

Au cœur de l'image



JULIEN MOURLAAS

Ancien résident, Implantologie, NYU, États-Unis.

Exercice limité à la parodontologie et implantologie, Orgeval, Yvelines.

@ Jm5809@nyu.edu

La technique du lambeau bilaminaire déplacé en secteur postérieur mandibulaire

Le développement d'outils diagnostiques et de la microchirurgie en dentisterie permet à la plastique parodontale de répondre à de nombreuses situations cliniques de façon prévisible. Parmi l'ensemble des techniques proposées, le lambeau déplacé bilaminaire est le gold standard actuel, dans la grande majorité des cas, selon les consensus basés sur la littérature disponible aujourd'hui. Néanmoins, le secteur postérieur mandibulaire est rarement décrit ou abordé.

Il convient de lever les freins psychologiques en rapport avec la présence d'obstacles anatomiques et techniques liés à la faisabilité. En effet, la technique du lambeau bilaminaire déplacé en secteur postérieur mandibulaire propose des tracés différents par rapport au maxillaire, assurant une sécurité vis-à-vis du nerf alvéolaire inférieur, mais également une rapidité et une simplicité d'exécution qui rendent la technique incontournable à la fois en termes de résultats cliniques, mais aussi d'expérience du patient. Le but de ce rapport de cas est de décrire, autant que possible, l'exécution de cette technique.



Nikon D8500
Exposition : 1/125 s à f/2,5, ISO 200

Distance focale : 100 mm
Objectif : Macro Nikkor 105 mm f/2.8 Macro



Flash : R1C1
sur bras PhotoMed



Élévation de la papille chirurgicale, sa largeur est d'au moins 2 mm.



Situation initiale. Compte tenu du profil du patient et dans un souci de rapidité au fauteuil, il est décidé de traiter les secteurs postérieurs en une chirurgie selon la technique du lambeau déplacé bilaminaire dans un premier temps.



Secteur 4, vue latérale. Les récessions sont hiérarchisées à partir de la dent 43. Une décharge rectangulaire sera réalisée en mésial de cette dent.



Le tracé du lambeau est préfiguré à l'aide de la sonde parodontale. En appuyant sur les tissus, elle crée une ischémie visible.



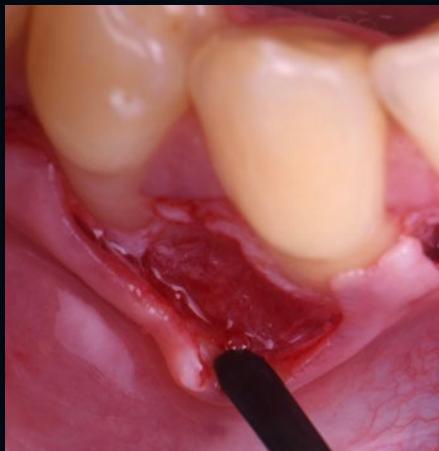
Incisions initiales délimitant les papilles chirurgicales en épaisseur partielle.



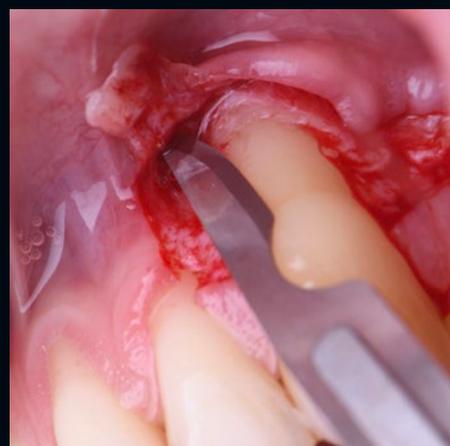
La papille chirurgicale au niveau de la décharge est disséquée. Sa dissection doit être nette et constante de façon à obtenir une papille chirurgicale exploitable.



Après dissection des papilles chirurgicales, le lambeau est élevé en épaisseur pleine jusqu'au contact osseux et 1 à 2 mm au-delà, à l'aide d'un microdécolleur inséré dans les sulcus.



Visualisation des fibres au niveau de la ligne mucogingivale.



Une lame 15c neuve est utilisée pour détacher la muqueuse des insertions sous-jacentes. La dissection se fait dans un plan très superficiel, par des mouvements amples dirigés vers le centre du lambeau (sens mésiodistal).



La dissection est étendue au-delà des limites du lambeau de façon à générer suffisamment de laxité.



Les papilles anatomiques sont désépithérialisées. Une lame 12 est utilisée pour instrumenter leur base.



Un greffon épithélioconjonctif est prélevé puis désépithérialisé sur table.



Après une préparation mécanique et chimique des surfaces radiculaires, le greffon de tissu conjonctif est suturé (PGA, 7-0, Stoma). On note que le positionnement sur la prémolaire est trop coronaire. En coupant le greffon en deux, nous aurions pu positionner le greffon 1 mm en apical à la jonction amélocémentaire sur la prémolaire également.



Le lambeau est suturé comme suit :

- positionnement de la papille rectangulaire à l'aide d'un point suspendu (PGA, 6-0, Hu-Friedy) ;
- suture en 46 à l'aide d'un point suspendu ;
- suture en 44 à l'aide d'un point suspendu ;
- reprise du point autour de 43 ;
- suture de la décharge (PGA, 7-0, Stoma).

Pose d'un gel d'acide hyaluronique (hyaDENT BG, Regedent).



Adaptation du lambeau aux bombés cervicaux.

Situation postopératoire à dix jours : dépose des sutures.

Situation initiale.



Situation finale,
à trois mois secteur 3,
à dix jours secteur 4.

