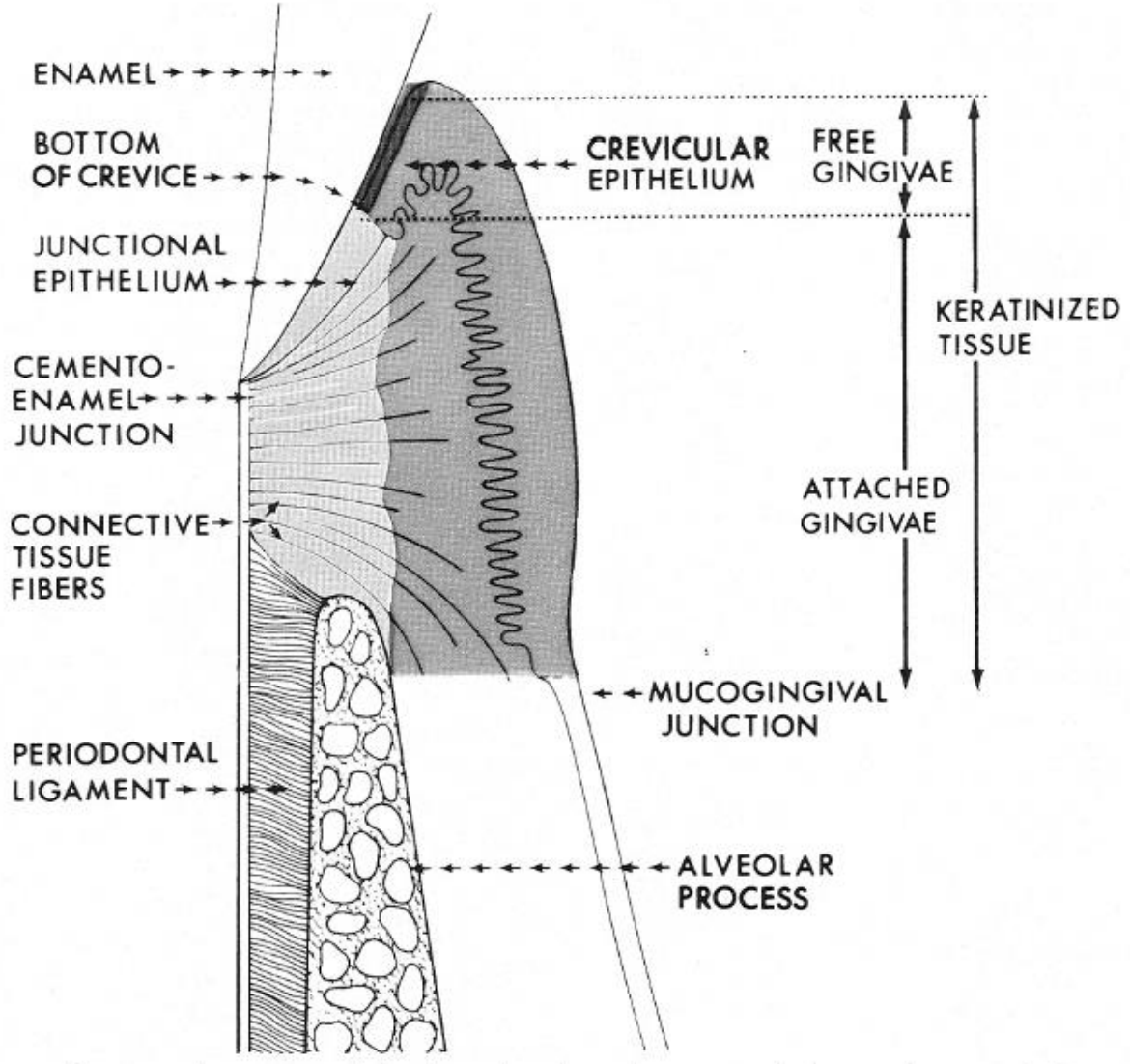
Examen qualitatif

CARACTÉRISTIQUES	PATHOLOGIQUE
COULEUR	ROUGE, LIE DE VIN, VIOLACÉE
CONSISTANCE	LÂCHE, GODET
TEXTURE	BRILLANTE, VERNISÉÉ
FORME DU BORD LIBRE	ARRONDI
PROFONDEUR DU SILLON GINGIVO DENTAIRE	> 3mm
FLUIDE GINGIVAL	AUGMENTE EN FONCTION DE L'INFLAMMATION
SAIGNEMENT	PROVOQUÉ, SPONTANÉ

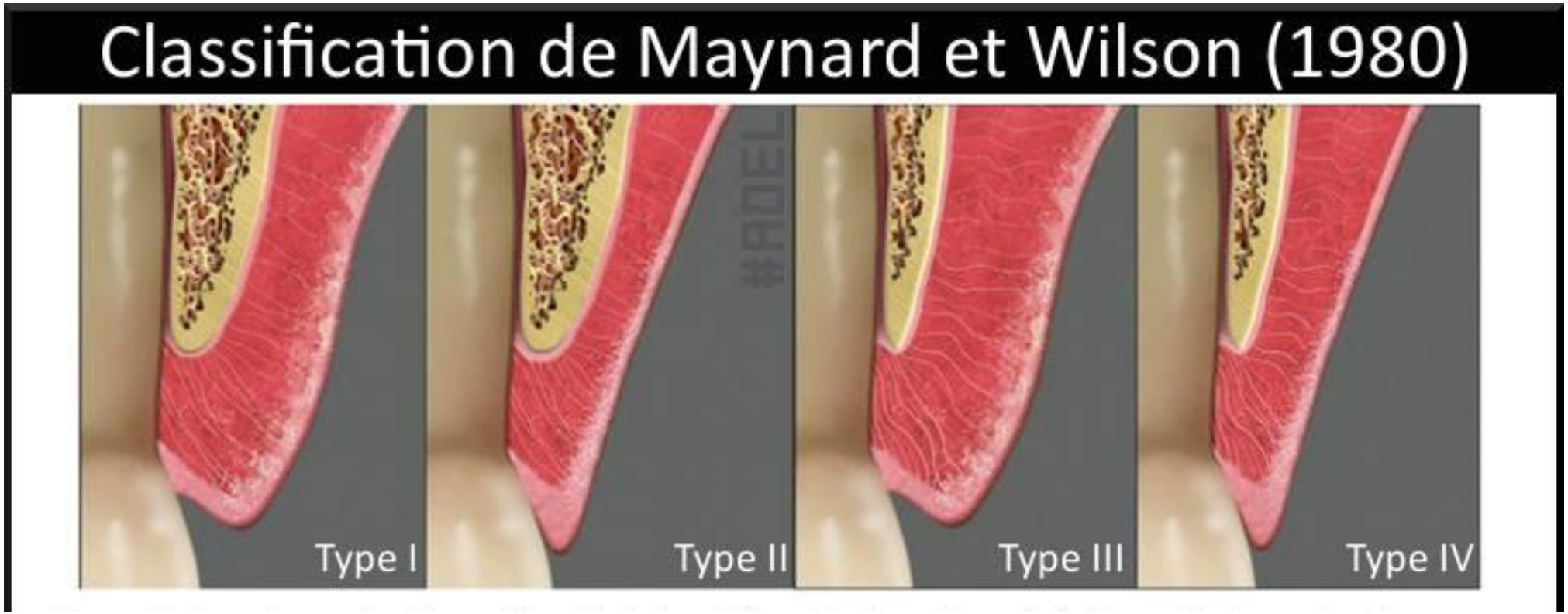
Examen quantitatif

- Epaisseur
- Hauteur
- Gencive marginale
- Gencive libre
- Gencive attachée
- Muqueuse - Ligne muco-gingivale / Recession

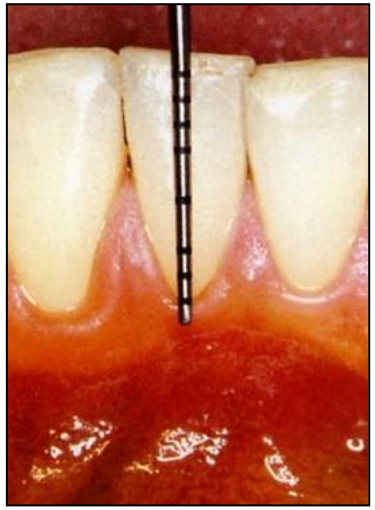
Maynard Wilson 1979



Os / Gencive


Classification de Maynard et Wilson (1980)
Type I
Type II
Type III
Type IV

Hauteur de GA facile à apprécier avec une sonde

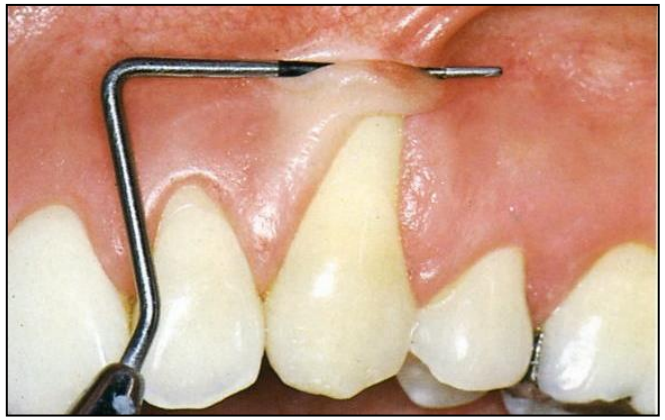


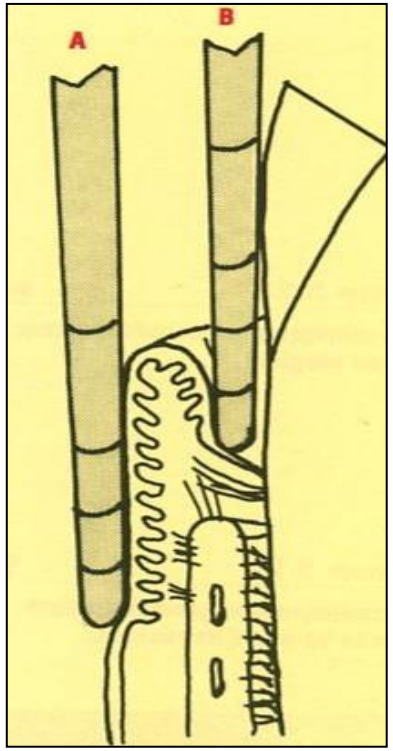
Hauteur GA=

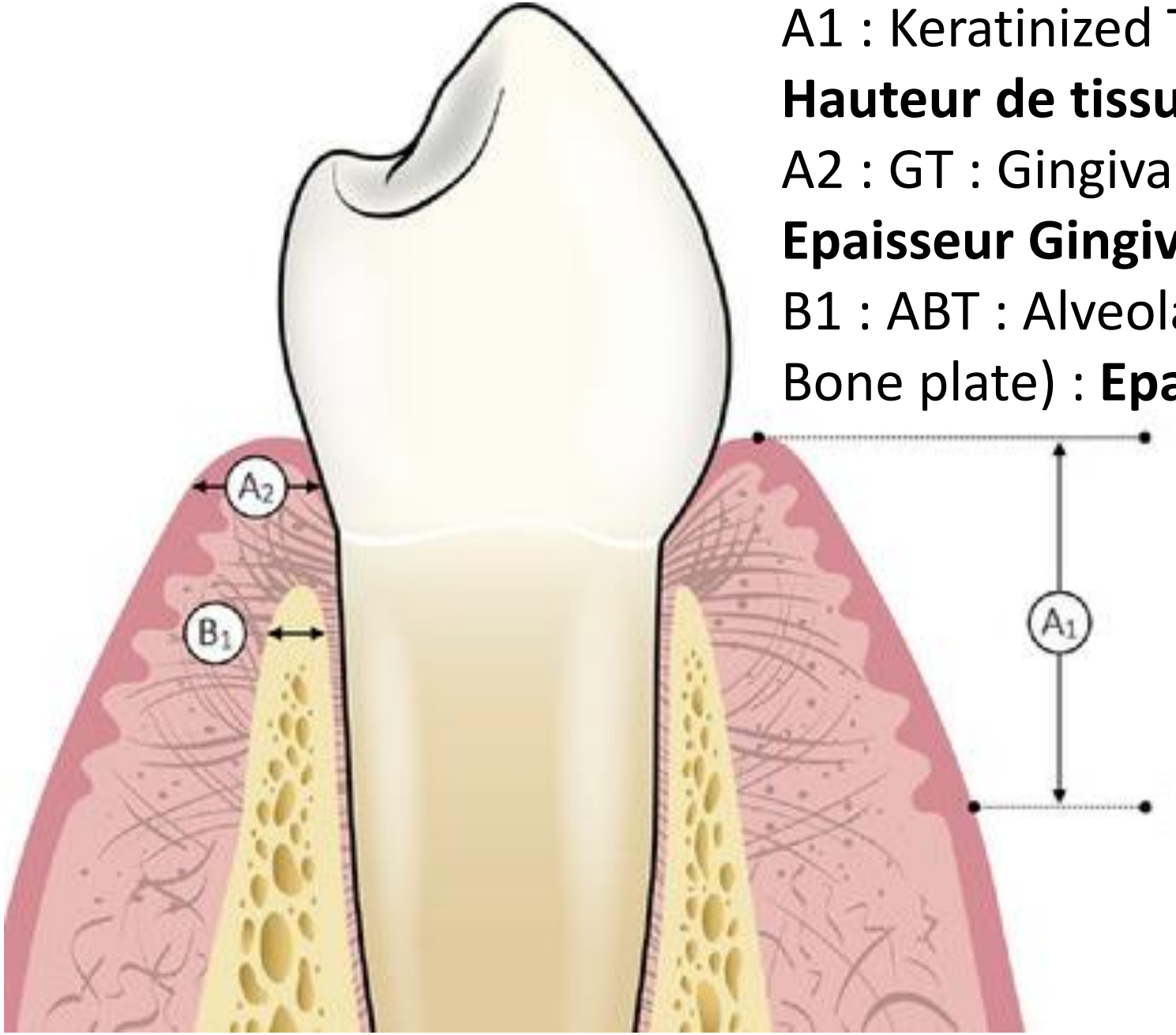
Mesure externe (A)

-

Profondeur du sondage(B)



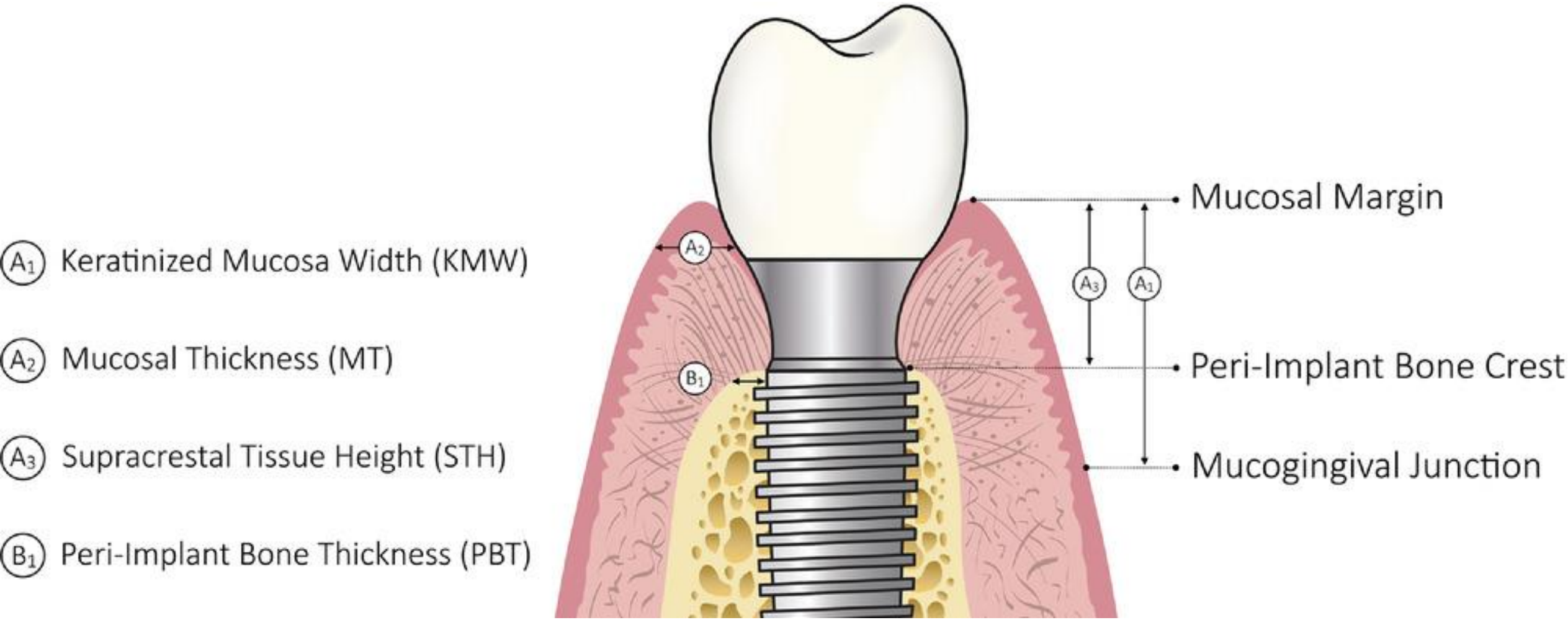




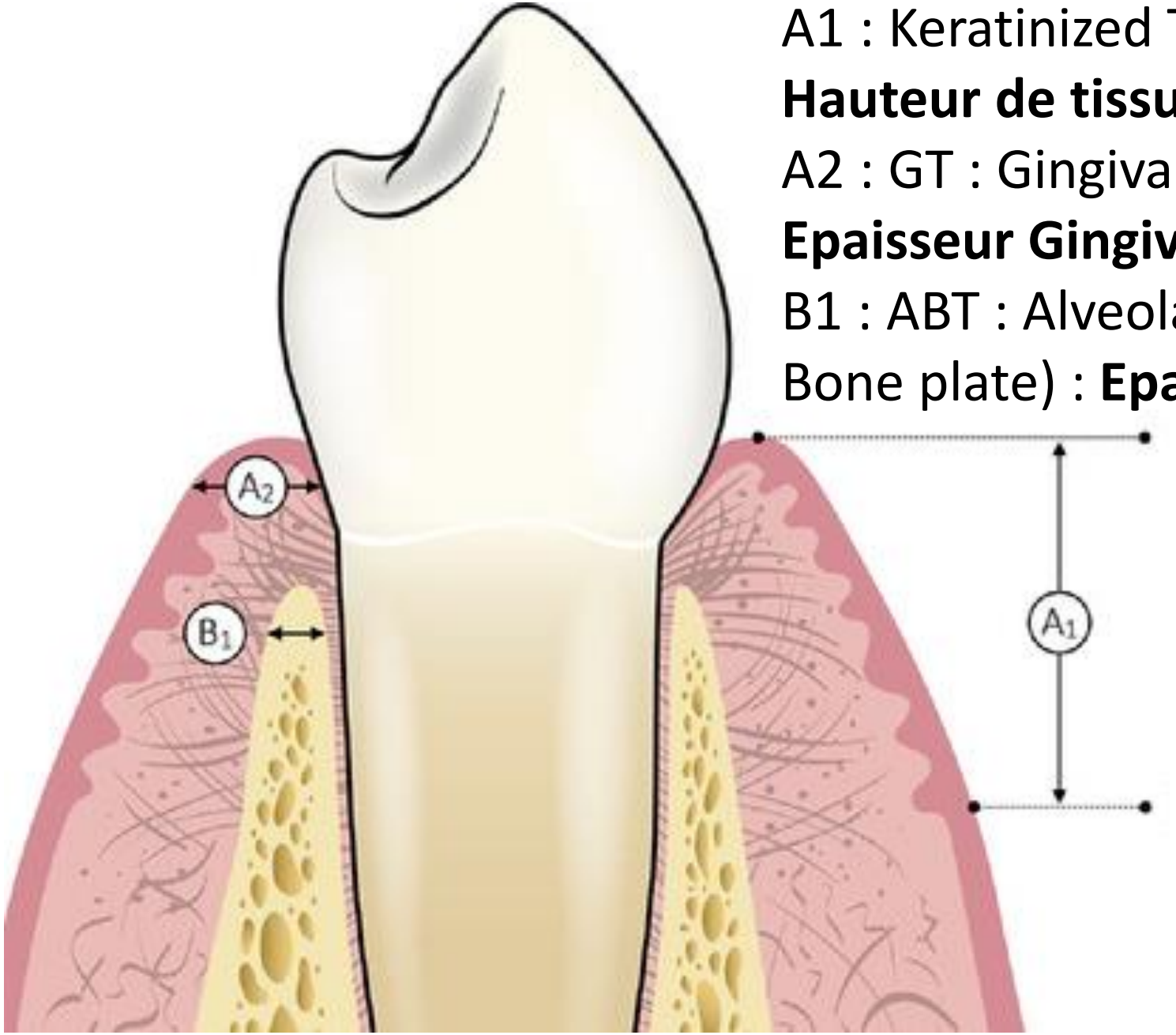
A1 : Keratinized Tissue width :
Hauteur de tissu kératinisé
A2 : GT : Gingival Thickness :
Epaisseur Gingival
B1 : ABT : Alveolar Bone Thickness(Buccal Bone plate) : **Epaisseur de l'os alvéolaire**

Journal of Periodontology, Volume: 91, Issue: 3, Pages: 283-288, First published: 06 February 2020, DOI: (10.1002/JPER.19-0566)

The peri-implant phenotype



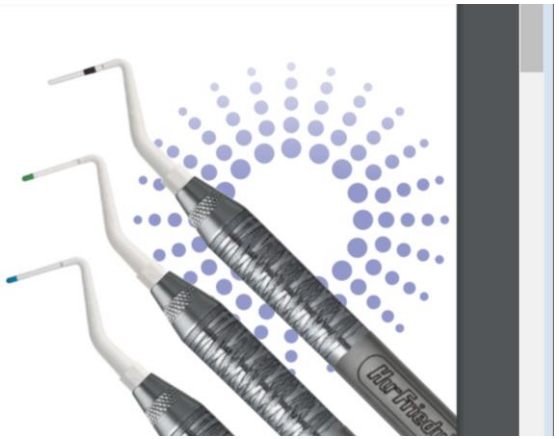
Journal of Periodontology, Volume: 91, Issue: 3, Pages: 283-288, First published: 06 February 2020, DOI: (10.1002/JPER.19-0566)



A1 : Keratinized Tissue width :
Hauteur de tissu kératinisé
A2 : GT : Gingival Thickness :
Epaisseur Gingival
B1 : ABT : Alveolar Bone Thickness(Buccal Bone plate) : **Epaisseur de l'os alvéolaire**

Journal of Periodontology, Volume: 91, Issue: 3, Pages: 283-288, First published: 06 February 2020, DOI: (10.1002/JPER.19-0566)

Evaluation de l’épaisseur de gencive



Sonde parodontale classique
Gencive fine : Visible à travers la gencive GT<1mm

Gencive épaisse > 1mm

Biotype Morphotype Phénotype

- Biotype : terme génétique : groupe d'organes ayant le même génotype spécifique
- Morphotype : traite de la morphologie
- Phénotype : Apparence d'un organe basée sur une combinaison multifactorielle (expression génétique, facteurs environnementaux)

PHENOTYPE PARODONTAL

- Phénotype gingival : Dimension 3D gingivale
  - **Epaisseur Gingivale**
  - **Hauteur de tissu kératinisée**

+

- Morphotype osseux
  - **Epaisseur de la paroi de l’os vestibulaire**

LES DEFAUTS MUCOGINGIVAUX

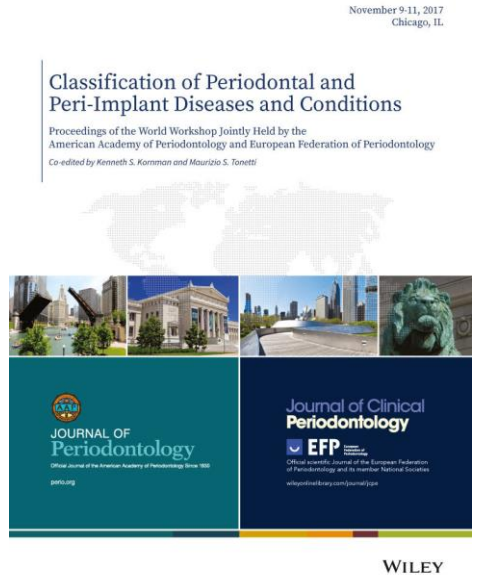
- De l’examen clinique
- Aux définitions

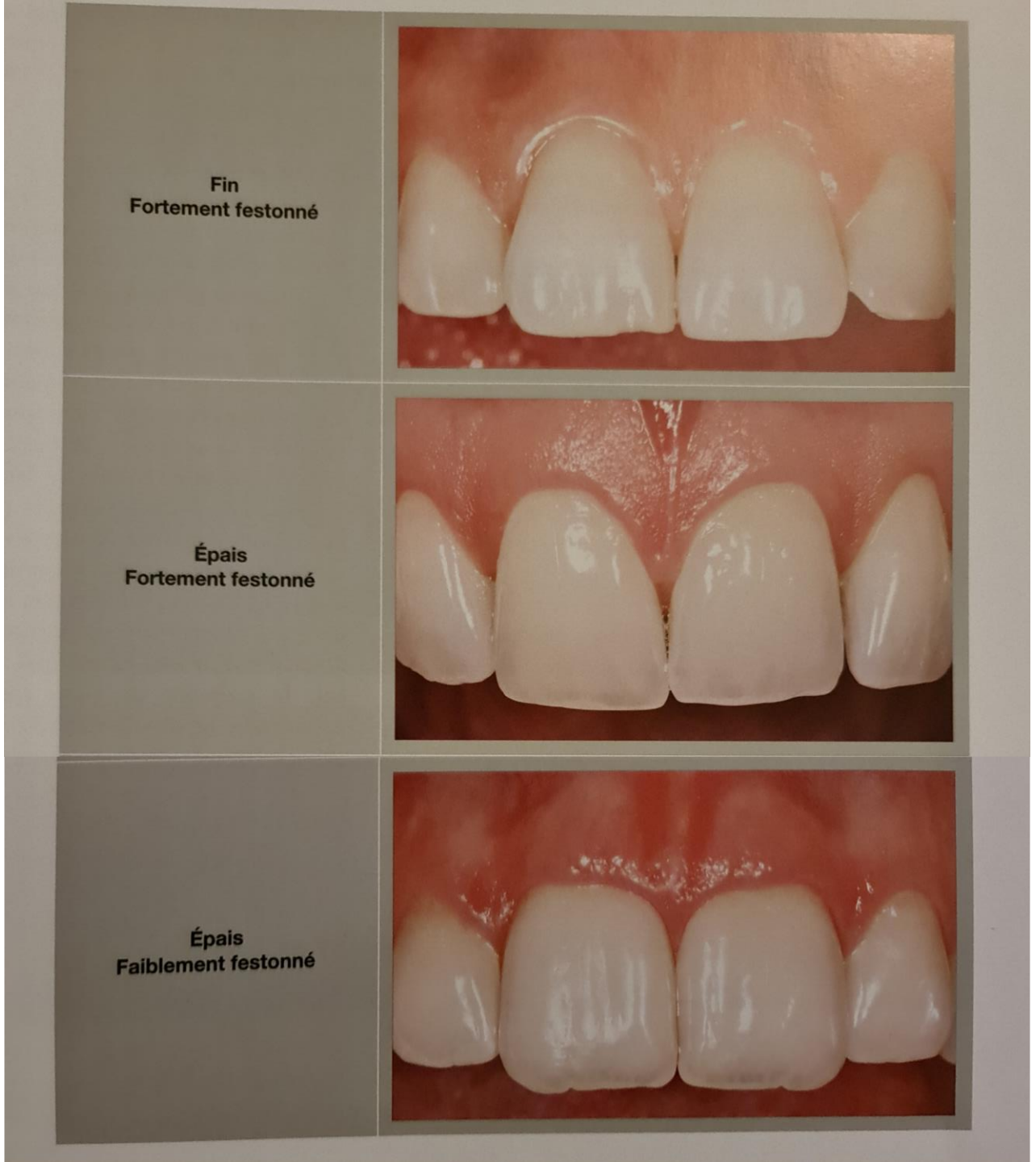
Tableau 2.

États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype





OTTO ZUHR MARC HÜRZELER

PLASTIC-ESTHETIC PERIODONTAL AND IMPLANT SURGERY

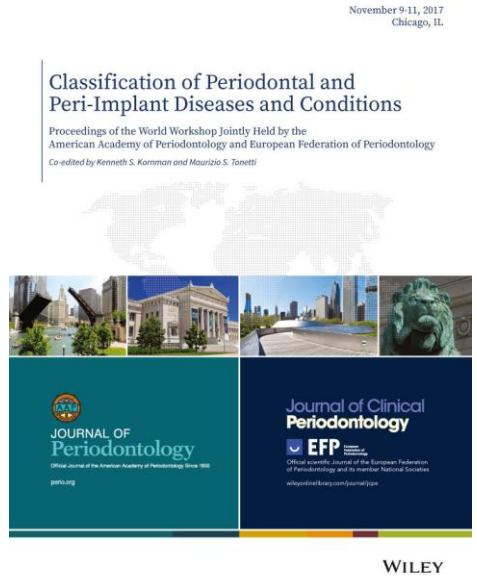
A Microsurgical Approach

Tableau 2.

États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

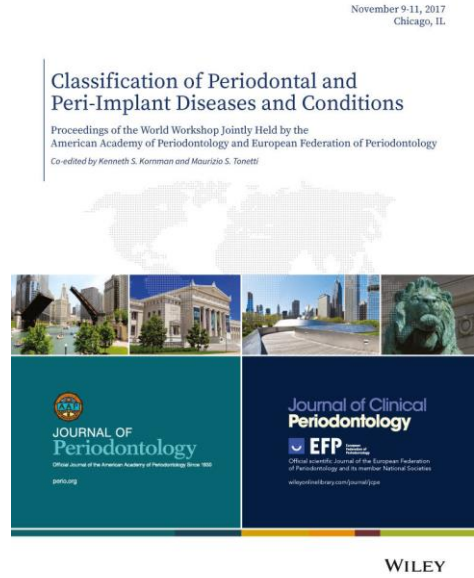
1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype



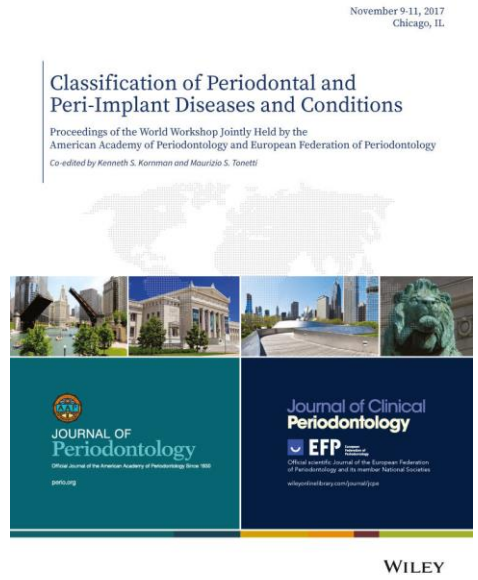
Les récessions

- Migration apical du bord marginal de la gencive
- Causée par différentes conditions/pathologies
- Associée à une perte d’attache clinique
- Peut concerner toutes les surfaces



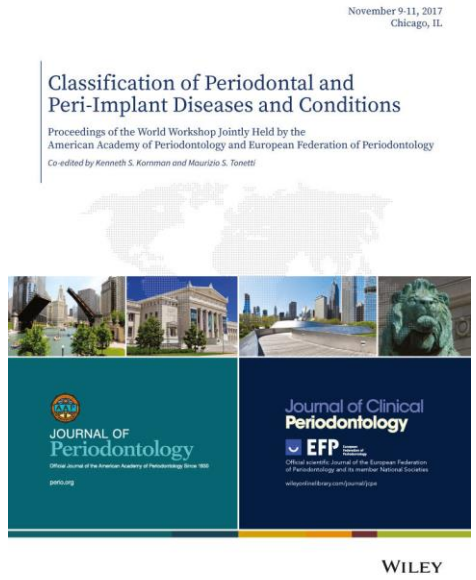
Les récessions – les conséquences

- Troubles esthétiques
- Hypersensibilités dentinaires
- Lésions cervicales carieuses ou non

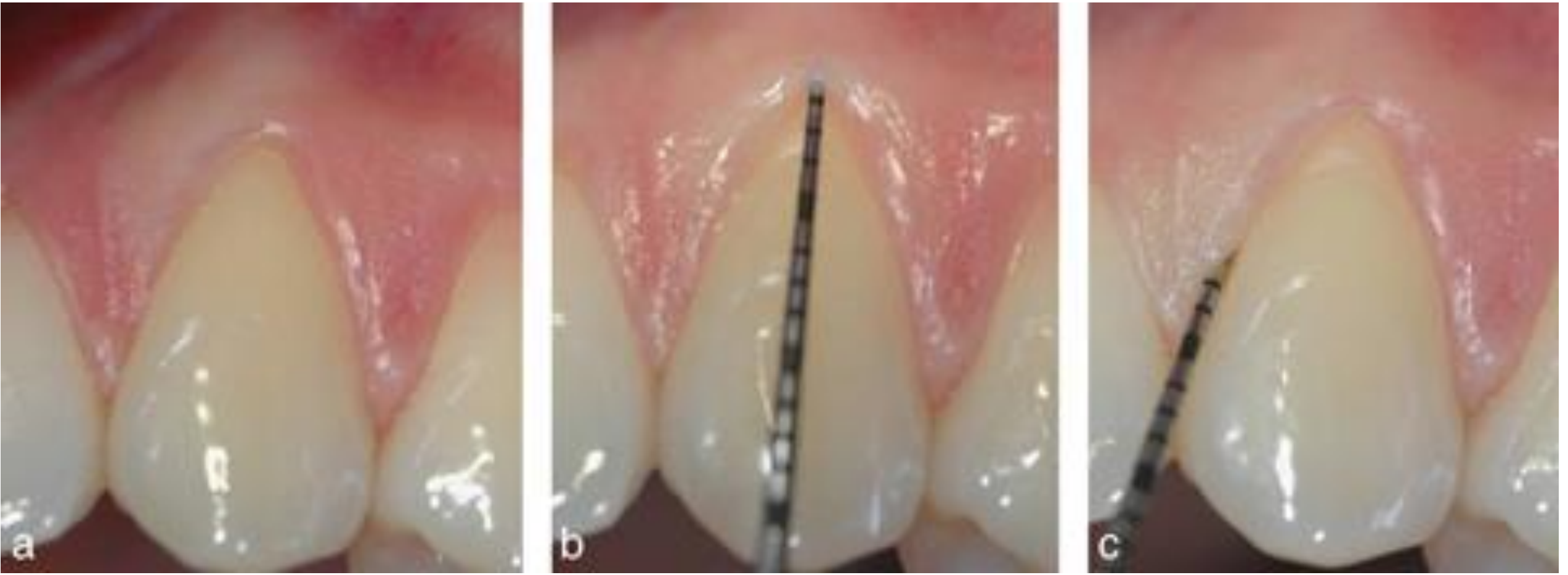


Les récessions – liens avec le phénotype

- Phénotype fin
  - Augmentation du risque d'apparition
  - Augmentation du risque d'aggravation avec le temps



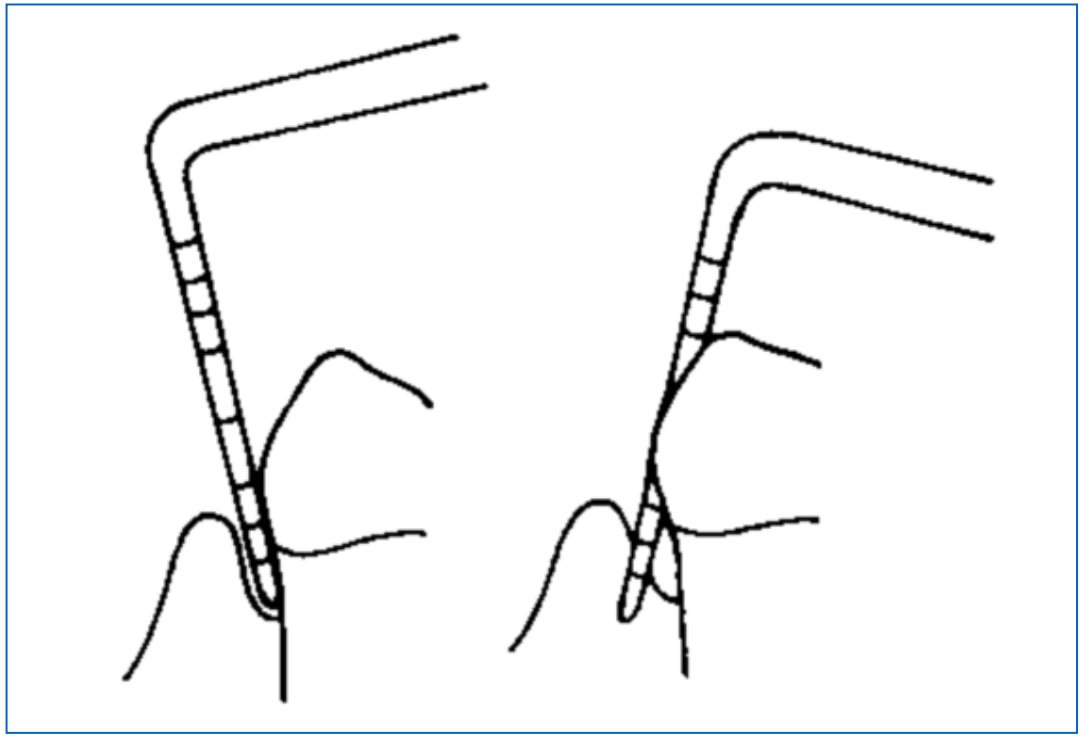
Periodontal plastic surgery, Volume: 68, Issue: 1, Pages: 333-368, First published: 13 April 2015, Perio 2000

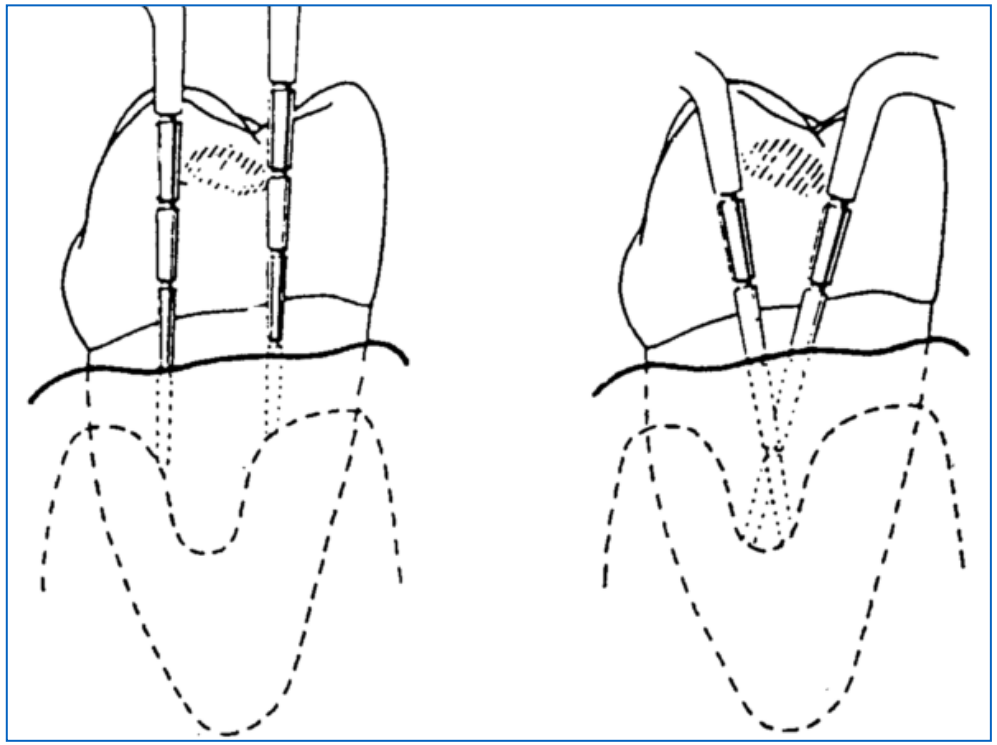


The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study, Volume: 38, Issue: 7, Pages: 661-666, First published: 20 April 2011, DOI: (10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x) Perio 2000

Sondage parodontal

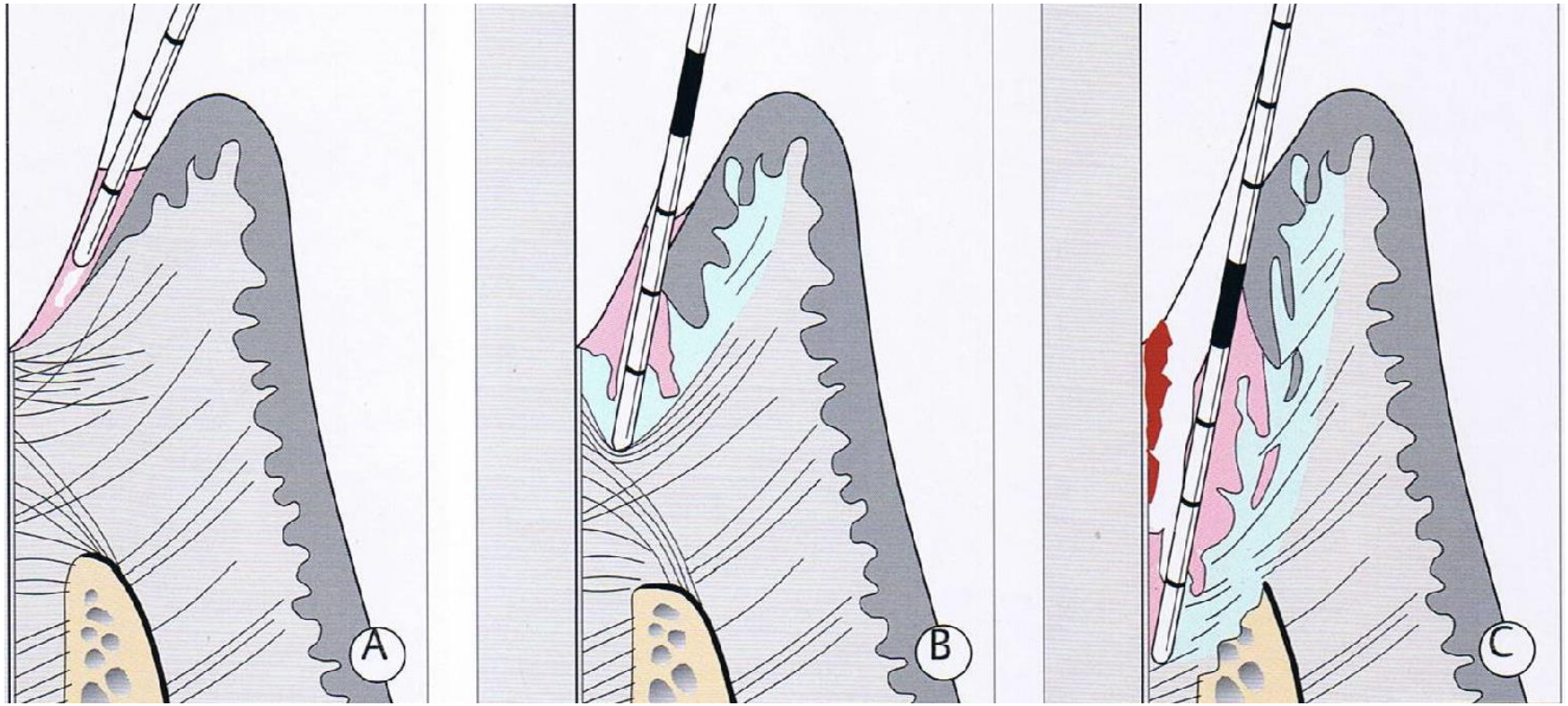
Difficultés liés à l'opérateur : axe, visibilité, puissance

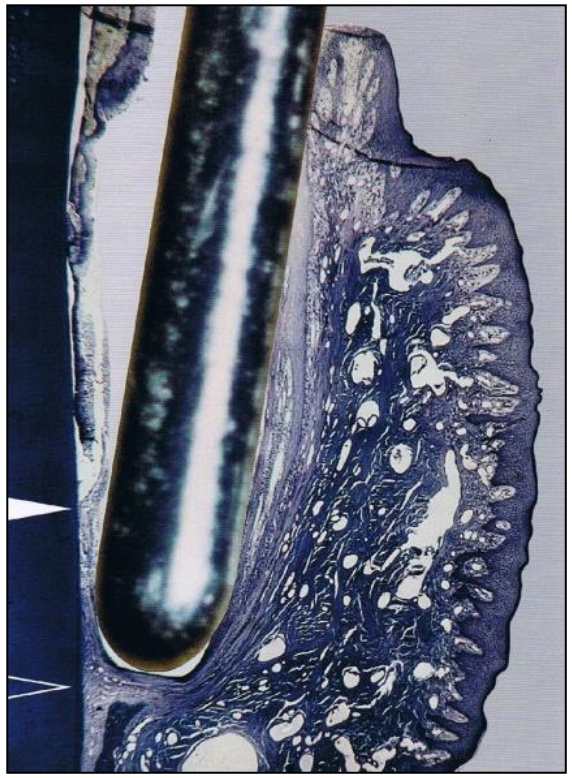


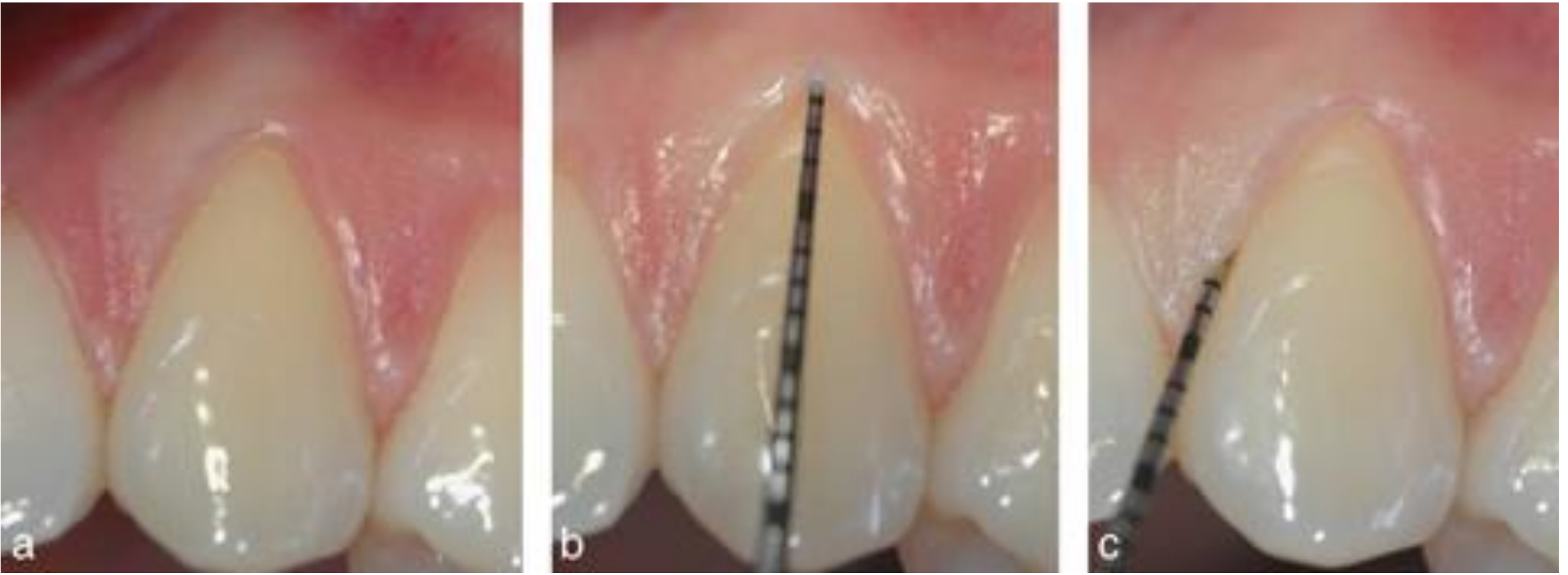


Sondage parodontal

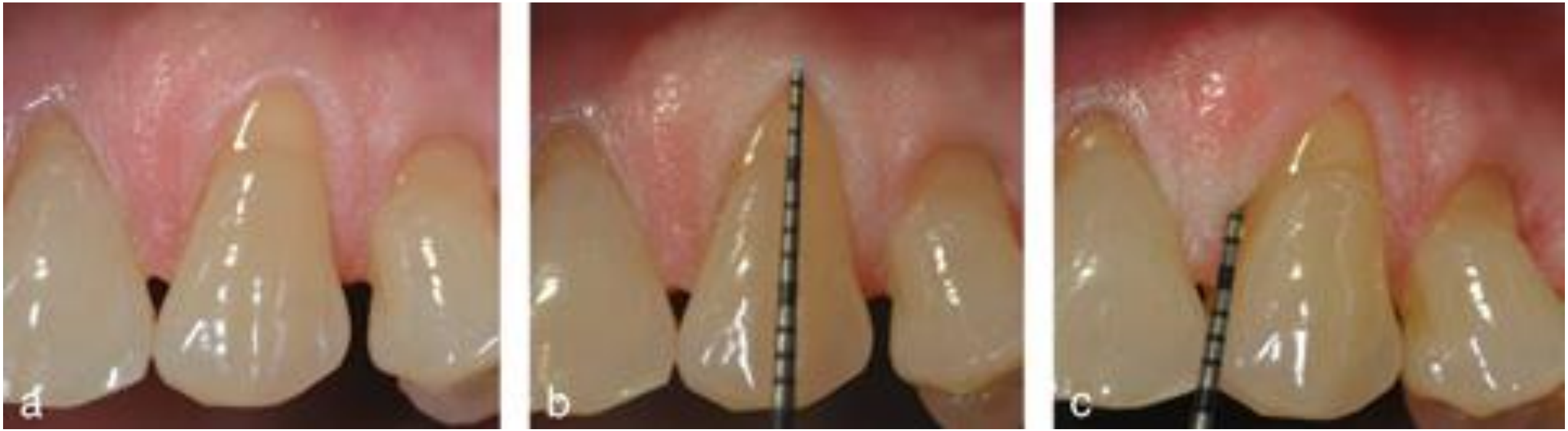
Réalité histologique







The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study, Volume: 38, Issue: 7, Pages: 661-666, First published: 20 April 2011, DOI: (10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x) Perio 2000



The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study, Volume: 38, Issue: 7, Pages: 661-666, First published: 20 April 2011, DOI: (10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x) Perio 2000

The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study, Volume: 38, Issue: 7, Pages: 661-666, First published: 20 April 2011, DOI: (10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x) Perio 2000

Description des récessions

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Profondeur de la récession	Épaisseur de la gencive	Hauteur de tissu kératinisé	Jonction amélo-cémentaire	Marche cervicale
- **Pas de récession** - **RT 1** - **RT 2** - **RT 3**	En mm	En mm	En mm	Classe A : détectable Classe B : Non détectable	Classe + : marche cervicale supérieur à 0,5mm Classe - : absence de marche

Smile Esthetic Index – 10 points

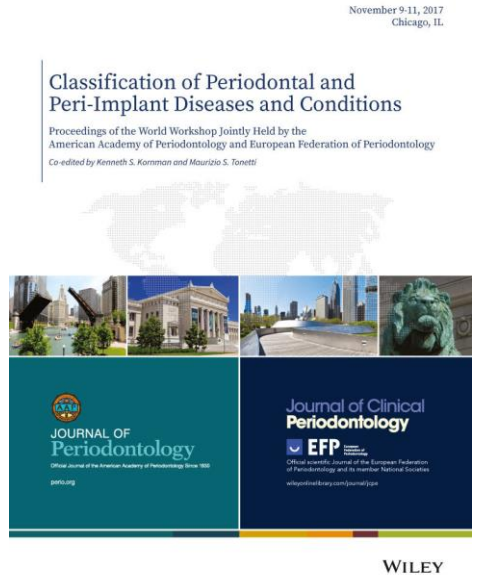
1.Correct Smile Line - Yes/No
2.Correct Facial Midline - Yes/No
3.Correct Tooth/Crown Alignment - Yes/No
4.Absence Of Visible Tooth Deformity- Yes/No
5. Absence Of Visible Tooth Dischromy - Yes/No
6. Absence Of Visible gingival Dischromy- Yes/No
7. Absence Of Visible Gingival Recession - Yes/No
8. Absence Of Visible gingival Excess - Yes/No
9. Absence Of visible gingival scars - Yes/No
10. Absence Of visible Diastema and/or missing Interdental Papillae-Yes/No

Tableau 2.

États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype



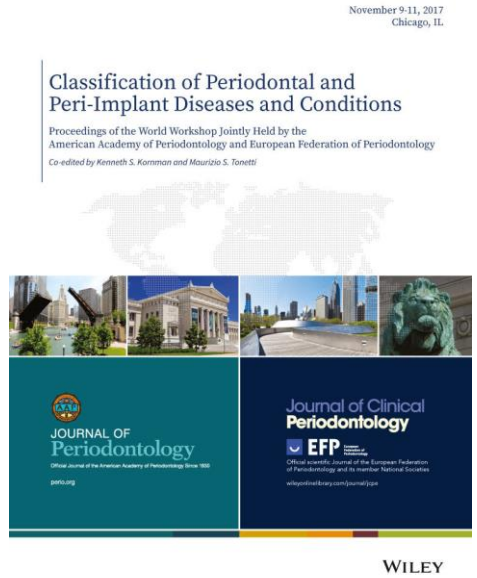
Manque de gencive kératinisée

Tableau 2.

États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype



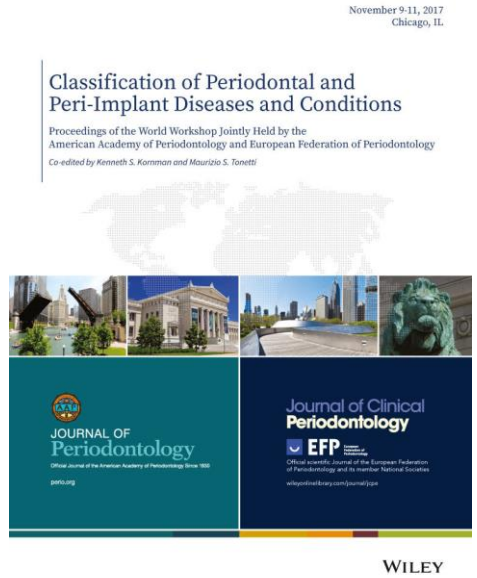
Diminution de profondeur du vestibule

Tableau 2.

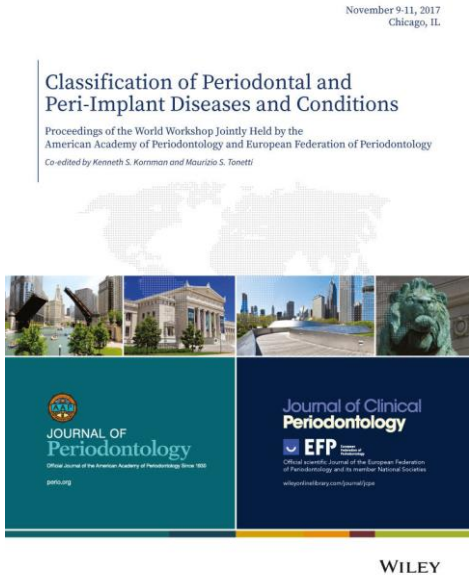
États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype



Gencive en excès
Eruption passive altérée



- Condition liée à la croissance
- Relations dento-alvéolaires anormales
- Cliniquement la ligne marginale (parfois l'os) est positionnée plus coranairement qu'elle ne devrait
- Entrainant des pseudo poches et une atteinte esthétique

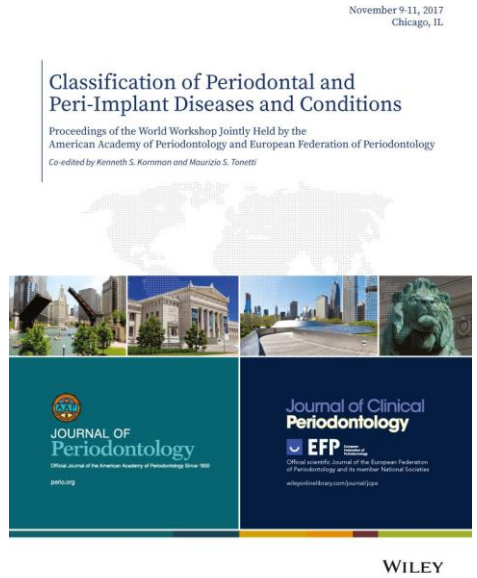
Eruption passive altérée

Tableau 2.

États et lésions muco-gingivales autour des dents (Workshop Chicago 2017) (d'après Cortellini et Bissada [6], 2018).

1. Biotype parodontal :
a. Fin et festonné
b. Épais et festonné
c. Épais et plat
2. Récessions gingivales :
a. Surfaces vestibulaires ou linguales
b. Atteinte interproximale (papille)
c. Sévérité de la récession (RT1, RT2 ou RT3 de Cairo)
d. Épaisseur gingivale
e. Hauteur gingivale
f. Présence de lésions cervicales non carieuses ou carieuses
g. Smile Esthetic Index
h. Présence d'hypersensibilité
3. Manque de gencive kératinisée
4. Diminution de profondeur du vestibule
5 Frein ou insertion musculaire aberrante
6. Gencive en excès
7. Couleur anormale

Phénotype



Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L'esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT X**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT X**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

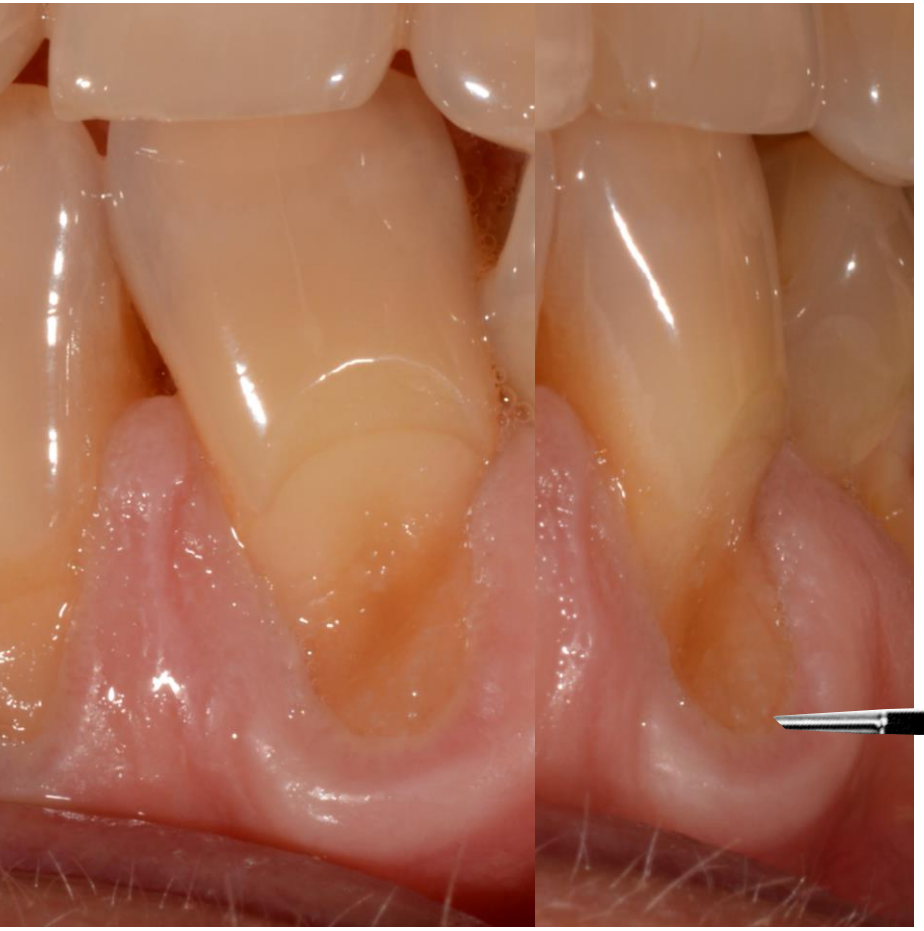
Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT X**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

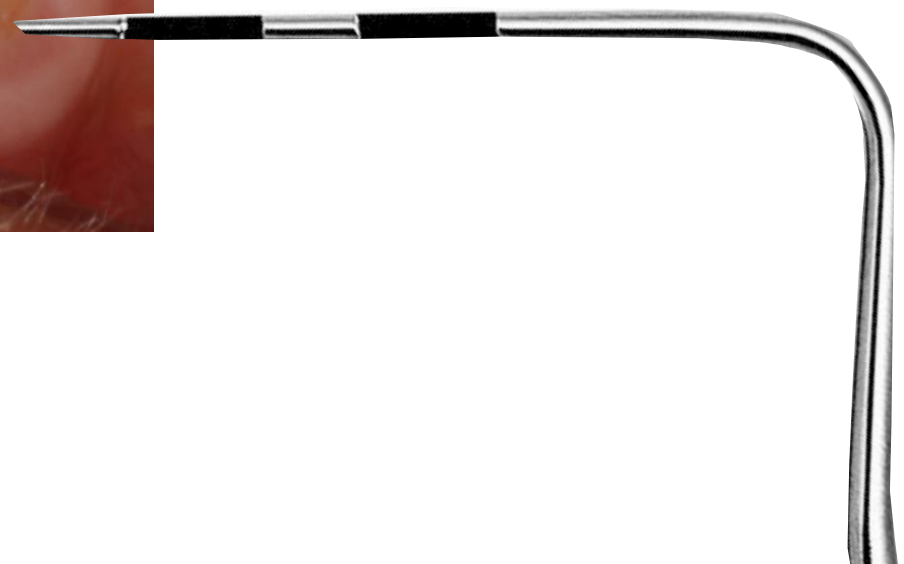
Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

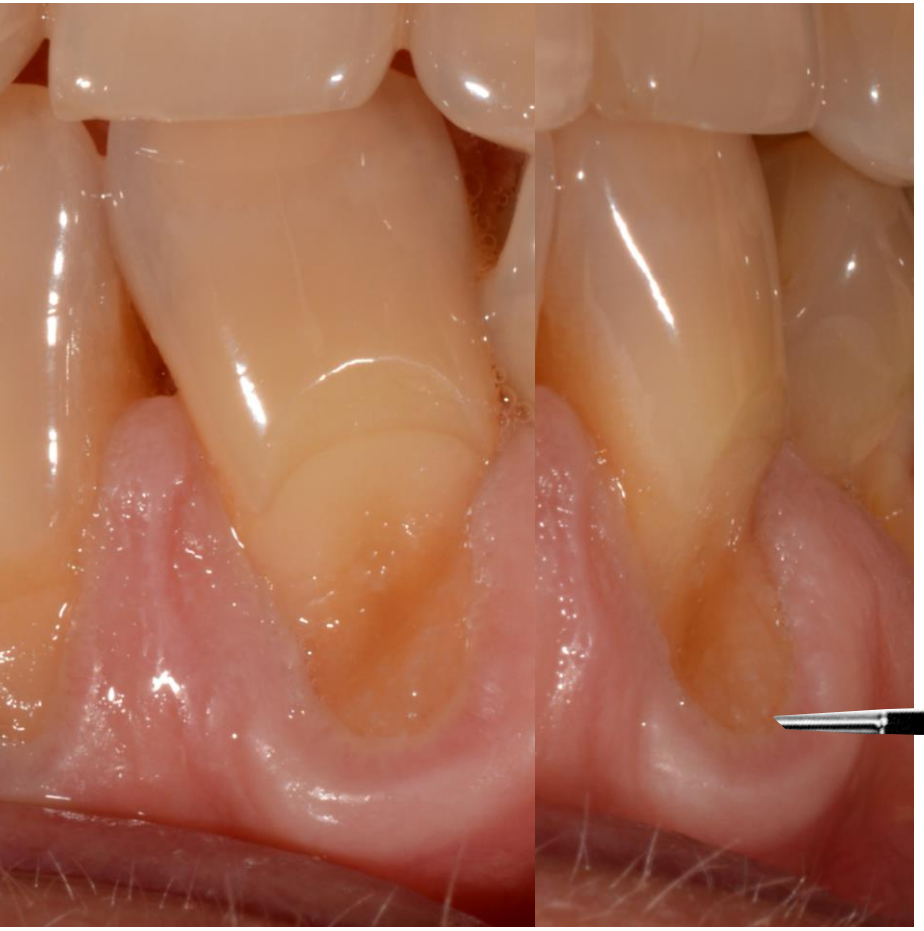
Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	mm	mm	mm	Classe A/B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	**4 mm**	mm	mm	Classe A/B	+ -

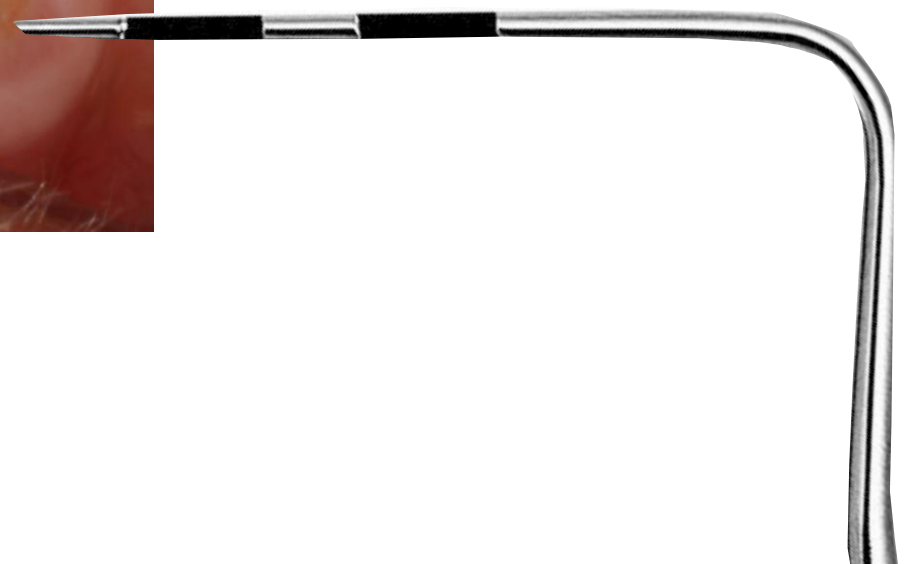


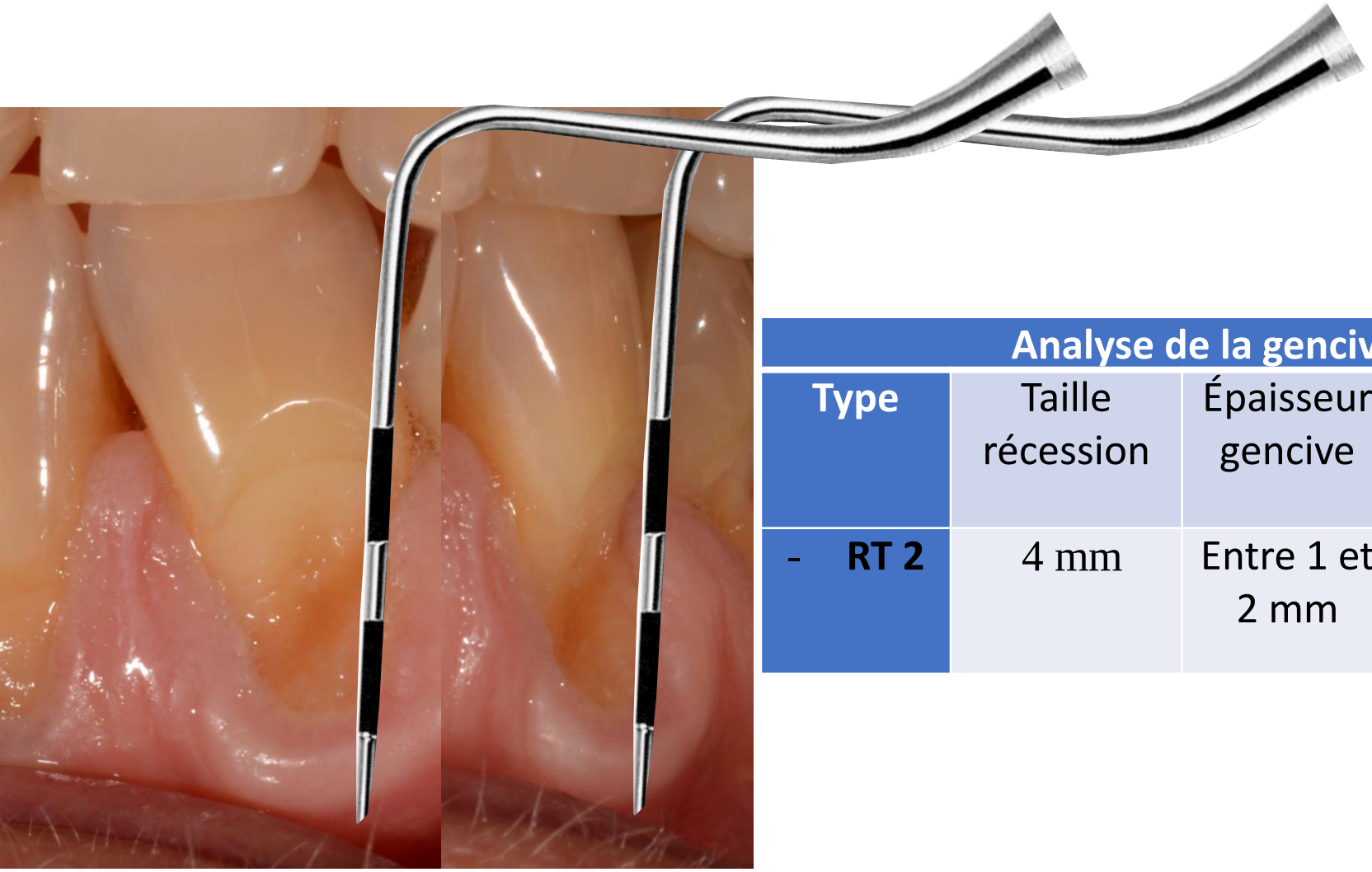
Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	mm	Classe A/B	+ -



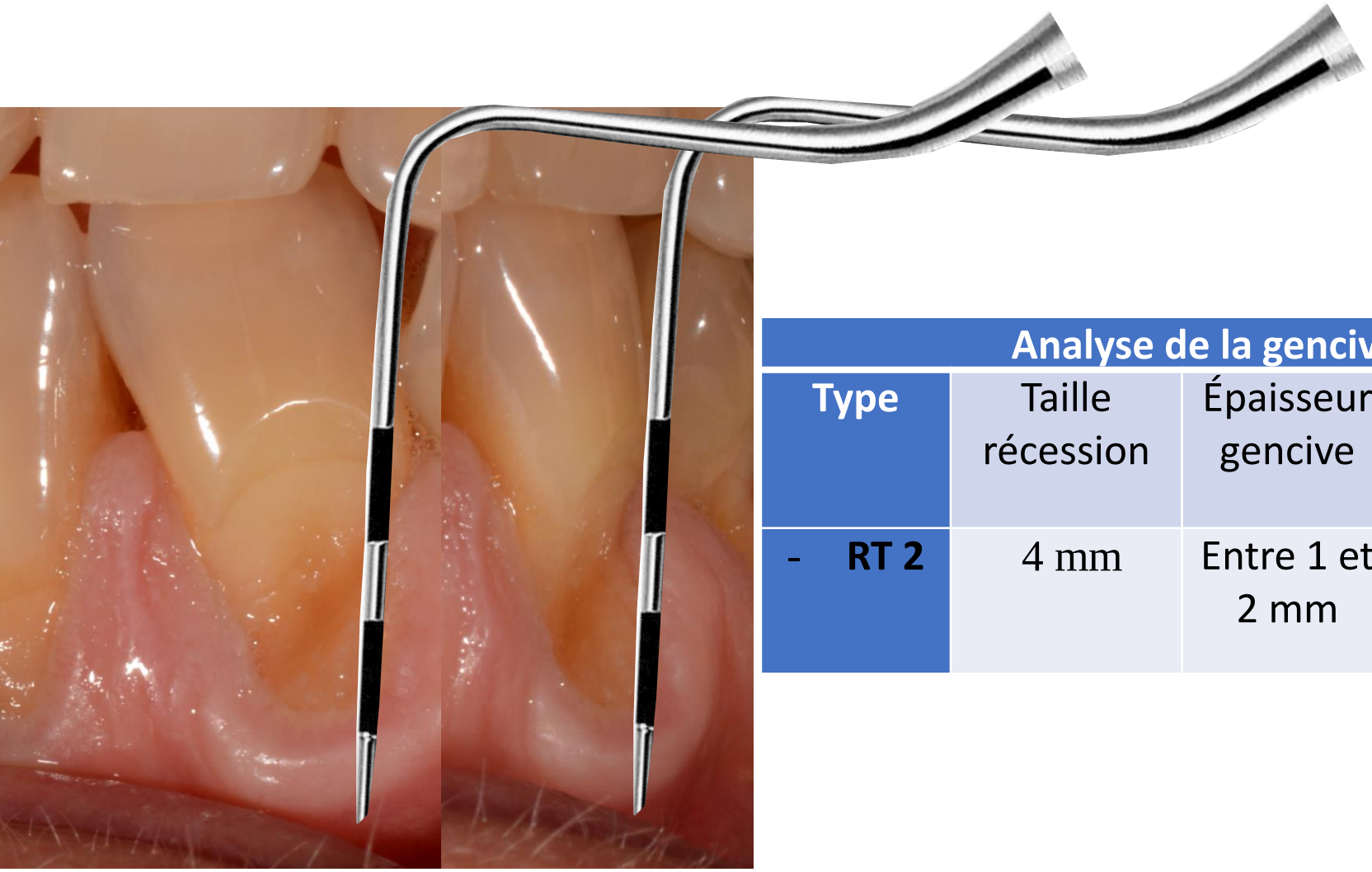


Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	**Entre 1 et 2 mm**	mm	Classe A/B	+ -





Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	mm	Classe A/B	+ -



Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	**2 mm**	Classe A/B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe A/B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+ -

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT ?**	? mm	? mm	? mm	?	**?**

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	? mm	? mm	? mm	?	**?**

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	2 mm	? mm	? mm	?	?

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	2 mm	<1 mm	? mm	?	?

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	2 mm	<1 mm	5 mm	?	?

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	2 mm	<1 mm	5 mm	Classe A	?

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	**2 mm**	**<1 mm**	**5 mm**	**Classe A**	**-**

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Taille récession	Épaisseur gencive	Hauteur de tissu kératinisé	JAC	Marche cervicale
- **RT 2**	4 mm	Entre 1 et 2 mm	2 mm	Classe B	+

Description des récessions

Analyse de la gencive				Analyse dentaire	
Type de récession	Profondeur de la récession	Épaisseur de la gencive	Hauteur de tissu kératinisé	Jonction amélo-cémentaire	Marche cervicale
- **Pas de récession** - **RT 1** - **RT 2** - **RT 3**	En mm	En mm	En mm	Classe A : détectable Classe B : Non détectable	Classe + : marche cervicale supérieur à 0,5mm Classe - : absence de marche

Pronostic de recouvrement

28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

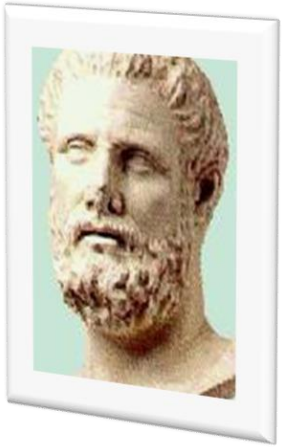
- récession type 1 (RT1) :
  - la dent ne présente pas de perte de TAI, et
  - ses jonctions email cément (JEC) interproximales ne sont pas cliniquement visibles.
  - Elle correspond aux classes 1 et 2 de Miller. un recouvrement de 100 % est possible ;
- récession type 2 (RT2) :
  - la dent présente une perte de TAI
  - dont la quantité (mesurée entre la JEC et le fond du sulcus interproximaux) est inférieure ou égale à la perte d'attache vestibulaire (mesurée entre la JEC et le fond du sulcus vestibulaires).
  - Ancienne classe III de Miller, un recouvrement complet peut être obtenu ;
- récession type 3 (RT3) :
  - la dent présente une perte de TAI dont la quantité (mesurée entre la JEC et le fond du sulcus interproximaux) est supérieure à la perte d'attache vestibulaire (mesurée entre la JEC et le fond du sulcus vestibulaires).
  - Un recouvrement complet ne peut pas être obtenu.

Critères de réussite

Chambrone Perio 2000 2019

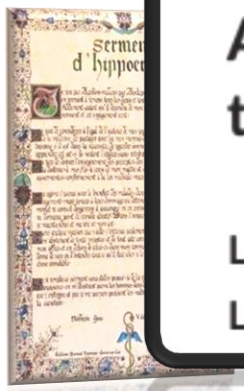
Déontologiquement responsable

- Primum non nocere
- (serment d'Hippocrate)



- Code de déontologie
- Soins consciencieux, dévoués, conformes aux données acquises de la science

Déon



DOI: 10.1111/prd.12248

REVIEW ARTICLE

WILEY Periodontology 2000

The concepts of evidence-based periodontal plastic surgery: Application of the principles of evidence-based dentistry for the treatment of recession-type defects

Leandro Chambrone[1,2] | Rodrigo Carlos Nahas de Castro Pinto[3] | Luiz Armando Chambrone[3]

Cochrane Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Title Abstr

Cochrane Reviews | Trials | Clinical Answers | About | Help

Cochrane Database of Systematic Reviews

Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects

Cochrane Systematic Review - **Intervention** | Version published: 02 October 2018 see what's new

Am score 21 View article information

Leandro Chambrone | Maria Aparecida Salinas Ortega | Flávia Sukekava | Roberto Rotundo | Zamira Kalemaj | Jacopo Buti | Giovan Paolo Pini Prato

View authors' declarations of interest

Avant toute intervention

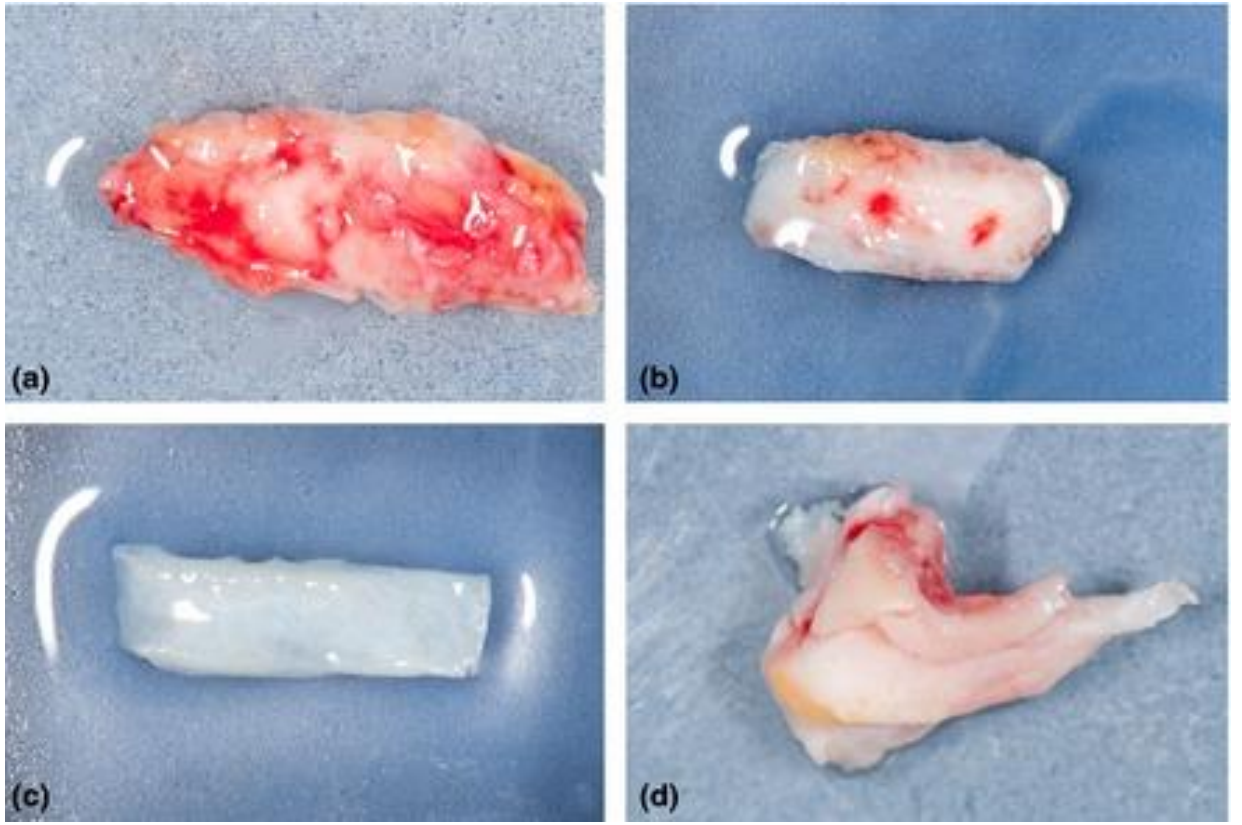
- Devoir d'information à l'écrit et surtout oral
- (manquement = préjudice moral depuis 3/06/2010)
- Consentement éclairé (loi du 4 mars 2002)
- Conseils pré-opératoire (tabac, prémédication…)
- Conseils post-opératoire

- → Dossier médical du patient

Site donneur

- Palais
- Tubérosité
- Crête édentée

Le palais



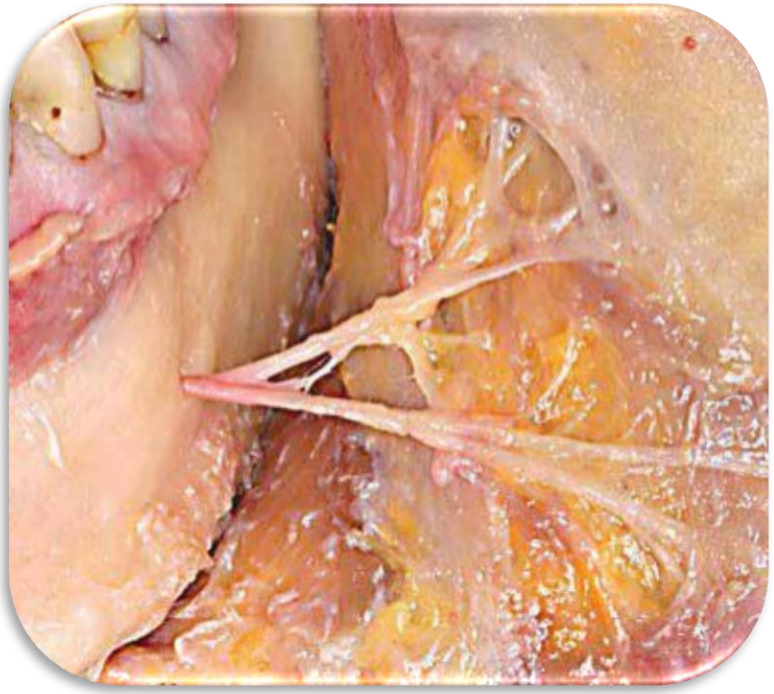
Zuhr J Clin Perio 2014

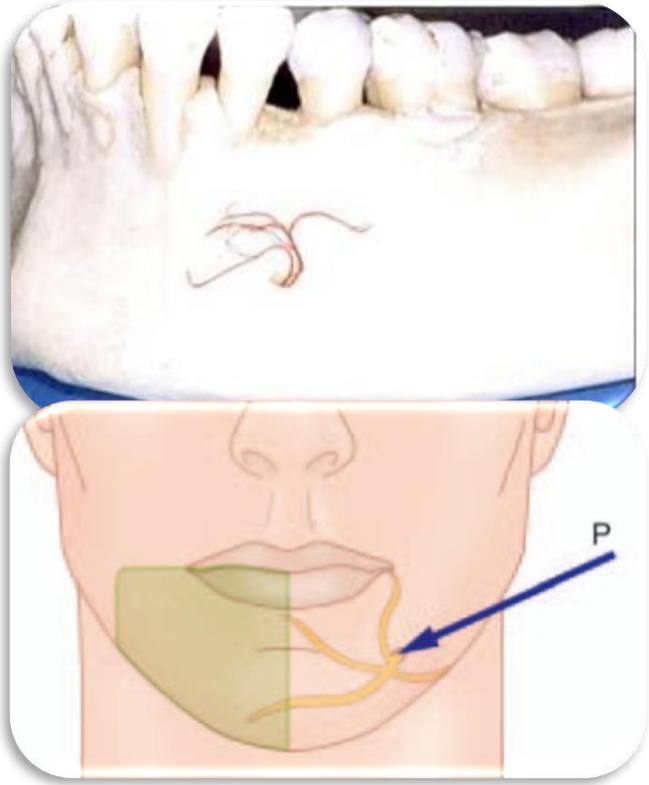
Site receveur

- Attention lors de la dissection du lambeau

→À la mandibule : nerf mentonnier

→Biotype fin : risque de perforation du lambeau lors de la préparation



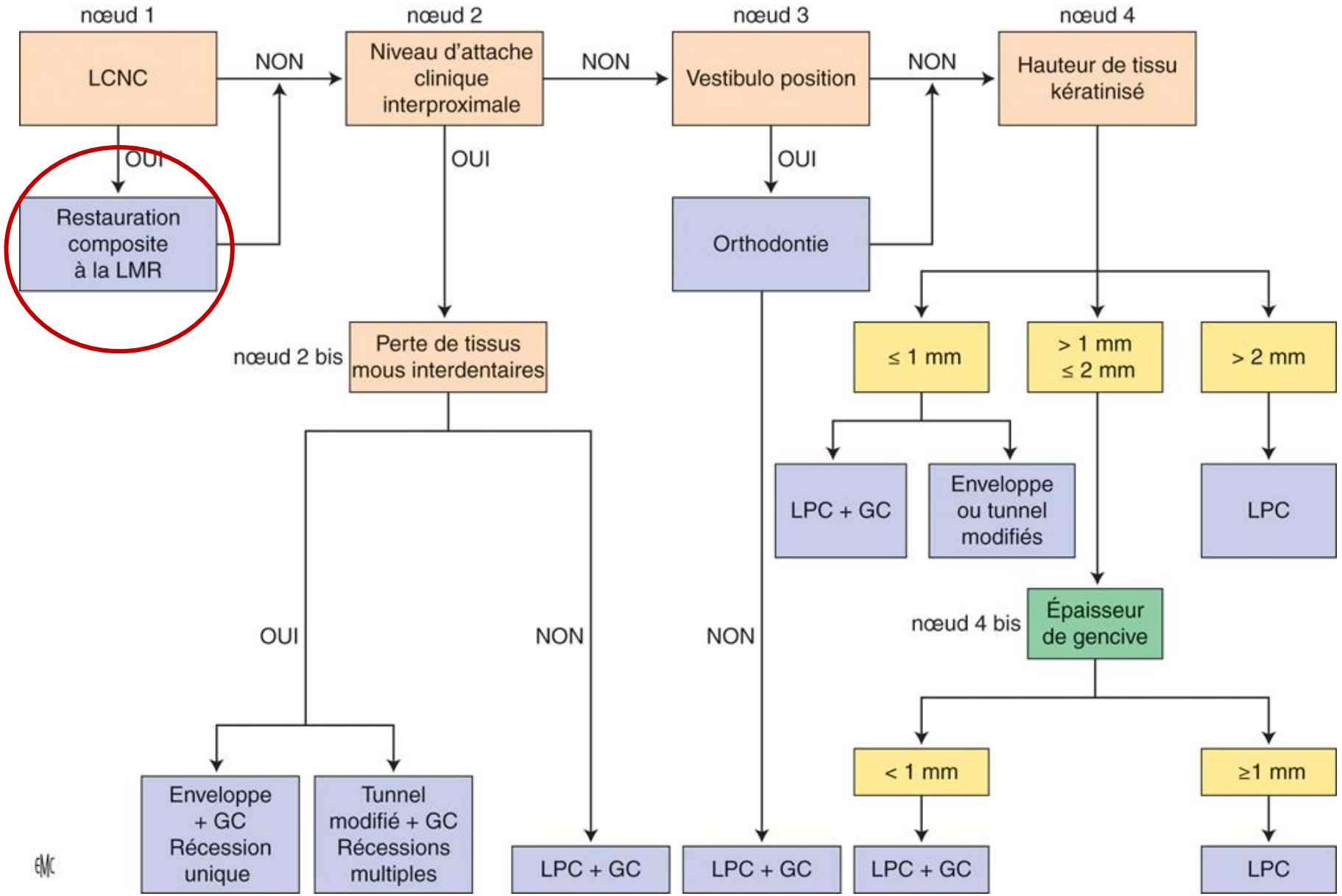


Plan

I. Anatomie parodontale (et péri implantaire)
II. La microchirurgie et la cicatrisation
III. L'esthétique
IV. Les défauts mucogingivaux
V. Les récessions gingivales
VI. Les techniques

Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000



28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

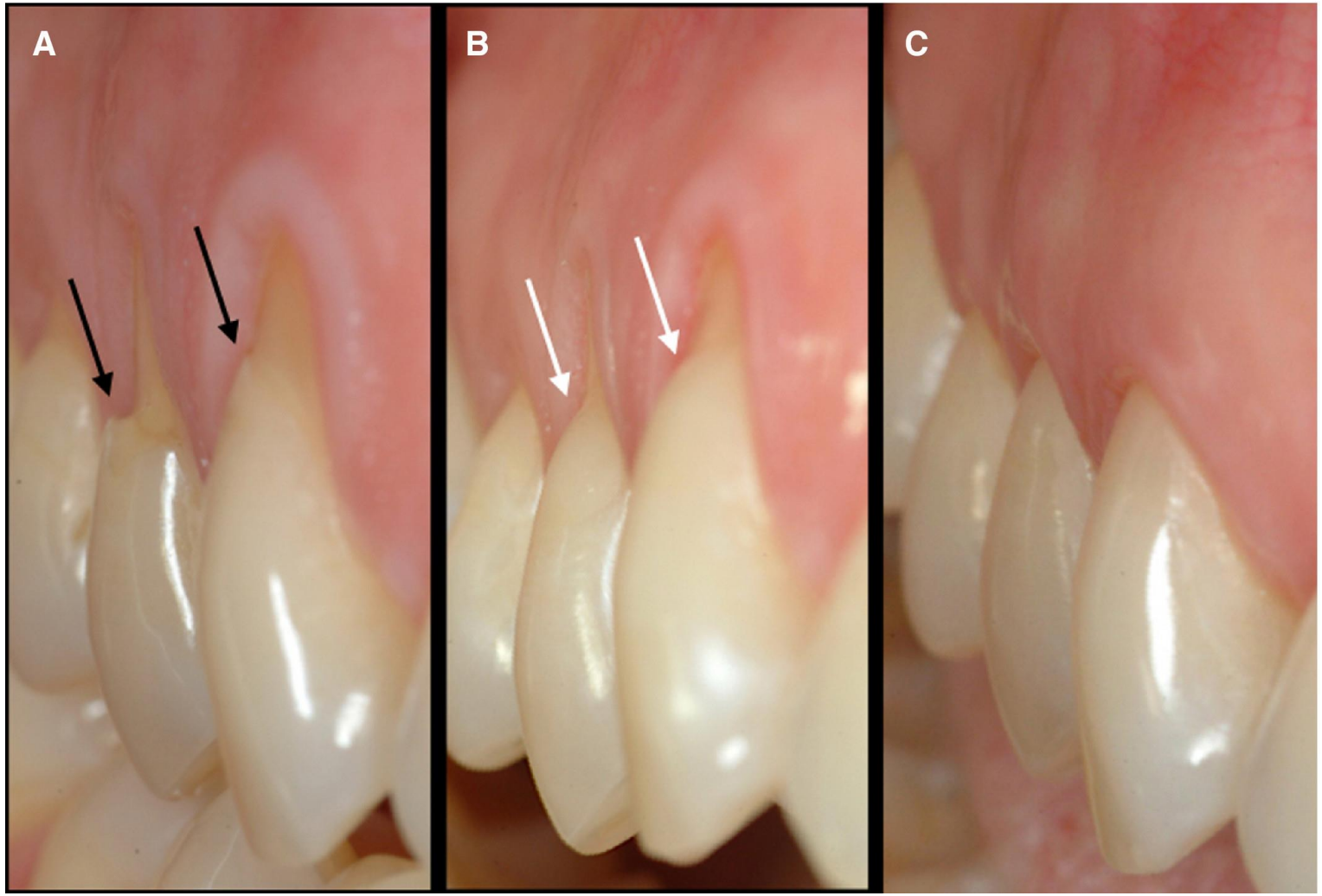
La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

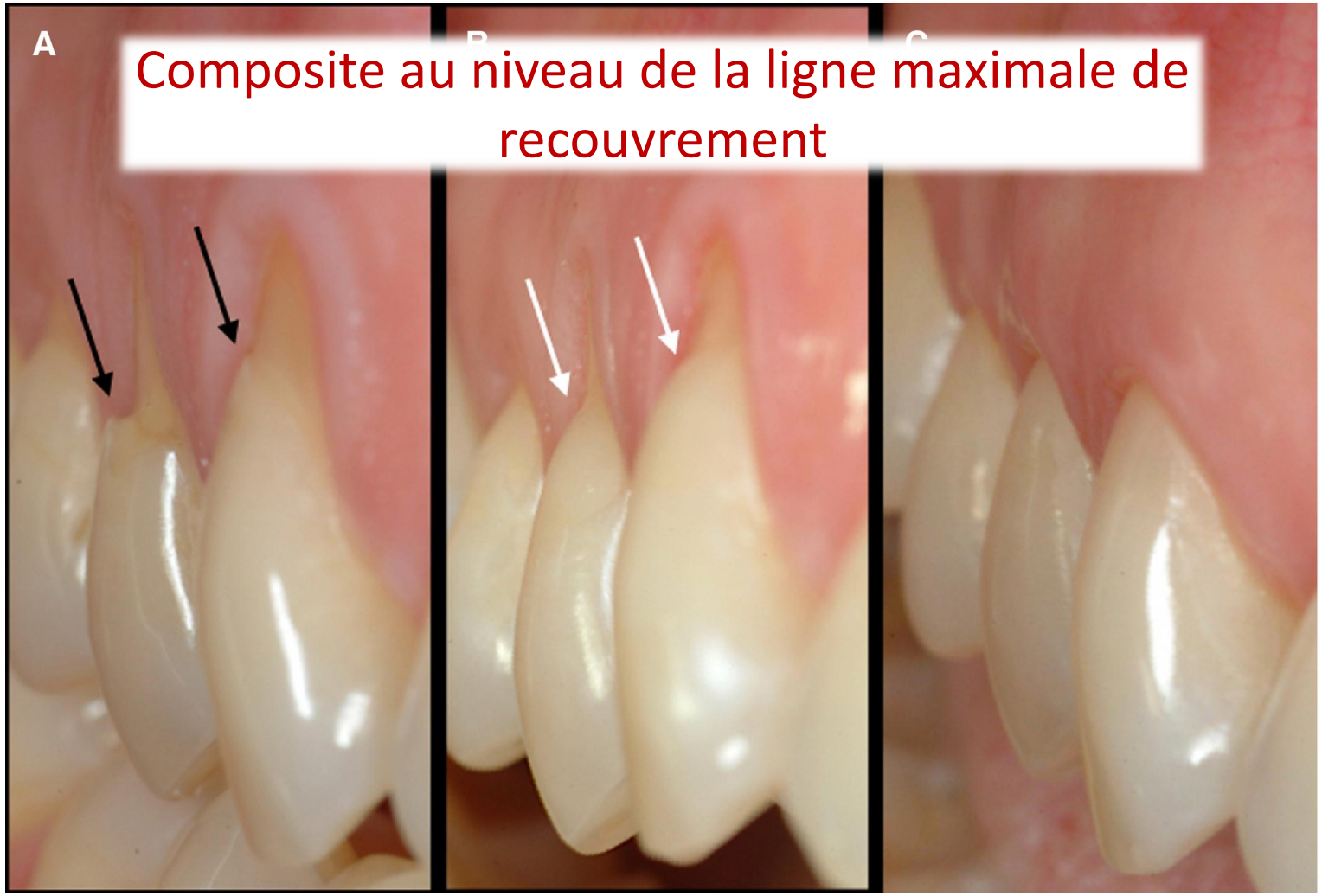
NODE 1

Stefanini 2018 Perio 2000



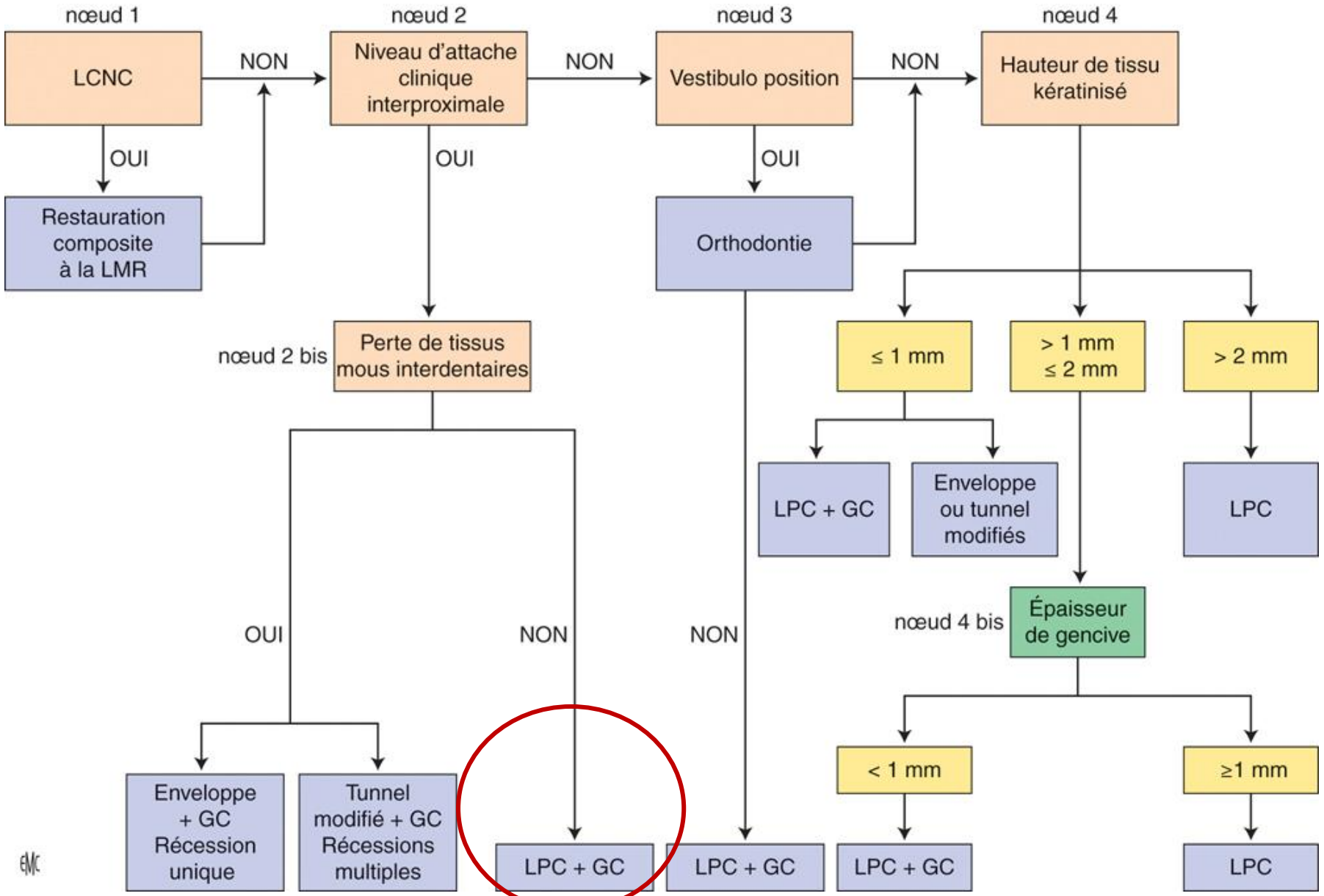
NODE 1

Stefanini 2018 Perio 2000



Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000



28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

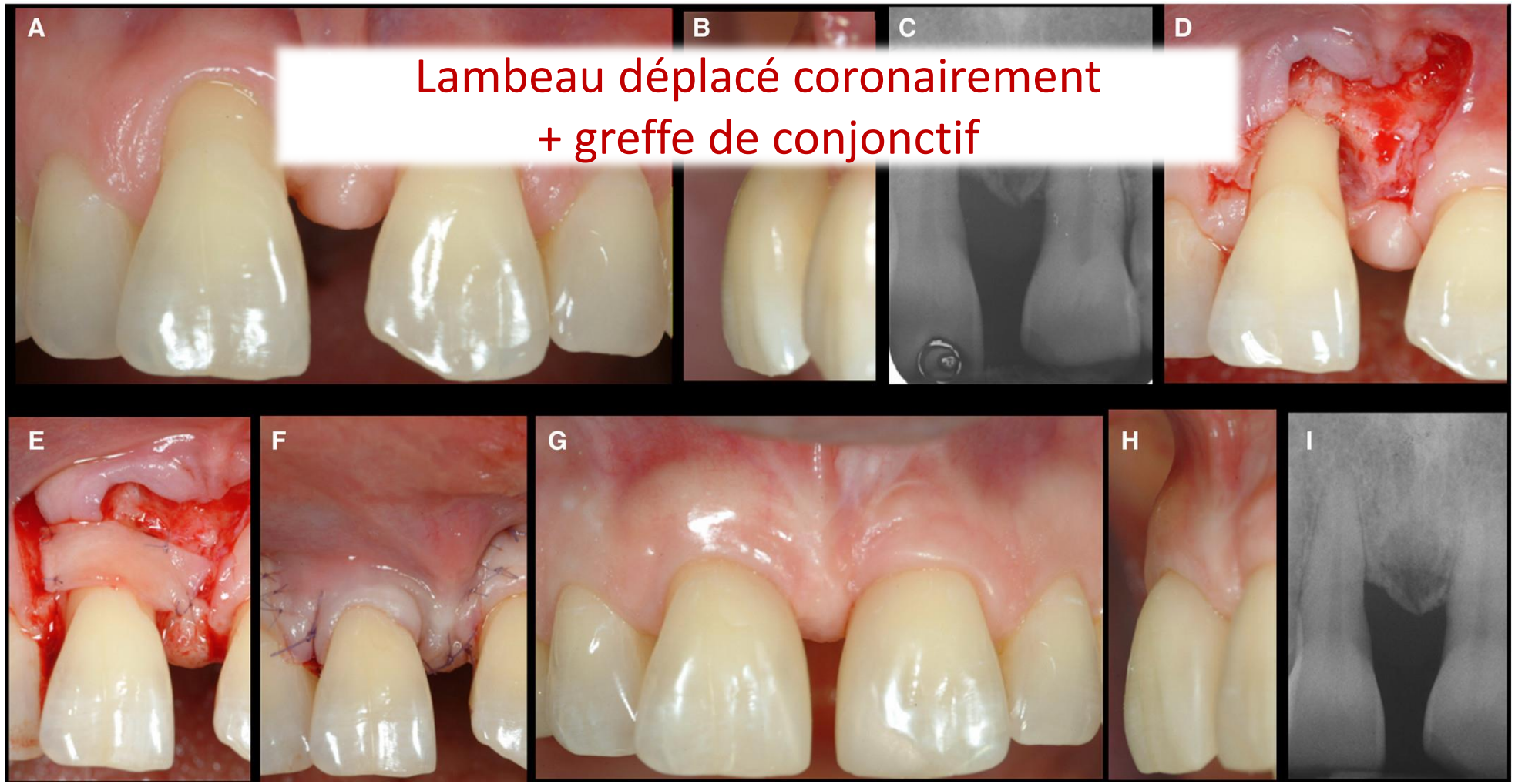
Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

NODE 2

Stefanini 2018 Perio 2000

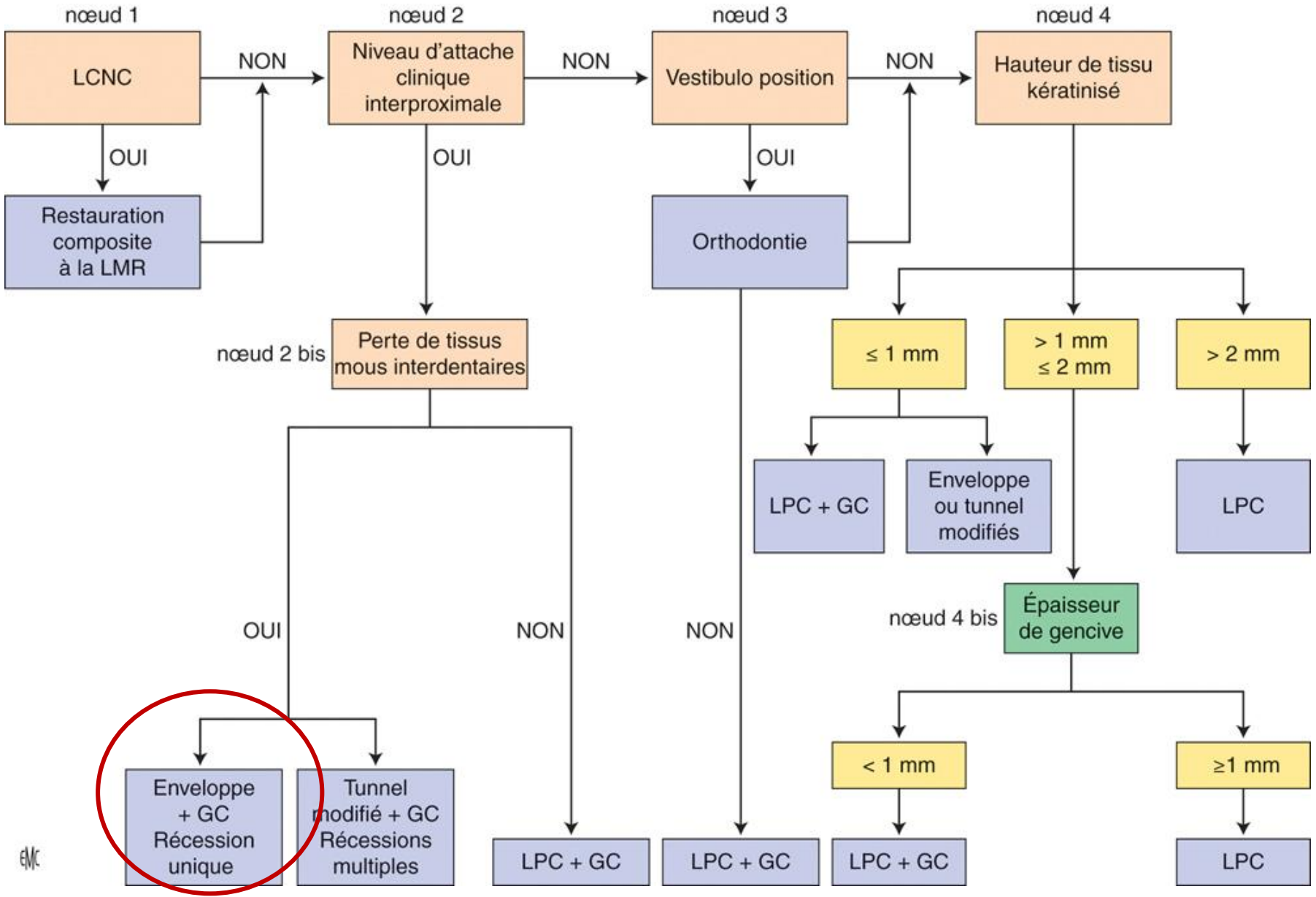
NODE 2

Stefanini 2018 Perio 2000



Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000



28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

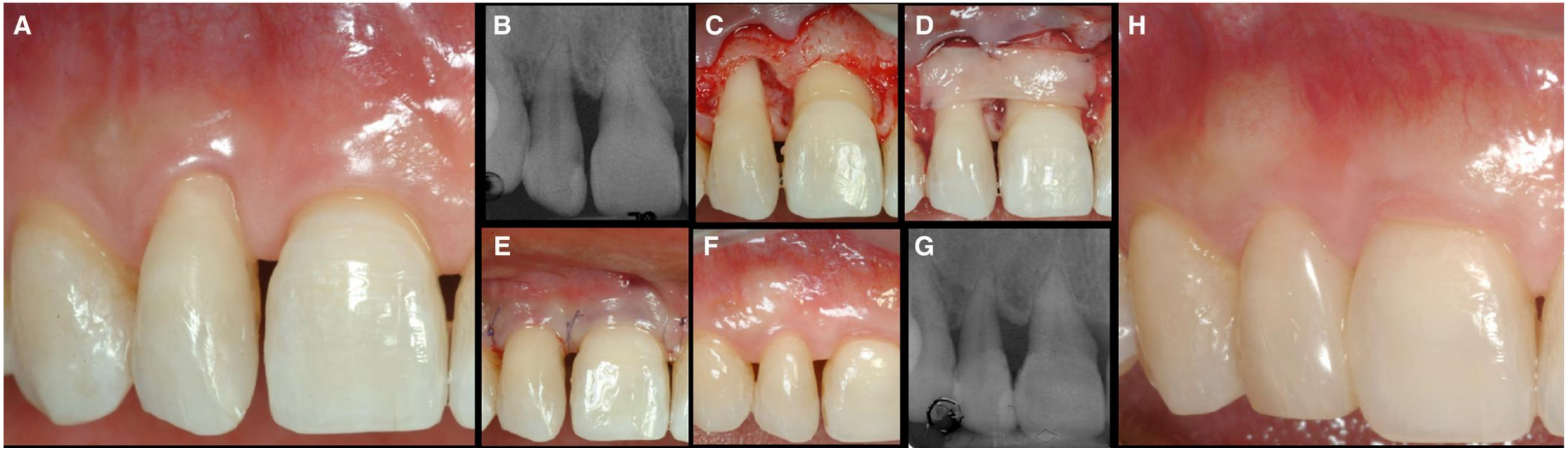
La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

NODE 2 Bis

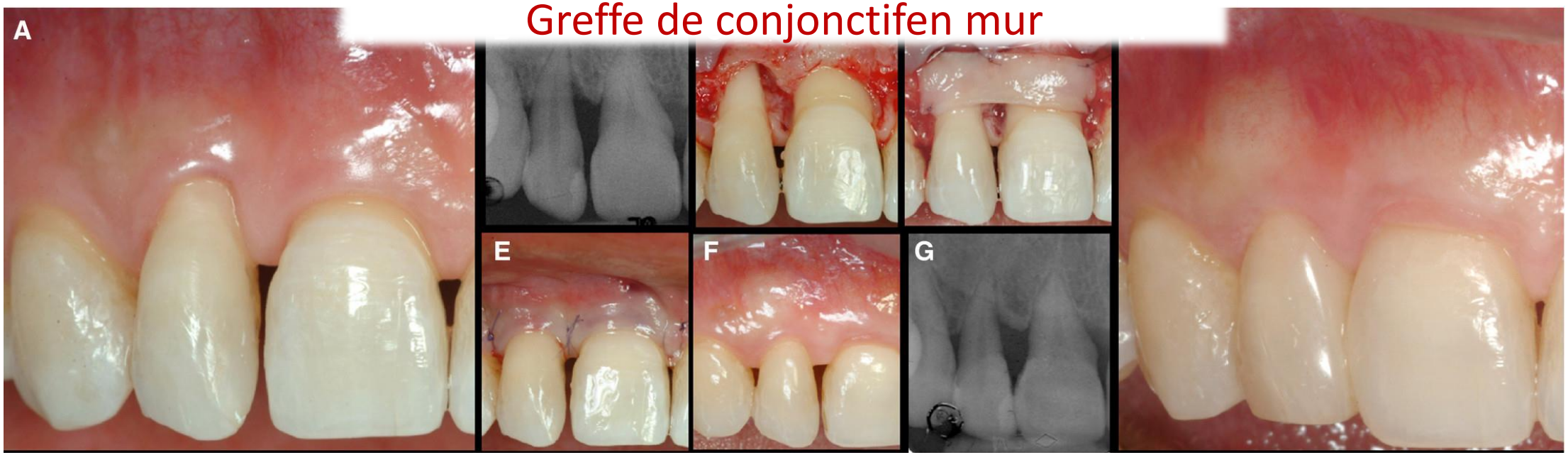
Stefanini 2018 Perio 2000



NODE 2 Bis

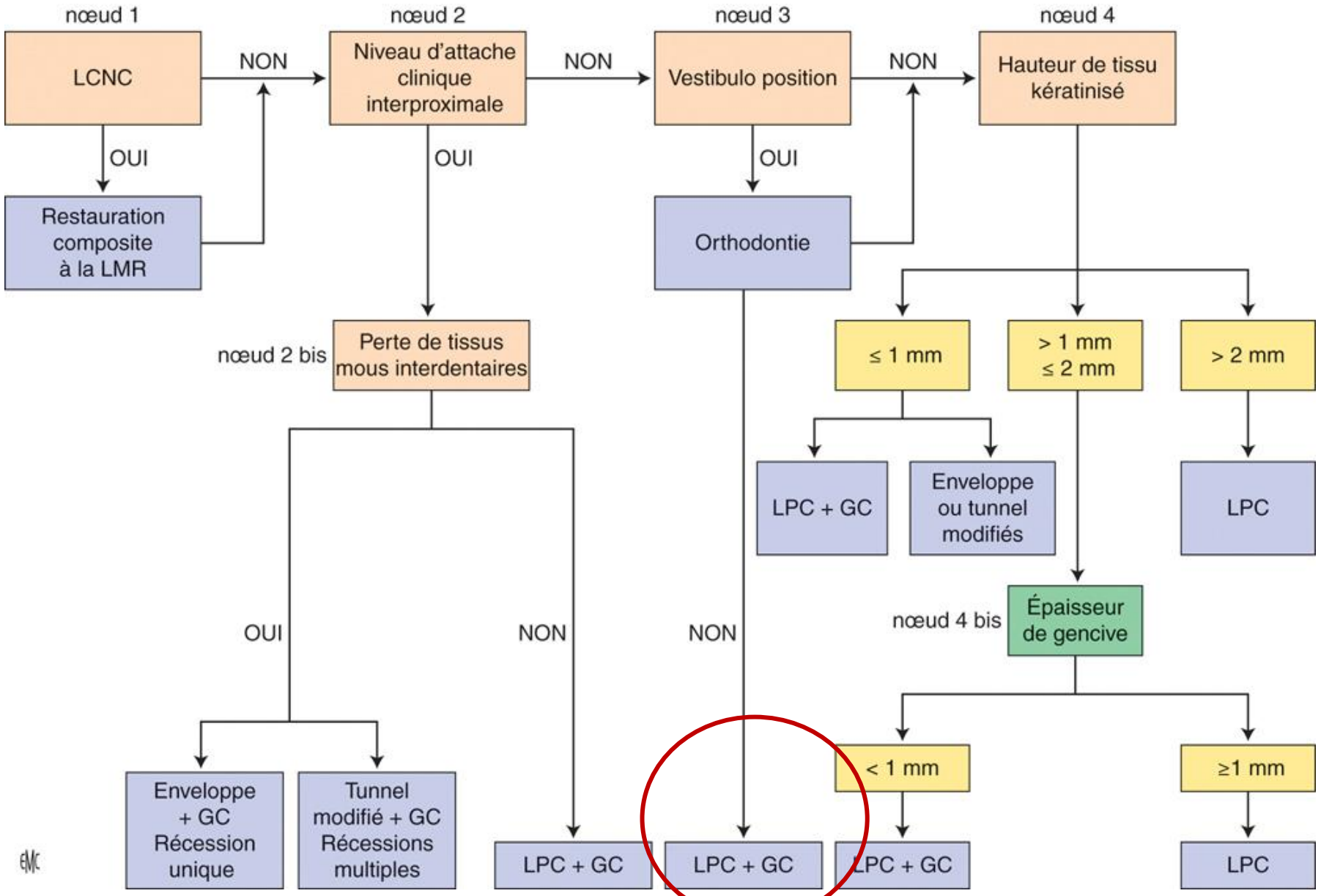
Stefanini 2018 Perio 2000

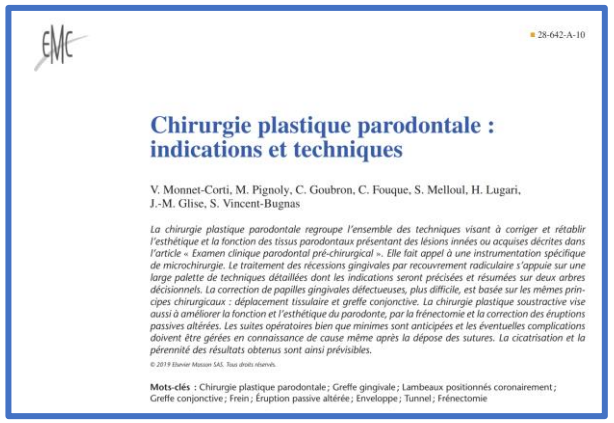
Greffe de conjonctifen mur



Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000





28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

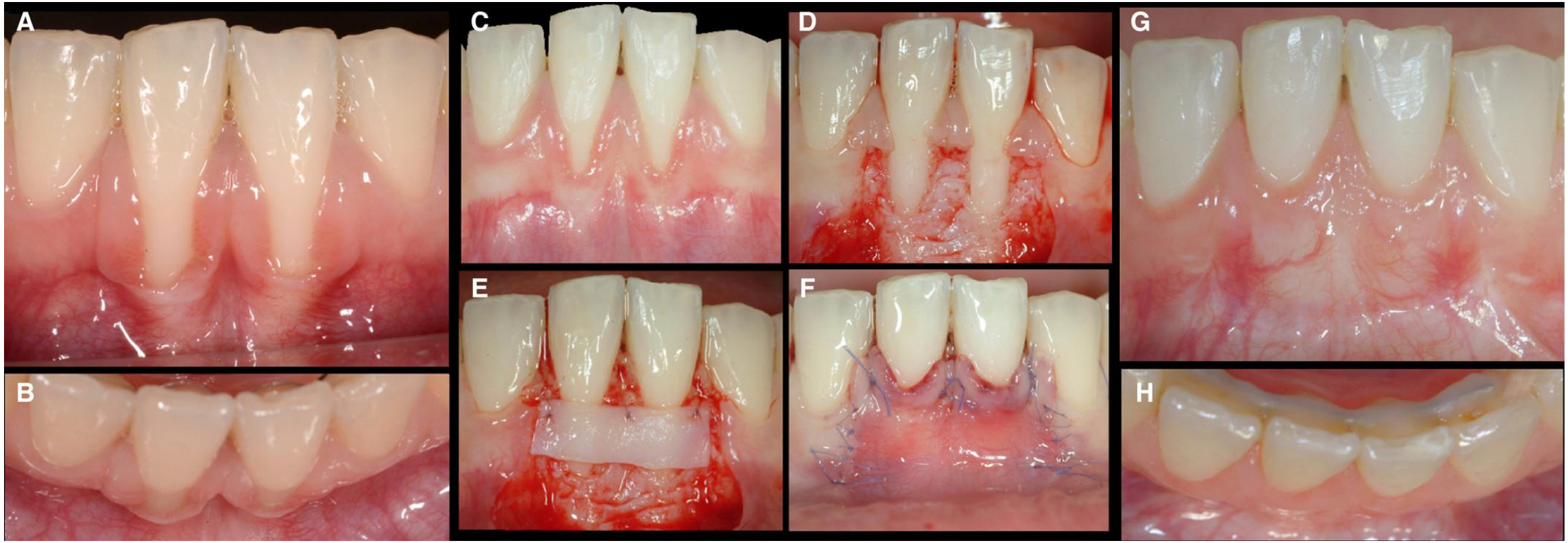
V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

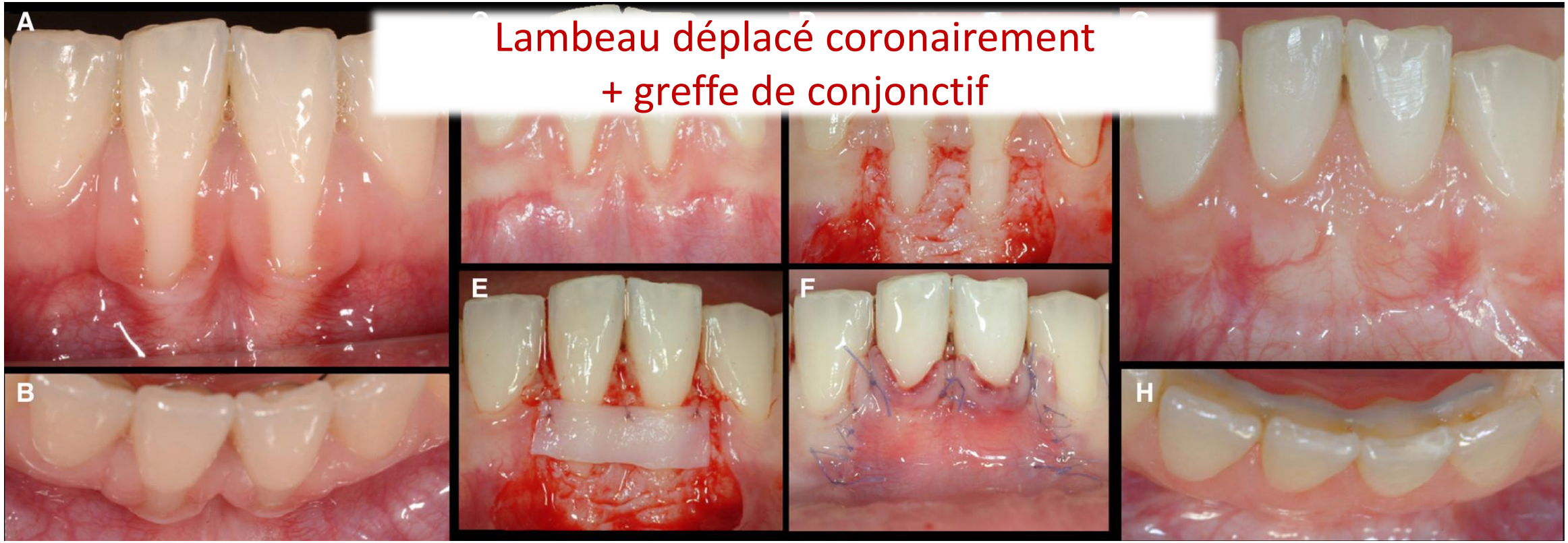
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

NODE 3



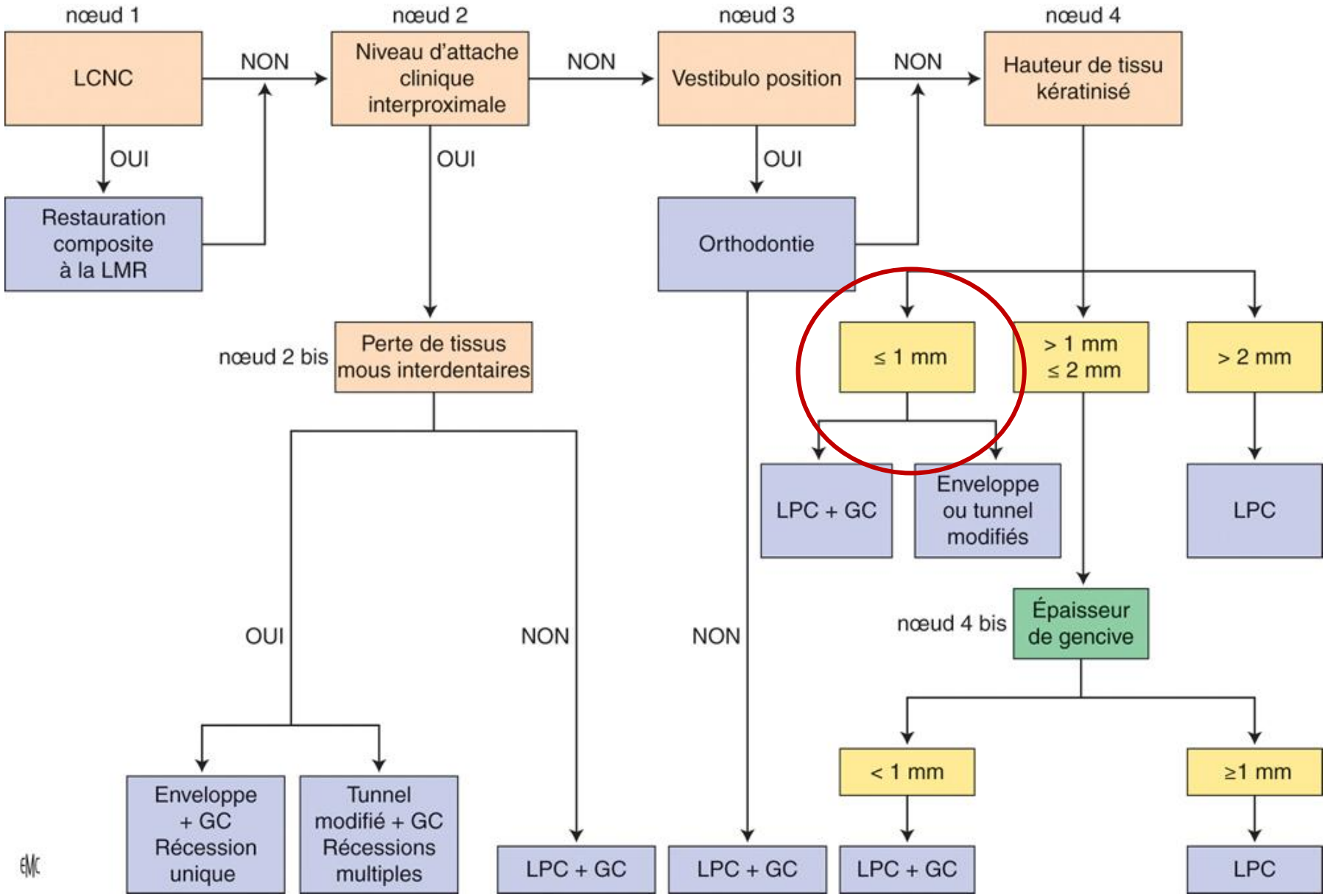
NODE 3

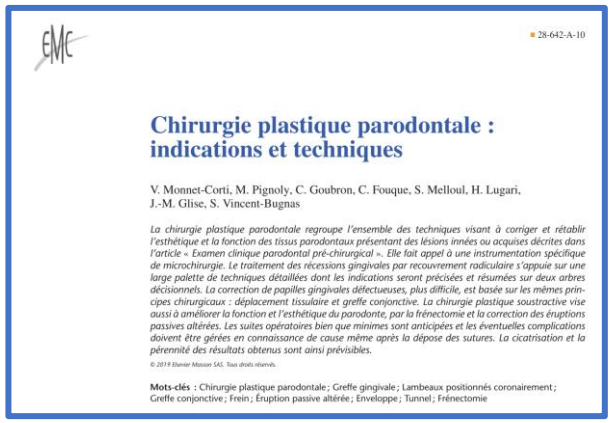


Lambeau déplacé coronairement
+ greffe de conjonctif

Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000





28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

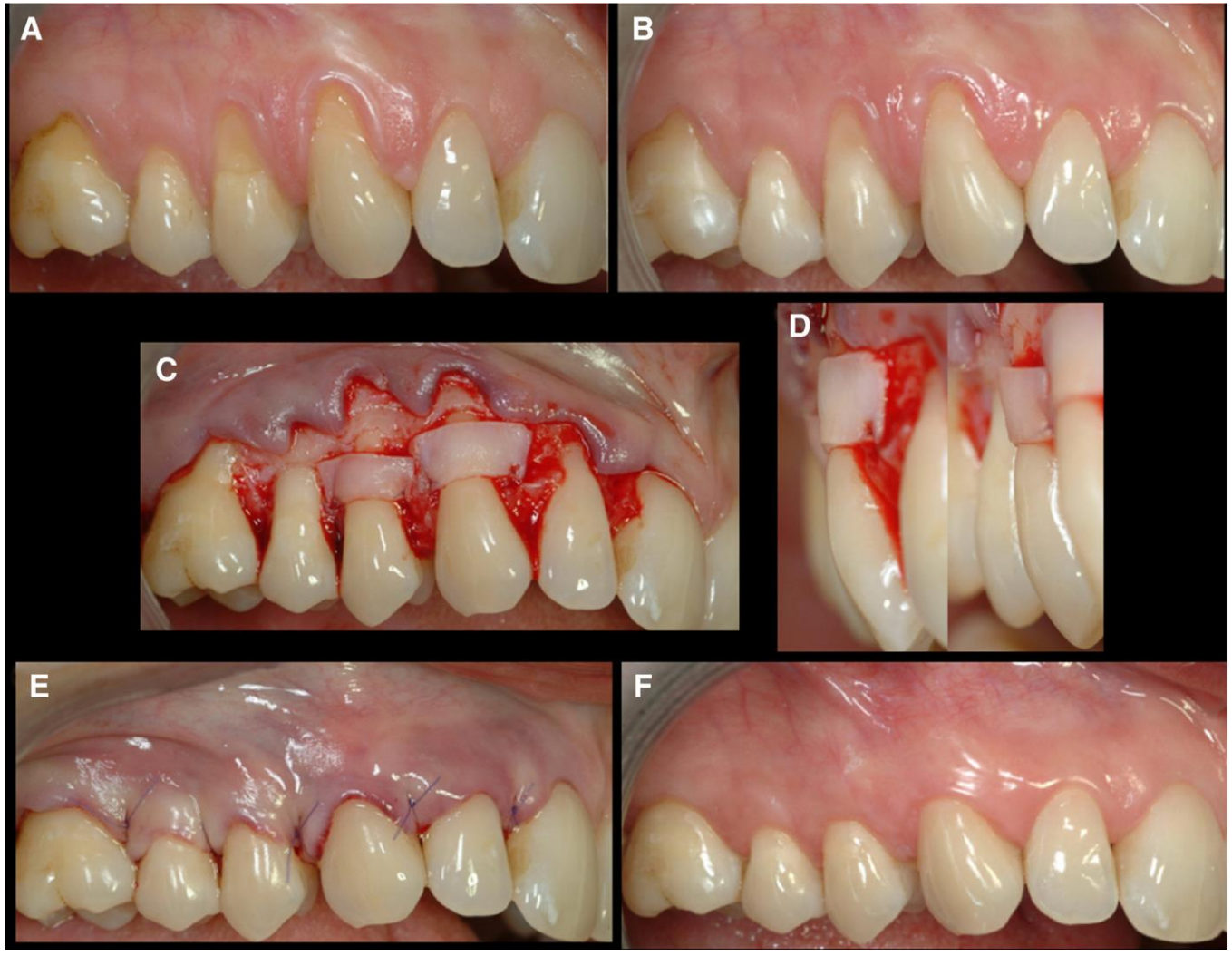
V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

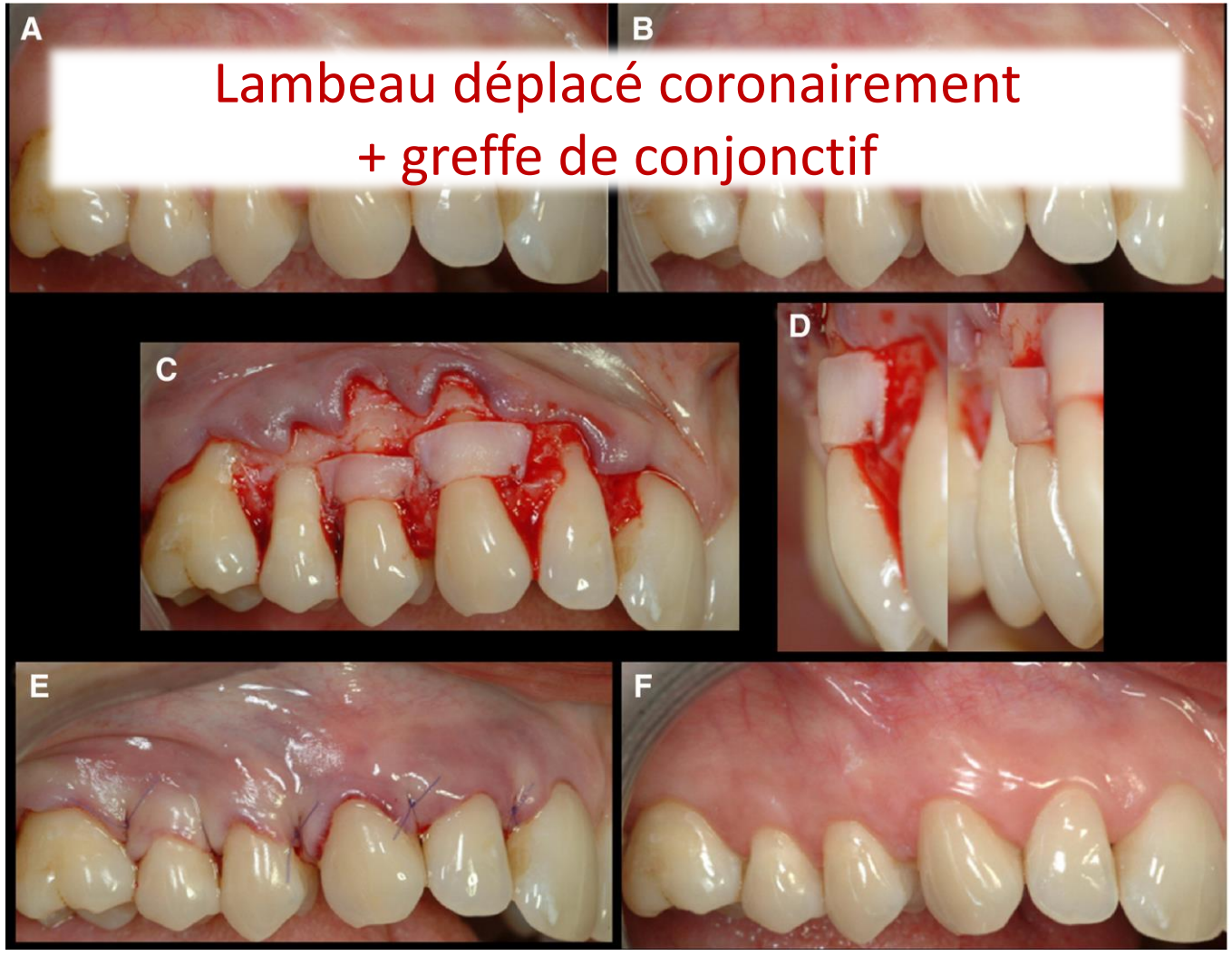
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

NODE 4

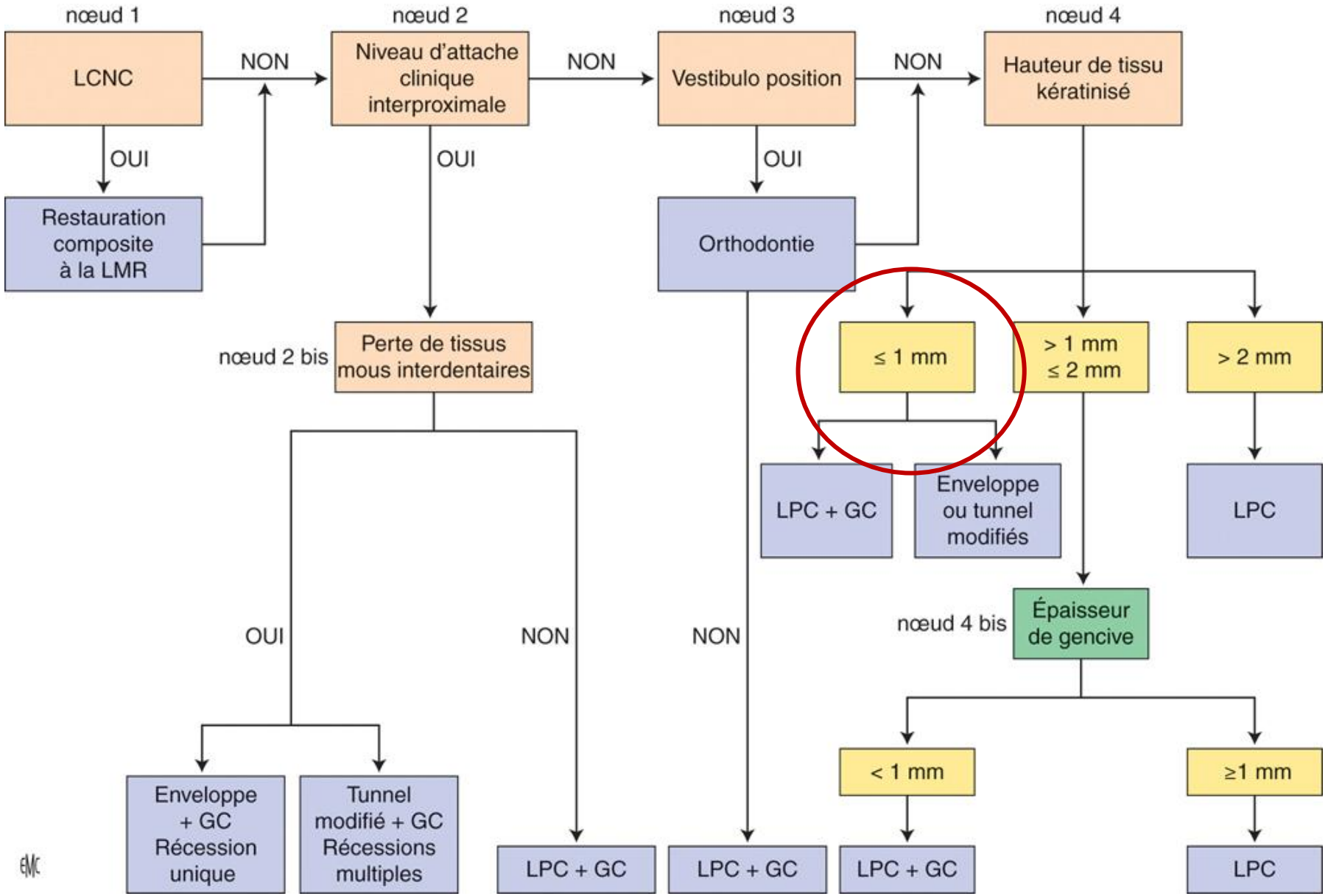


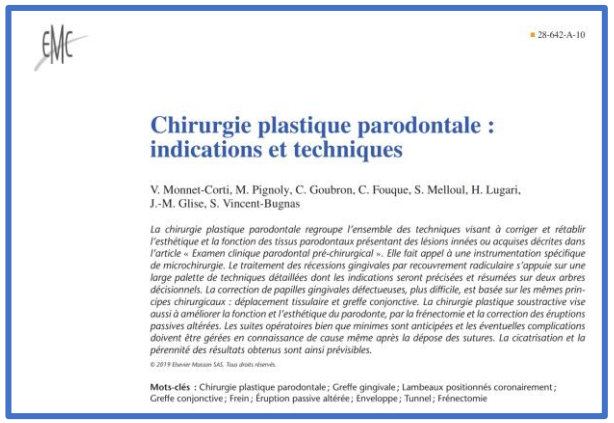
NODE 4


A
B
Lambeau déplacé coronairement
+ greffe de conjonctif
C
D
E
F

Les récessions

Stefanini 2018 Perio 2000





28-642-A-10

Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques

V. Monnet-Corti, M. Pignoly, C. Goubron, C. Fouque, S. Melloul, H. Lugari, J.-M. Glise, S. Vincent-Bugnas

La chirurgie plastique parodontale regroupe l'ensemble des techniques visant à corriger et rétablir l'esthétique et la fonction des tissus parodontaux présentant des lésions innées ou acquises décrites dans l'article « Examen clinique parodontal pré-chirurgical ». Elle fait appel à une instrumentation spécifique de microchirurgie. Le traitement des récessions gingivales par recouvrement radiculaire s'appuie sur une large palette de techniques détaillées dont les indications seront précisées et résumées sur deux arbres décisionnels. La correction de papilles gingivales défectueuses, plus difficile, est basée sur les mêmes principes chirurgicaux : déplacement tissulaire et greffe conjonctive. La chirurgie plastique soustractive vise aussi à améliorer la fonction et l'esthétique du parodonte, par la frénectomie et la correction des éruptions passives altérées. Les suites opératoires bien que minimes sont anticipées et les éventuelles complications doivent être gérées en connaissance de cause même après la dépose des sutures. La cicatrisation et la pérennité des résultats obtenus sont ainsi prévisibles.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Chirurgie plastique parodontale ; Greffe gingivale ; Lambeaux positionnés coronairement ; Greffe conjonctive ; Frein ; Éruption passive altérée ; Enveloppe ; Tunnel ; Frénectomie

NODE 4

NODE 4

Technique tunnel

Allongement de couronne clinique

Periodontology 2000, Vol. 77, 2018, 84–92
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2018 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd

PERIODONTOLOGY 2000

Periodontology 2000

Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone

Matteo Marzadori*, Martina Stefanini*, Matteo Sangiorgi, Ilham Mounssif, Carlo Monaco & Giovanni Zucchelli

of the alveolar bone) in a more apical position to avoid tion of the surgical and restorative phases in the

Guerino
Paolantoni

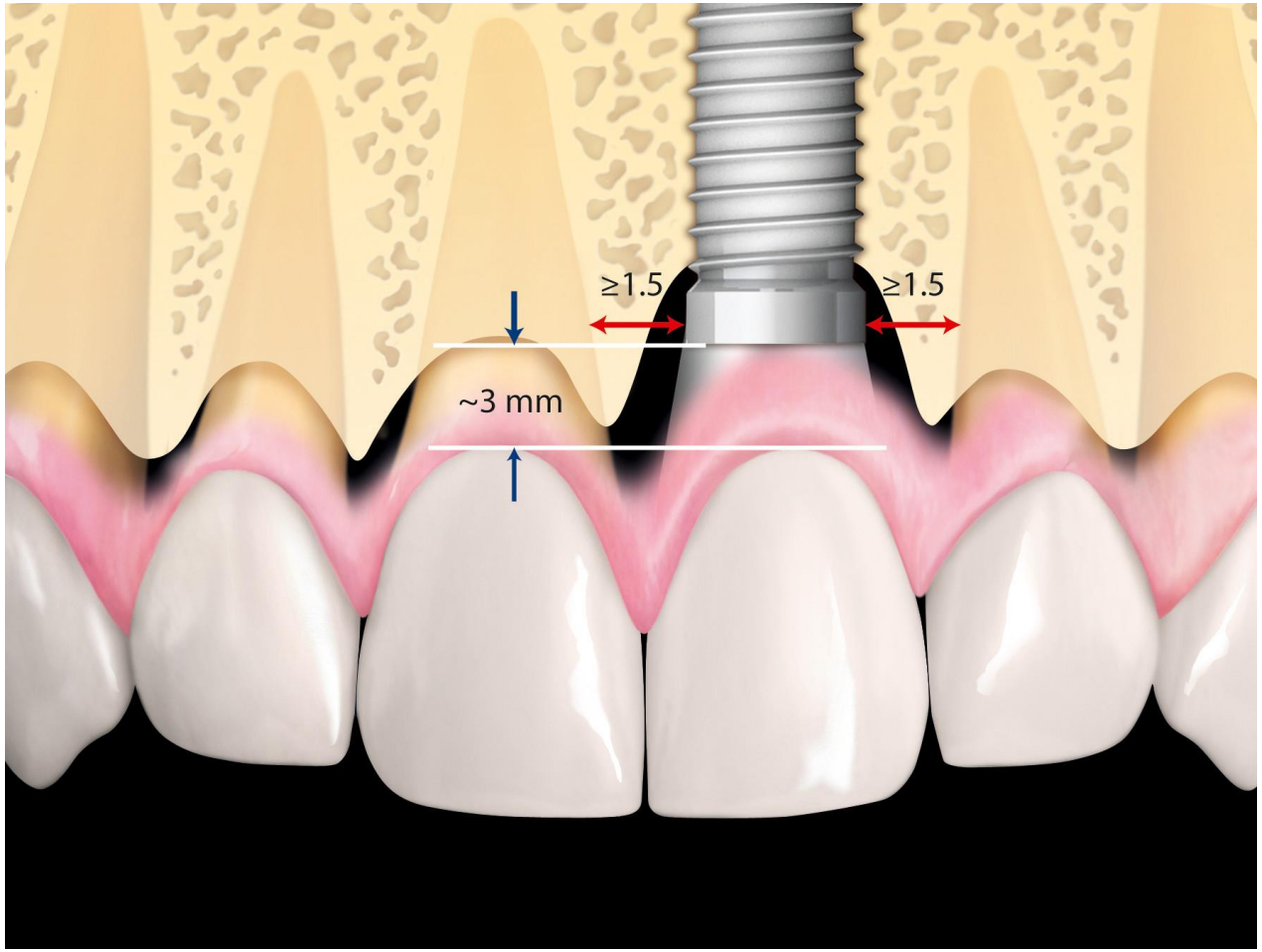
Comparison of three different crown-lengthening procedures in the maxillary anterior esthetic regions

Guerino Paolantoni, DDS[1]/Gaetano Marenzi, DDS, PhD[2]/Jolanda Mignogna, DDS[3]/Hom-Lay Wang, DDS, MDS, PhD[4]/Andrea Blasi, DDS, PhD[5]/Gilberto Sammartino, DMD, DDS[6]

Objective: A papilla preservation crown-lengthening procedure (PPCL) was proposed for treatment of the maxillary anterior teeth (canine to canine) and compared to two traditional techniques. **Method and Materials:** Thirty patients were assigned to three treatment groups: PPCL, the apically positioned flap with buccal approach (APF-B), and the apically positioned flap with buccal and palatal approach (APF-BP). Several clinical parameters were recorded at baseline and 6 months after surgery. **Results:** Although no statistically significant differences were reported in many of the clinical parameters examined, APF-B and APF-BP showed a significantly higher interproximal clinical attachment loss when compared to PPCL. In the PPCL group, there was a significant increase in esthetic appraisal by the patients. **Conclusion:** Crown lengthening using a papilla-preservation flap approach and osseous recontouring is a viable alternative approach and could be useful in esthetic regions. *(Quintessence Int 2016;47:407–416; doi: 10.3290/j.qi.a35869)*

Key words: anterior esthetic, apically positioned flap, osseous resection, papilla preservation, surgical crown-lengthening

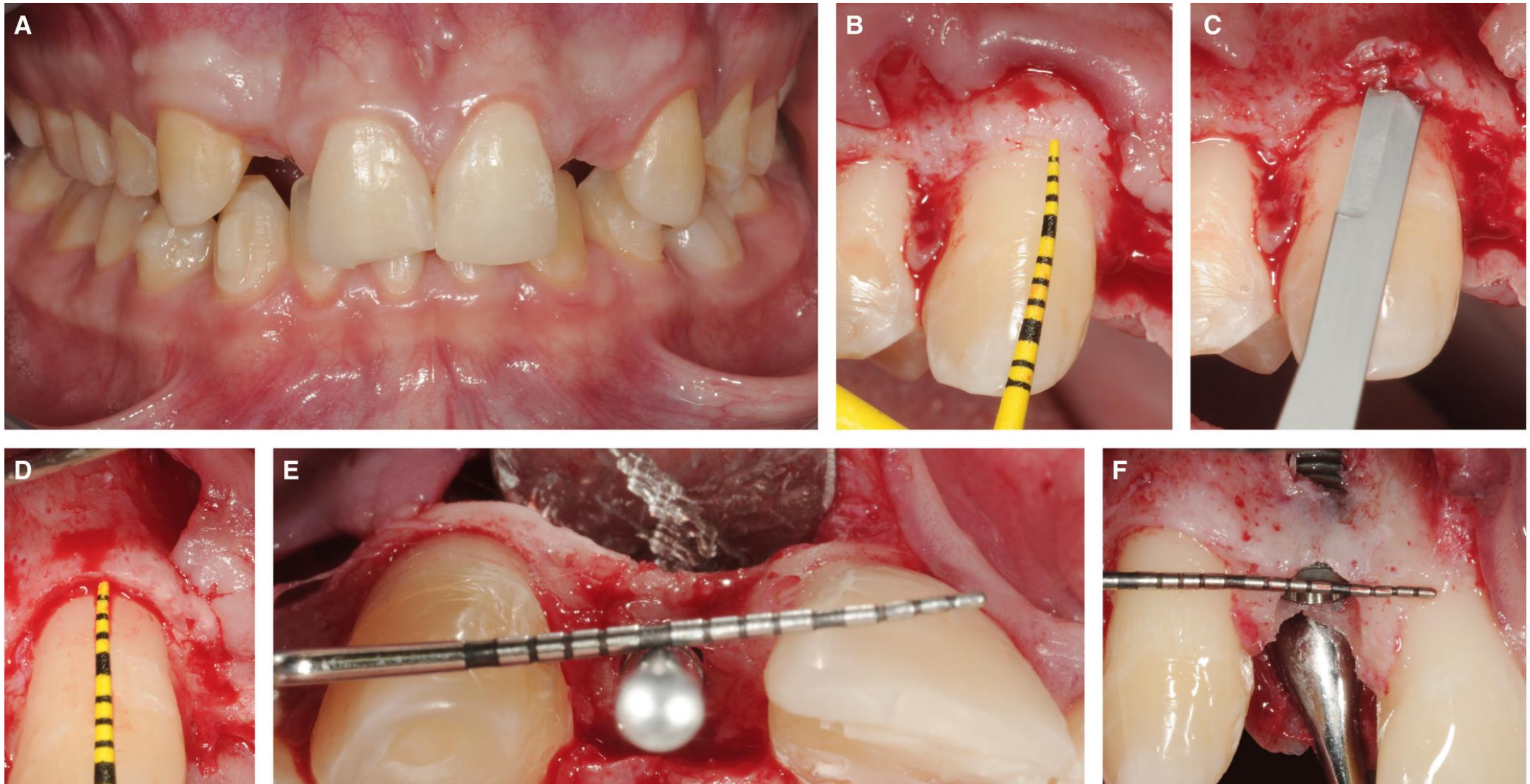
La position idéale implantaire



Testori Perio 2000 2018

La position idéale implantaire

Testori Perio 2000 2018

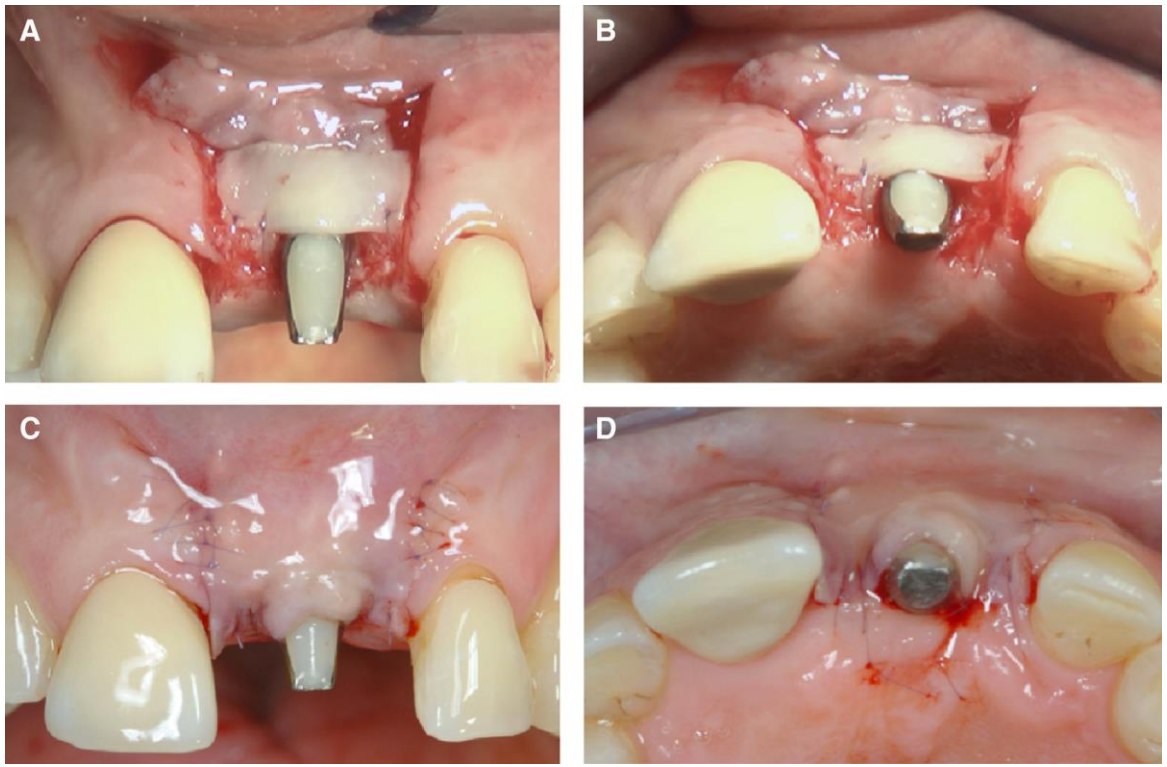


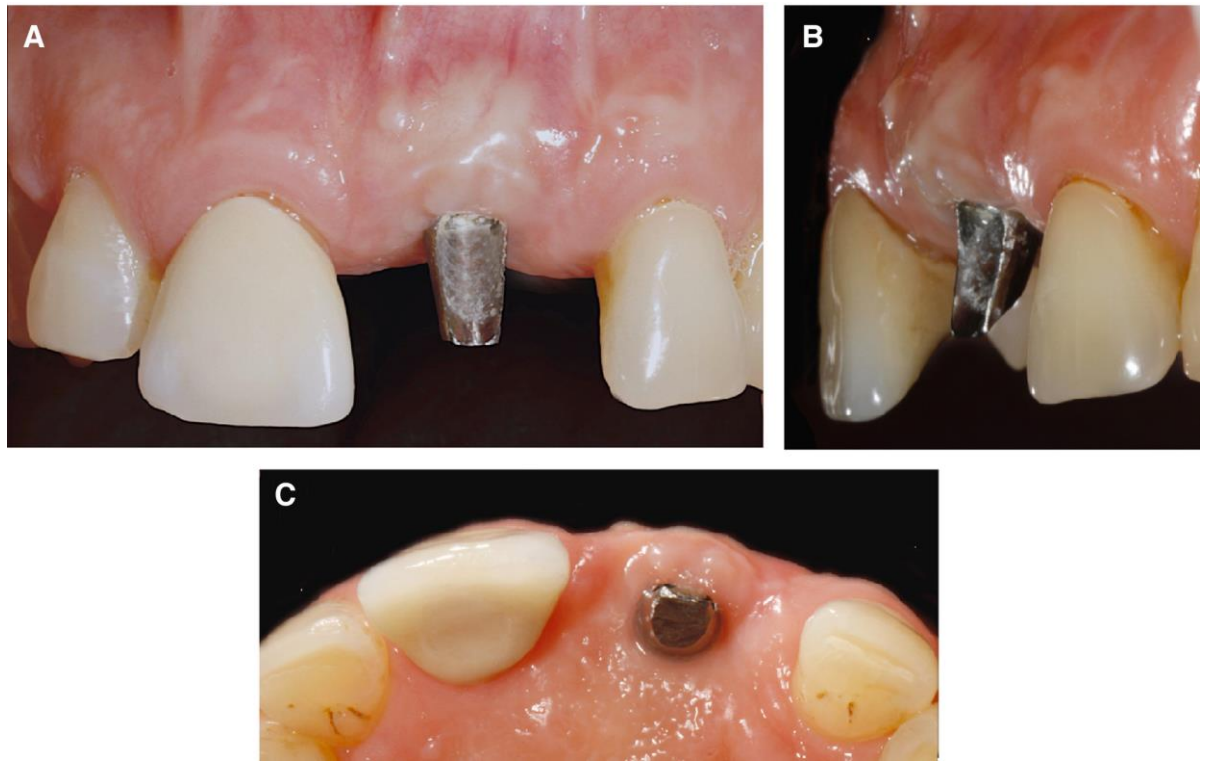
Recouvrement déhiscences implantaires

Mazzoti Perio 2000 2018

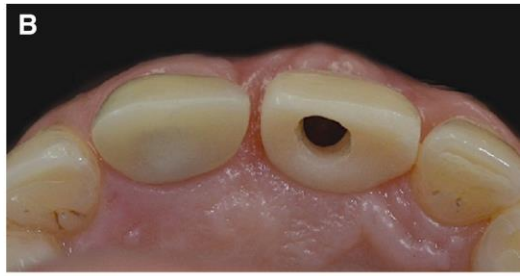
A

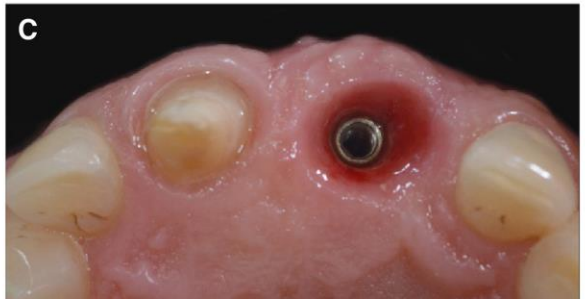
B


A
B
C
D

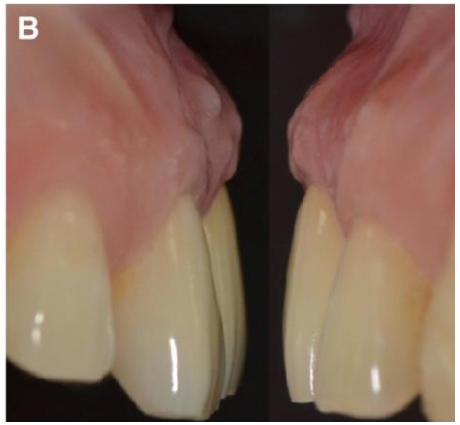

A
B
C

A


B


C

A


B

A
B

Zuhr Perio 2000 2018