

“ Et si la gencive  
était le meilleur  
atout de  
votre sourire ”

PARODONTIE & IMPLANTOLOGIE

PARODONTIE



IMPLANTOLOGIE

\*Chirurgie Plastique et Esthétique en Parodontie et Implantologie Otto Zuhr , Marc Hüzeler Quintessence International Juin 2013



Anne-Emmanuelle Guillot  
Docteur en Chirurgie Dentaire

Diplôme Universitaire de Parodontie  
Parodontie & Implantologie exclusive

En 2005 apparaît dans la littérature scientifique le terme «Pink esthetic»\*.  
Le rose se distingue.

Les tissus mous qui entourent la dent sont en effet une composante essentielle de l'esthétique bucco-dentaire particulièrement visible dans certains sourires. Pour ceux-là, même une esthétique dentaire parfaite ne pourra compenser un problème gingival. **Au-delà de ces considérations esthétiques**, le parodonte dont le rose n'est que la partie visible, constitue les tissus de soutien d'une dent, les fondations. La santé parodontale est un enjeu majeur dans l'équilibre bucco-dentaire d'autant plus qu'elle peut varier avec l'âge, l'état général et l'hygiène de vie d'une personne. Le parodonte peut souffrir de traumatismes, de maladies, mais est aussi capable de cicatriser voire d'être régénéré. Et pourtant, interrogeons nos patients : ils évoqueront leurs dents, leur sourire mais rarement leurs gencives! Leur connaissance de l'existence et de l'importance de cette partie de notre anatomie est floue, et encore plus leur manière d'en prendre soin...

**Et si la modernité consistait aujourd'hui à relier l'esthétique à la santé afin d'améliorer la pérennité de ces tissus ?**

« Le 'Pink esthetic' est caractérisé par une gencive marginale et une surface de tissu kératinisé harmonieux et constant, non inflammatoire, rose pâle et piqueté. »\*

**Une gencive est belle quand elle est saine...**

Bien que scientifiquement encore sujet à controverse, l'impact de la gencive kératinisée sur la santé, la stabilité gingivale et le vieillissement, aussi bien autour des dents qu'autour des implants, est important du point de vue clinique\*. La présence d'un bandeau de tissu kératinisé stable et de bonne qualité protège les racines, facilite l'hygiène orale et simplifie les procédures prothétiques. La microchirurgie plastique permet d'envisager des stratégies de traitement visant à rendre les travaux de reconstruction plus pérennes car dans un environnement parodontal plus résistant. Les résultats de ces thérapeutiques se sont considérablement améliorés.

Comme ces auteurs\* qui, par leur travail exemplaire, nourrissent et justifient ma réflexion au quotidien, j'ai voulu montrer en quelques images et peu de mots comment, dans mon activité, ces concepts complexes pouvaient se traduire.

**À nous de savoir les transmettre...**

Anne-Emmanuelle Guillot

## Verbatim...

*Mon intervention a été décidée en raison d'un découverte de racines qui s'est aggravé après un traitement d'orthodontie. Malgré un terrain défavorable (traumatisée par des actes dentaires récents et passés), l'envie de retrouver mon sourire initial a été plus forte. L'intervention m'a semblé relativement longue, mais compensée par une prise en charge optimale de la douleur, de l'anxiété et de la fatigue nerveuse qu'occasionne ce type d'intervention pour moi. Le praticien annonce les actes, ce qui a pour effet de me rassurer. Sa voix est constante et permet de se déconnecter de l'intervention. Durant tout le déroulement, la prise en charge psychologique, humaine extrêmement fiable, a été primordiale.*

*Le résultat est plus que satisfaisant. La couleur, l'aspect naturel, les interstices dentaires sont totalement comblés par la greffe qui s'est nivelée gracieusement. Tout cela m'autorise à sourire pleinement. Une perception positive confortée par mon entourage.*

*Héloïse G, 39 ans*

## Conditions de succès



### Prendre en charge chacun selon ses besoins

Définir la demande de nos patients qu'il faut aider à formuler. Les moyens modernes de communication, les photos et les outils de diagnostic numérisés sont une source extraordinaire de progrès pour dessiner ensemble un projet, avec des objectifs précis. Valider dans certains cas le projet grâce à des réalisations provisoires à visée diagnostique.  
Évaluer les risques de résultat partiel ou de complications.  
Donner de nouvelles habitudes d'hygiène orale et veiller à supprimer tout facteur iatrogène.  
Soigner et stabiliser le parodonte au préalable à toute intervention.  
Assurer le suivi nécessaire à la pérennité des interventions réalisées.

### Être à l'écoute...

Des peurs et des appréhensions souvent nées de témoignages ou de mauvaises expériences. Des explications claires sur le déroulement et les suites de l'intervention les diminueront. De la douleur post-opération qui est toujours atténuée si le patient est bien préparé et encadré par des consignes claires et précises, assuré de notre entière disponibilité à tout moment en cas de besoin.

### Accueillir dans un lieu chaleureux

Une salle de soins adaptée qui offre un cadre sécurisant où l'on peut prendre son temps avant l'intervention et se reposer après de manière à pouvoir écouter calmement les dernières consignes et repartir avec la sensation d'avoir été parfaitement pris en charge.

# Petits défauts antérieurs à la mandibule

*La littérature suggère que les interventions de chirurgie plastique parodontale pour le recouvrement radiculaire sont moins sensibles à la technique choisie qu'à l'expérience du praticien ayant une procédure éprouvée. Nous utilisons le plus souvent une technique de greffe de tissu conjonctif tunnelisé modifiée (GTC), car c'est celle qui dans notre pratique, apporte les résultats les plus prévisibles.*

*L'association à un prélèvement de tissu conjonctif autogène, semble être le meilleur gage de la création d'un système d'attache stable dans le temps.*

*La prévisibilité est sans doute le critère le plus important dans la prise de décision patient/praticien.*

Cas 1 : La présence de tartre est beaucoup plus fréquente à la mandibule ce qui, associé à une morphologie plus souvent prédisposante (tissus fin, corticale vestibulaire inconstante, malpositions, tractions de freins et de muscles), rend cette zone plus vulnérable à l'apparition de récessions gingivales. La qualité du brossage est aussi un facteur clé. Tous nos patients reçoivent un enseignement d'hygiène orale (EHO) adapté à leurs besoins, puis un suivi personnalisé. (Recul 4 ans)

Cas 2 : La morphologie du secteur mandibulaire antérieur le rend particulièrement sensible en cas de traitement orthodontique. L'apparition de ce type de lésion en cours ou en fin de traitement orthodontique est fréquente et pas toujours facile à anticiper. Ici une petite récession de CL II, totalement réversible. (Recul 5 ans)

Cas 3 : La position vestibulée des racines et des incisives associée à un brossage très agressif a conduit à ces récessions multiples malgré un parodonte de bonne qualité. Cette zone devient souvent plus visible lors de l'élocution en vieillissant, accentuant la demande de traitement de nos patients. La greffe a permis un recouvrement satisfaisant. (Recul 4 ans)



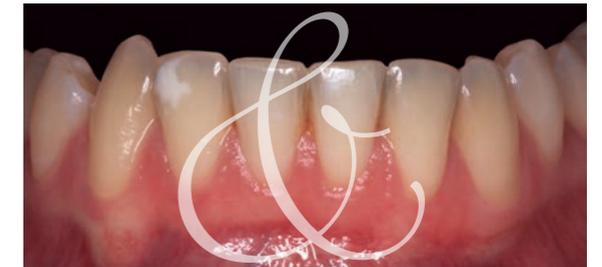
Cas 1 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention



Cas 2 - Avant intervention



Cas 2 - Après intervention



Cas 3 - Avant intervention



Cas 3 - Après intervention

# Petits défauts antérieurs au maxillaire



Cas 1 - Avant intervention



Cas 2 - Avant intervention



Cas 3 - Avant intervention



Cas 4 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention



Cas 2 - Après intervention



Cas 3 - Après intervention



Cas 4 - Après intervention

**Cas 1 :** Un défaut gingival même mineur peut perturber l'aspect esthétique d'un sourire et générer l'inquiétude d'un patient. Plus le défaut est proche de la ligne médiane plus il sera visible. Ces petites récessions gingivales (CL.I de Miller) résultent d'un brossage traumatique sur un parodonte pourtant de bonne qualité. La demande de recouvrement était esthétique mais conduite aussi par la peur d'une évolution négative dans le temps. (Recul 6 mois)

**Cas 2 :** La difficulté de la réparation d'un défaut isolé, traité ici en fin de traitement orthodontique, réside plus dans la qualité de l'intégration esthétique que dans la quantité de recouvrement. La couleur, la texture de surface, l'épaisseur et l'harmonie du feston gingival ont été parfaitement restaurés. (GTC, recul 2 ans) *En collaboration avec le Dr P. Curiel.*

**Cas 3 :** Ces récessions initialement créées par un brossage agressif pendant un traitement orthodontique, ont évolué en raison de l'inflammation générée par la difficulté d'accès au brossage de ces lésions relativement hautes, ce qui nous a conduit à les traiter. (GTC, recul 2 ans)

**Cas 4 :** Cette récession gingivale associée à une lésion cervicale avait été compensée par un gros composite. En entretenant un phénomène inflammatoire, cette restauration a pu contribuer à aggraver la récession. Il a été déposé partiellement en idéalisant la position du collet avant de réaliser la GTC qui est venue l'épouser harmonieusement. (Recul 6 ans)

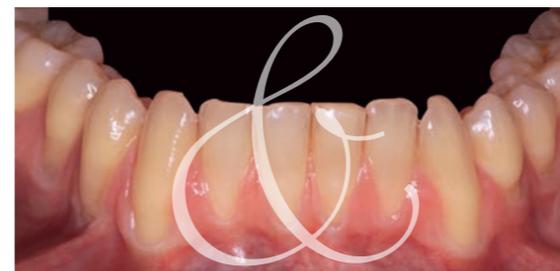
# Le Fullmouth : traitement d'une arcade en un temps



Cas 1 - Avant intervention



Cas 2 - Avant intervention



Cas 3 - Avant intervention



Cas 4 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention



Cas 2 - Après intervention



Cas 3 - Après intervention



Cas 4 - Après intervention

Cas 1 : Les habitudes de brossage iatrogènes ont touché l'ensemble de l'arcade, conduisant à réaliser une intervention (GCT) en un temps. La grande étendue de la préparation (ici de 16 à 26) rend paradoxalement le recouvrement plus aisé en raison d'une grande élasticité des tissus. Deux prélèvements palatins longs permettent avec une bonne gestion des tissus, un résultat esthétique optimal. (Recul à 5 ans)

Cas 2 : La destruction concerne aussi bien la gencive qu'une partie de la racine. Il est possible de recouvrir la partie radiculaire mais de petites retouches sont réalisées afin de diminuer les arêtes des mylolyse. Si la JEC a été préservée, la gencive viendra naturellement épouser son contour. S'il y a un manque, il faudra la reconstruire au préalable par un composite recréant la JEC idéalisée. (Recul à 5 ans)

Cas 3 : Bien que souvent plus complexe à gérer en raison de la morphologie de l'arcade mandibulaire (finesse des tissus, présence des brides, freins et insertions musculaires, axe des racines) le traitement des récessions gingivales multiples (GTC) à la mandibule apporte des résultats satisfaisants et stables dans le temps. (Recul à 1 an)

Cas 4 : Cette hyperplasie gingivale congénitale dans un sourire gingival a été traitée préalablement à un traitement orthodontique par une importante gingivectomie et une légère ostéoplastie. Un début de parodontite sur ce parodonte à risque avait commencé le travail de résorption osseuse. (Recul à 5 ans)  
En collaboration avec le Dr E. Augeraud.

# Le challenge des prothèses esthétiques



Cas 1 - Avant intervention



Cas 2 - Avant intervention



Cas 3 - Avant intervention



Cas 4 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention



Cas 2 - Après intervention



Cas 3 - Après intervention



Cas 4 - Après intervention

**Cas 1 :** L'analyse du sourire de cette patiente initialement adressée pour un alignement des collets, a montré que le collet de 11 était trop apical. Une couronne provisoire plus courte a permis de recouvrir, par une GTC, et après une petite retouche de l'ancienne préparation, la portion de racine exposée. Six mois sont nécessaires avant d'entreprendre la réalisation de la prothèse définitive.

En collaboration avec le Dr L.Garnier.

**Cas 2 :** La rétraction gingivale (fréquente lors du vieillissement des prothèses) et les zones d'extraction non gérées sont inesthétiques. Une augmentation gingivale, par un apport de tissu conjonctif, permet de retrouver un profil d'émergence plus naturel tout en améliorant la pérennité de la restauration prothétique. (Recul à 5 ans) En collaboration avec le Dr Desmond.

**Cas 3 :** Les désordres de ce sourire ont été résolus par l'analyse diagnostique puis la réalisation de prothèses provisoires validées par la patiente. Des implants ont permis la restauration des secteurs postérieurs. Le secteur antérieur a pu être conservé, permettant de préserver repères occlusaux et proprioception. Une chirurgie alignant les collets en recréant un espace biologique a conclu ce long travail d'équipe. (Recul à 6 mois) En collaboration avec le Dr B. Bachelard.

**Cas 4 :** Sourire gingival, supraclusion, égression et vestibulo-position de 11, parodontite, prothèse iatrogène et soins défectueux, sont les multiples causes de ce sourire disgracieux. Un traitement parodontal et orthodontique était indispensable pour retrouver une certaine harmonie. Une chirurgie visant à épaissir la gencive autour de la racine de 21 (grise) et aligner les collets a été conduite in fine. (Recul à 1 an)

En collaboration avec le Dr G. Bendahan / Dr P.Laplaine.

# Apport de l'orthodontie



Cas 1 - Avant intervention



Cas 2 - Avant intervention



Cas 3 - Avant intervention



Cas 4 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention



Cas 2 - Après intervention



Cas 3 - Après intervention



Cas 4 - Après intervention

**Cas 1 :** L'apport de l'orthodontie est particulièrement intéressant dans le traitement des diastèmes et la gestion des papilles. La situation était ici compliquée par une parodontite chronique ayant accentué les récessions, surtout sur 21. Une GTC a été réalisée après l'assainissement parodontal et avant l'orthodontie. (Résultat stable à 12 mois après débaguage)

En collaboration avec le Dr G. Bendahan.

**Cas 2 :** L'alignement des dents et l'amélioration des axes radiculaires a un effet positif sur le recouvrement des racines et la stabilité gingivale. Après la réalisation d'une GTC préalablement au traitement orthodontique, les 4 incisives mandibulaires ont pu être conservées pour un meilleur résultat esthétique. (Résultat stable à 24 mois après débaguage) En collaboration avec le Dr G. Bendahan.

En collaboration avec le Dr G. Bendahan.

**Cas 3 :** Ces récessions multiples et sévères associées à un début de parodontite et un encombrement dentaire ont été traitées avant l'orthodontie qui a contribué à stabiliser les tissus dans le temps. Un lambeau déplacé coronairement a été réalisé au maxillaire, et une GTC en un temps à la mandibule. (Résultat à 3 ans après débaguage)

En collaboration avec le Dr A. Gourdin.

**Cas 4 :** Cette malocclusion de CL II est aggravée par des récessions gingivales sévères et par des lésions cervicales, compensées par des composites iatrogènes. Ils ont été modifiés puis des greffes de conjonctif en 2 séances ont été réalisées avant l'orthodontie. Quelques retouches ont été apportées après la chirurgie orthognatique. (Résultats stables à 24 mois après débaguage) En collaboration avec le Dr G. Bendahan.

# Tissu kératinisé et implantologie

La meilleure garantie de réussite en implantologie est de s'assurer que la position de l'implant rend possible la réalisation d'une prothèse qui réponde à tous les critères esthétiques et fonctionnels. Un positionnement incorrect de l'implant peut provoquer des problèmes qui ne pourront plus être corrigés une fois l'implant ostéointégré. Les logiciels de CAO sont une évolution dans ce sens, mais sont-ils suffisants pour anticiper le positionnement des tissus mous ? Encore sujet à controverse, il semble cependant que l'absence de tissu kératinisé attaché autour des implants facilite le développement d'inflammations et de récessions. Du point de vue esthétique, la présence de tissu kératinisé est absolument essentielle. En cas d'échec esthétique, les possibilités d'amélioration sans dépose des implants n'apporteront qu'un résultat de compromis.

Cas 1 : Après un trauma, cette patiente a reçu une greffe osseuse puis 2 implants en place de 11 et 21. Si le remplacement des dents était considéré comme réussi, le résultat esthétique était très préjudiciable à ce sourire. La création d'une papille est un acte peu reproductible. Cela a été possible grâce au bon écart entre les 2 implants et la qualité d'un greffon conjonctif d'origine tubérositaire. Les couronnes ont été modifiées avec un point de contact moins coronaire. (Recul à 4 ans)



Cas 1 - Avant intervention



Cas 1 - Après intervention

Cas 2 : Le mauvais positionnement de cet implant en place de 12 trop vestibulé, sa proximité avec la racine de 11, le diastème 11-21, l'aspect disgracieux de la couronne sur 22 ont conduit à réaliser une mini orthodontie, puis une chirurgie parodontale (greffe+ alignement des collets) et la réfection des couronnes sur 12 et 22. Le résultat ne peut cependant être optimal. Une meilleure gestion de l'axe de l'implant au moment de sa pose aurait été préférable. (Recul à 5 ans) En collaboration avec le Dr J. Guillot.



Cas 2 - Avant intervention



Cas 2 - Après intervention

Cas 3 : Bien que la partie cosmétique de la couronne soit satisfaisante, une récession est rapidement apparue. Une meilleure gestion de l'enfouissement de l'implant et des tissus mous aurait sans doute permis d'obtenir un résultat plus satisfaisant. Une simple GTC a permis ici de retrouver un environnement péri implantaire plus stable. (Recul à 5 ans)



Cas 3 - Avant intervention



Cas 3 - Après intervention



Remerciements...

*À mes patients, pour leur courage, leur reconnaissance et leurs encouragements...  
à mes correspondants pour leur confiance et la stimulation qu'est le travail d'équipe.  
à mon équipe, qui me porte au quotidien, et en particulier mon assistante Elise Dalle.*

Nous recommandons



“la brosse à dents sonore et connectée”

pour plus d'informations, retrouvez-nous sur :  
[www.aeguillot.fr](http://www.aeguillot.fr)

### **Nous contacter :**

PARODONTIE & IMPLANTOLOGIE

Anne-Emmanuelle GUILLOT

*Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme Universitaire de Parodontie  
Parodontie & implantologie exclusive*

35, Avenue Mac-Mahon 75017 Paris • Tél : 01 42 27 12 10  
E mail : [aeg-paro.implant@orange.fr](mailto:aeg-paro.implant@orange.fr)

PARODONTIE & IMPLANTOLOGIE

Anne Emmanuelle Guillot

35, avenue Mac-Mahon 75017 Paris

Téléphone secrétariat : 0142 27 12 10

e-mail : aeg-paro.implant@orange.fr