

12 janvier 2012 *Journée télévisée*

# Quatre actes de chirurgie parodontale en direct

Quatre actes de chirurgie parodontale réalisés en direct devant un public de plus de 700 chirurgiens-dentistes... C'est la gageure qu'ont relevée avec brio les intervenants de la SOP, le 12 janvier dernier. Anton Sculean, Jacques Malet, Sofia Aroca et Bernard Schweitz se sont ainsi succédé au cabinet dentaire installé à la Maison de la chimie pour réaliser, sous l'œil des caméras et des omnipraticiens attentifs, le traitement d'une lésion infra-osseuse, une chirurgie préprothétique, une greffe conjonctive et un aménagement tissulaire. Aléas du direct, difficultés liées aux conditions particulières des interventions cliniques filmées et réactivité des intervenants pour les dépasser étaient une fois encore au rendez-vous de cette Journée exceptionnelle. Reportage au cœur du direct télévisé.

**Reportage réalisé par Marc Roché  
(avec la participation de Sylvie Saporta, François Tixier et Alice-Laure Weiss)**

C'est dans un cabinet dentaire installé à la Maison de la chimie que les interventions ont été réalisées sous l'œil des caméras et de quelque 700 chirurgiens-dentistes rassemblés pour l'occasion.



# L'intervention chirurgicale d'Anton Sculean



1. 9h23 : Radios.



2. 9h25 : Poche avec sonde en place.



3. 9h30 : Ouverture du lambeau avec minilame en place.



4. 9h33 : Décollement du lambeau.

**A**lors qu'Anton Sculean se prépare à intervenir dans une salle jouxtant l'amphithéâtre, de la tribune, Sofia Aroca – qui a sélectionné et préparé le patient – présente le cas avec une délicieuse pointe d'accent roumain : « *Il s'agit d'un patient jeune dont la 11 présentait une mobilité III, avant préparation initiale, associée à une lésion localisée.* »

Premières difficultés pour Anton Sculean avec... le fauteuil, dont les réglages sont récalcitrants, puis avec la transmission des photos à la salle. C'est sur des documents nettement dégradés que s'effectuent les explications de Sofia Aroca. Une certaine inquiétude plane dans le public... mais rapidement le direct reprend, et sur l'écran de l'amphithéâtre apparaît un plan serré de qualité. Au grand soulagement de l'assemblée.

## Les protéines de l'émail associées à un matériau de comblement

Anton Sculean précise que, 20 minutes avant l'intervention, une anesthésie à l'articaïne à 2 % a été administrée au patient en vestibulaire et en palatin. Il aborde la lésion par une incision intrasulculaire qui préserve la papille et garde un contact osseux permanent avec un microbistouri lame 21. Le geste est précis, les changements de lame fréquents.

Pour mobiliser et décoller le lambeau, Anton Sculean utilise l'un des deux bistouris de tunnélisation, le droit, qu'il a lui-même conçu pour Stroma. L'accès palatin est difficile, et le champ de travail est maintenant masqué par le bras de l'opérateur. Réactions dans la salle. Après modification de sa position de travail, le praticien procède à un débridement de la lésion à la curette. Celui-ci s'avère si énergique que la tête du patient pivote de droite et de gauche avec une telle ampleur que le cadrage serré devient



impossible. Anton Sculean procède ensuite au rinçage et à l'irrigation de la lésion.

« *Tout va bien monsieur ?* interroge l'opérateur qui poursuit, cette fois en s'adressant non plus à son patient mais à l'assemblée, en montrant à la caméra l'ampleur de la lésion :

– *J'utilise des compresses pour évaluer la configuration de la lésion. C'est un défaut profond circonconférentiel à deux parois qui s'étend à la face palatine où il mesure 3 mm alors qu'il en fait 5 en interdentaire.*

– *Quel traitement régénératif allez-vous mettre en œuvre ? de-*

## en direct – Traitement d’une lésion infra-osseuse

mande Hervé Bourlier de la table d’animation.

– *Nous disposons d’une bonne documentation dans la littérature sur les protéines de l’émail (Emdogain®) associées aux matériaux de comblement (Bio-Oss®). Les protéines de l’émail sont bien absorbées par les particules poreuses de Bio-Oss®*» répond Anton Sculean tout en contrôlant le surfaçage radiculaire.

Une question spontanée jaillit de la salle :

«Avec quoi rincez-vous ?

– *Du sérum physiologique !*

L’opérateur poursuit :

– *Vous voyez que la dent n’est plus mobile et qu’il n’est pas nécessaire de réaliser une contention... J’applique pendant 2 minutes un gel d’EDTA à 24 % sur la racine pour éliminer la boue dentinaire ce qui permettra une meilleure attache des protéines de l’émail.*»

Anton Sculean montre à la caméra la consistance crémeuse du mélange du Bio-Oss® et d’Emdo-

gain®. Il précise qu’il laisse reposer 2 à 3 minutes afin que l’absorption se fasse et conserve un peu d’Emdogain® pour l’appliquer directement sur une surface radiculaire dépourvue de tout saignement.

### Opérateur et assistante : une parfaite coordination

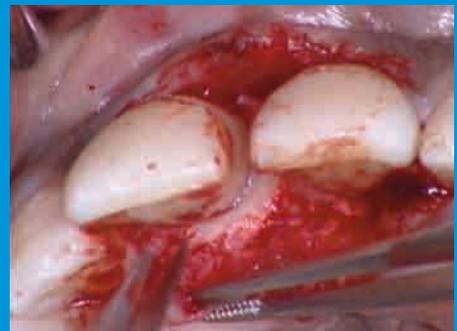
C’est le moment que choisit Meyer Fitoussi pour intervenir : «*Nous devons féliciter Anton Sculean qui est Hongrois, s’exprime en allemand tous les jours et parle aujourd’hui dans un parfait français !*

Et Anton Sculean de reprendre : – *Il suffit de contrôler le saignement quelques secondes pour pouvoir appliquer notre mélange.*»

Profitant d’une fenêtre favorable, d’un geste rapide, il injecte l’Emdogain®, qui présente l’aspect d’un gel fluide avant d’appliquer le mélange Bio-Oss®- Emdogain® qu’il condense légèrement à l’aide d’un ▶▶▶



5. 9h37 : Libération du lambeau, débridement et curetage.



6. 9h40 : Fin du curetage.



7. 9h42 : Passage d’EDTA à la seringue.



8. 9h45 : Mélange Bio-Oss®.

## Journée télévisée – 12 janvier 2012 *Quatre actes de chirurgie parodontale*



9. 9h48 : Application de protéines sur la surface de la racine.



10. 9h52 : Élimination du surplus.



11. 9h58 : Fermeture du lambeau.



12. 10h00 : Fin de l'intervention (avec suture en distal de 21).

▣▣▣ fouloir à amalgame sans aller au-delà du rebord crestal. Puis, il élimine les excès ayant fusé sur le versant interne du lambeau et nettoie le site opératoire.

La réalisation des sutures est l'occasion d'apprécier la parfaite coordination de l'opérateur et de son assistante : précelles et porte-aiguille dans les mains du premier, écarteur et canule d'aspiration pour la se-

lisées en distal de 11 et de 21. L'ablation des fils est prévue 15 jours plus tard.

### Un soutien osseux pour la suture

Une question vient de la salle : « Pourquoi avez-vous placé votre tracé d'incision papillaire en vestibulaire et non en palatin, ce qui est préconisé pour préserver l'esthétique ? – La suture doit être soute-



conde. Le choix est fait d'une suture suspendue double au niveau papillaire avec un monofilament 6.0 (Stoma). Dans un même mouvement, l'aiguille passe de vestibulaire en palatin, du porte-aiguille aux précelles. Elle est ensuite repassée en sens inverse en évitant d'accrocher le versant interne du lambeau vestibulaire avec la pointe tenue par les précelles. Dans un *timing* parfait, la canule aspire, puis bloque le premier nœud en vestibulaire pendant que le second est serré par les deux autres instruments. Des sutures simples sont réa-

nue par de l'os. Or le défaut était palatin. »

Parfaitement logique. Anton Sculean rejoint la tribune sous les applaudissements des confrères conquis par sa maestria. De nouvelles questions fusent de la table d'animation ou directement de la salle. Mais, l'impératif horaire oblige Meyer Fitoussi à mettre un terme à ces questions en remerciant chaleureusement le conférencier avant de donner la parole à Bernard Schweitz afin qu'il présente le cas clinique que Jacques Malet va devoir traiter en direct. ✓

en direct – Traitement d'une élévation coronaire

# L'intervention chirurgicale de Jacques Malet

**B**ernard Schweitz annonce que l'intervention sera réalisée sur une première molaire mandibulaire droite (46). Il s'agira d'effectuer une élévation coronaire à laquelle sera associée une greffe de conjonctif enfoui. L'objectif de l'élévation coronaire est de créer un espace biologique suffisant. Quant à l'objectif de la greffe, il consiste à obtenir une bonne résistance du parodonte en augmentant l'épaisseur de muqueuse kératinisée. Une fois la couronne provisoire déposée, on constate que la dent est traitée et restaurée par un composite disto-occlusal.

« Vous noterez des tissus très fins en vestibulaire et une importante inflammation en rapport avec une limite de préparation très sous-gingivale en distal » commente Bernard Schweitz. Jacques Malet poursuit son

intervention, en plaçant une sonde parodontale au niveau de la furcation.

« La furcation n'est pas atteinte, constate-t-il en proposant une vue linguale dans un miroir photographique. La hauteur coronaire est assez faible et il y a un excès de muqueuse kératinisée. Une gingivectomie à biseau interne en lingual est donc tout indiquée pour gagner de la hauteur. »

Jacques Malet commence son intervention en vestibulaire par une incision intrasulculaire. Il désépaisse la papille distale et réalise un lambeau d'épaisseur totale. En lingual, la gingivectomie à biseau interne réalise un décolletage de 1,5 mm en lingual de la 46 et l'incision reste intrasulculaire au niveau de 47 et 45. Le décolleur de Molt écarte le lambeau de la colle-rette qui est supprimé ▶▶



1. 11 h02 : Présentation du cas clinique.



2. 11 h07 : Incision intrasulculaire.



3. 11 h11 : Décollement en épaisseur totale.



4. 11 h16 : Ostéoplastie vestibulaire.



5. 11h23 : Ostéoplastie angle DV.



6. 11h29 : Incision.



7. 11h30 : Décollement.



8. 11h32 : Sutures sur le site de prélèvement.

▣▣▣ à l'aide d'une curette de H6/H7.

« En distal, j'élimine le tissu de granulation mais les limites sont insuffisamment dégagées.

– Et en lingual, l'os semble épais ? interroge Bernard Schweitz.

– Oui, il va falloir le désépaissir. Pour cette ostéoplastie, on pourrait utiliser des instruments rotatifs classiques, mais je préfère l'insert piézoélectrique qui permet de travailler dans différents sens, donne un meilleur contrôle du geste et un meilleur accès visuel sans être gêné par la tête d'un contre-angle. J'utilise un insert en forme de boule de 2,5 mm de diamètre. Le but est d'obtenir une surface lisse sans aspérités et sans angles. »

Soudain, l'image se floute... du fait de l'aspersion d'eau générée par l'ostéotomie. Mais promptement, l'opérateur enduit le miroir photographique de Mercryl afin de remédier à cet inconvénient qui l'entrave dans son travail autant qu'il perturbe les observateurs attentifs de la salle.

### Prélèvement du greffon palatin

À présent, l'accès visuel est parfait et Bernard Schweitz constate : « Tu as une architecture inversée du septum en distal. »

Jacques Malet explique : « On a un bec vestibulaire à angle droit qu'il faut supprimer. Je ne peux pas aller plus loin en distal, mais on obtient une architecture à plat qui est acceptable au niveau molaire. Avant d'ajouter :

– Là, je prolonge l'ostéoplastie en vestibulaire car il n'y a que 1 mm de hauteur de dent entre la ligne de finition et le rebord osseux,

mais je suis limité par la furcation que je dois respecter. »

Enfin, le reste du système d'attache est éliminé des racines de 46 et 47 avec un 204S.

Bernard Schweitz : « Tu vas pouvoir passer à la phase suivante et prélever le greffon palatin. On suppose que tu as fait une anesthésie au palais ? »

La réponse – « Tu fais bien de me le rappeler ! » – déclenche les rires de l'assistance. L'opérateur réalise un prélèvement en trappe en avant de l'émergence du foramen grand palatin. Les deux incisions, l'une perpendiculaire et l'autre parallèle à l'axe des racines, sont réalisées dans le même trait à 3 mm des collets. C'est un prélèvement d'épaisseur totale qui sera placé sur le site receveur périoste contre l'os.



« Je place le greffon dans une compresse humide et non pas dans du sérum physiologique dont la pression osmotique est trop importante. »

La tribune commente : « Jacques va maintenant suturer le site de prélèvement. Il est vital pour la survie du lambeau qu'il soit plaqué au contact osseux. D'ailleurs, quand la muqueuse est très épaisse, le prélèvement se fait en épaisseur partielle. »

Passant aux sutures, Jacques Malet souligne que, afin de ne pas déchirer le volet palatin très aminci près du tracé d'incision,

en direct – Traitement d'une élévation coronaire

il faut que les sutures soient très à distance. Il le met en tension en serrant ses nœuds, puis obtient un bon placage et l'hémostasie en comprimant.

**Suturer d'apical en coronaire**

L'opérateur passe alors au traitement du greffon qu'il désépaissit avec une lame 11 aux dépens des tissus adipeux superficiels afin d'obtenir une épaisseur régulière de l'ordre

ciser : « *Je préfère que le greffon soit trop coronaire plutôt que trop apical. Vous voyez, en plaçant le nœud de la suture de matelassier en vestibulaire, j'obtiens une apicalisation spontanée du lambeau en disto-vestibulaire.* »

En répondant à une question de Sofia Aroca concernant l'importance de suturer d'apical en coronaire et non l'inverse, Jacques Malet fait allusion à leur formation commune. L'occa-



de 1 à 1,5 mm. Il suture la partie mésiale du greffon (au Vicryl 6.0 et à l'aide d'une aiguille de 13 mm) qui doit être positionné au collet. Le fil passe dans le lambeau, puis l'opérateur réalise un point de matelassier vertical en entrant apicalement pour ressortir en coronaire. La même opération est reproduite en distal.

À une question de Bernard Schweitz sur la position du greffon, Jacques Malet de pré-

sion pour Meyer Fitoussi de rendre hommage à leur maître, Daniel Étienne.

« *En lingual, il y a une petite exposition osseuse que je protège avec un pansement parodontal.* » Pour un résultat optimal, il est particulièrement important d'obtenir la stabilisation du greffon. Enfin, il faut prévenir le patient que le risque de sensibilité au niveau de la 47 est augmenté à la suite de cette intervention. ✓



9. 11h34 : Désépaississement du greffon.



10. 11h37 : Suture mésiale.



11. 11h42 : Suture du lambeau distal.



12. 11h46 : Mise en place de la couronne provisoire.

# L'intervention chirurgicale de Sofia Aroca



1. 14h05 : Diapos préopératoires.



2. 14h06 : Fermeture des points de contact.



3. 14h19 : Pénétration pour tunnélisation en épaisseur totale en préservant les papilles par décollement vertical, toujours en contact avec l'os.



4. 14h22 : Mobilisation des papilles jusqu'à l'obtention d'une mobilisation totale du lambeau jusqu'à 1 mm de la jonction émail-cément.

C'est désormais à Sofia Aroca d'intervenir. Les commentaires sont assurés par Jacques Malet qui, après avoir essuyé un flot de questions concernant son intervention, reste à la tribune. Le cas à traiter est constitué de récessions multiples de classe I et II de Miller concernant le secteur 14 à 16. L'objectif est d'améliorer l'esthétique du sourire gingival. Au vu de fissures de Stillman, une modification de la technique de brossage a été instaurée. L'indication a été posée d'une intervention dite du « tunnel avancé coronairement modifié (TACM) », laquelle vise à recouvrir les récessions gingivales par apicalisation de la ligne muco-gingivale et épaissement du parodonte au moyen d'une greffe de conjonctif.

Au cours d'une étape préopératoire, les points de contact interproximaux ont été fermés au Super Bond afin d'assurer un point d'appui aux sutures suspendues qui stabiliseront coronairement le lambeau. Afin d'éliminer facilement le Super Bond, 15 jours après l'intervention, l'émail n'a pas été préparé à l'acide orthophosphorique. Un surfaçage radiculaire minutieux a été entrepris.

Sofia Aroca aborde le site opératoire directement avec un

instrument de tunnélisation à partir des faces vestibulaires, en respectant les papilles. Elle commente elle-même son geste.

*« J'effectue un décollement vertical en épaisseur totale. Je veille à préserver les papilles. »*

Le geste est lent mais précis, l'avancée très progressive.

*« Les tissus sont très fins, mais heureusement bien adhérents car ils sont sains. Dans ce genre de récessions, des balcons osseux se forment. La nécessité de rester au contact osseux pour être sûr*



*de décoller en épaisseur totale rend cette étape délicate. »*

Jacques Malet tire profit d'un silence pour interroger la consœur : *« Jusqu'où vas-tu décoller ? »*

– Bonne question ! répond-elle. *Il faut aller au-delà de la ligne muco-gingivale afin d'avoir une bonne mobilité du lambeau. Je passe doucement les balcons osseux. Notez que la mobilité du lambeau est faible car les papilles ne sont pas décollées. »*

Désormais, Sofia Aroca étend latéralement le décollement

en direct – Greffe conjonctive par tunnélisation



en direction des papilles afin de relier les zones préalablement décollées verticalement. Elle alterne instrument droit et instrument coudé.

« Voyez : nous n'avons toujours pas une mobilité suffisante du lambeau. Je vais donc dilacérer la zone périostée à la curette de Gracey en essayant d'éviter le piège des balcons osseux. »

La salle retient son souffle durant cette étape longue et fastidieuse. L'instrument transparait au travers de la gencive tant elle est fine.

« Quelle mesure de mobilité du lambeau te sera nécessaire ? »

– Il faut que je puisse le positionner de façon passive au moins 1 mm au-delà de la jonction amélo-cémentaire, comme ceci, commente-t-elle en joignant le geste à la parole. En vérifiant la tunnélisation complète du lambeau avec la sonde parodontale, je mémorise la morphologie des balcons osseux. »

À présent, Sofia Aroca passe au prélèvement du greffon de conjonctif, qu'elle décrit pour la salle.

« Je vais utiliser la même technique de prélèvement que celle que Jacques vous a montrée tout à l'heure, mais mon prélèvement sera plus long et moins large. »

La lame 15 C commence son incision en distal de 16 et vient s'arrêter en mésial de 14. Échanges avec Jacques Malet : « Tu es dans la zone de confort et le palais semble assez épais, lui dit-il.

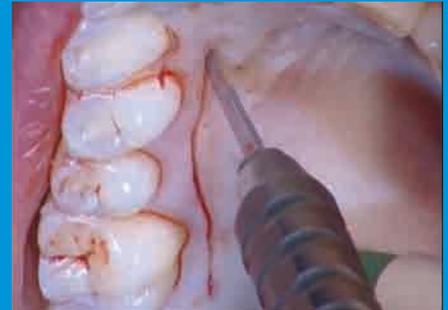
Dans un sourire, elle répond : – Non, c'est trompeur : la muqueuse est mince ! avant d'ajouter à l'attention de son assistante.

– Aspire. Voilà ! Aspire plus à l'intérieur. Aspire : il faut pouvoir observer et le geste est délicat ! »

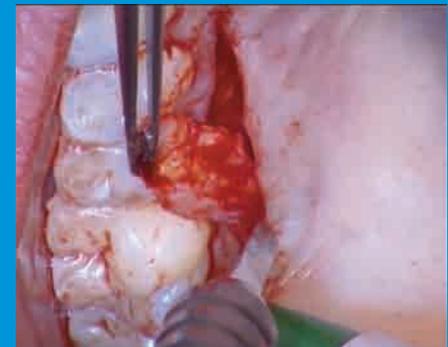
Enfin, le greffon est prélevé et préparé.

**Un greffon difficile à mettre en place**

Sofia Aroca entreprend alors de suturer le site de prélèvement à l'aide d'un fil 5.0 selon la technique décrite par Alain Borghetti. Un petit nœud empêche le blocage d'un point ; Sofia Aroca tente de le dénouer... en vain. Elle n'insiste pas, ▶▶▶



5. 14h36 : Le tracé d'incision unique pour prélèvement du lambeau.



6. 14h40 : Décollement du greffon.



7. 14h49 : Sutures à distance du tracé d'incision.

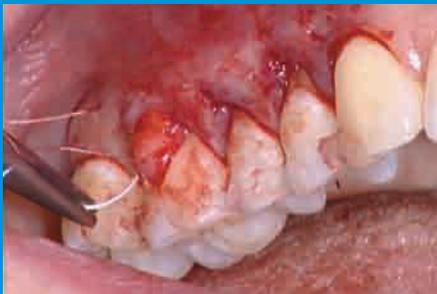


8. 14h53 : Essayage de greffon (partie épaisse sur la récession la plus importante).

## Journée télévisée – 12 janvier 2012 *Quatre actes de chirurgie parodontale*



9. 14h55 : Blocage du greffon sous la papille la plus antérieure avec passage du fil sous chaque papille.



10. 15h 10 : Passage du greffon à l'intérieur du « tunnel » en « tirant » le fil et en « poussant » le greffon alternativement, puis fixation antérieure et postérieure.



11. 15h 16 : Blocage des sutures au niveau des ponts de résine interdentaires réalisés au-dessus des points de contact.



12. 15h 18 : Vue finale.

▣▣▣ coupe le fil et explique : « Je vais reprendre. C'est plus facile. » Un peu plus loin, l'aiguille ressort dans le sulcus, et c'est au tour de Jacques Malet de donner des explications : « Sofia a retiré l'aiguille pour repasser à distance du sulcus afin d'éviter de le traumatiser. Il y a peu de saignement... Tu as fait un rappel d'anesthésie ?

– Non ! Vous voyez que la vasoconstriction peut durer longtemps !

– Sofia fait des nœuds à plat pour bloquer les points sans avoir à les maintenir au serrage. »

Elle passe ensuite à la phase finale de son intervention de mise en place du greffon. Elle l'essaie sur le site vestibulaire, vérifie et adapte son anatomie aux ciseaux. Vient alors l'étape cruciale de sa mise en place.

« J'utilise pour cela un Vicryl 6.0 non résorbable qui est moins rigide que le monofilament. »

L'aiguille pénètre dans la papille qui limite antérieurement le décollement, avant de ressortir en distal de 13 dans la zone décollée. Elle passe ensuite librement les deux tunnels successifs pour ressortir en mésial de 16. Elle fixe alors le greffon grâce à deux points mésiaux pour ensuite retourner dans le tunnel en sens inverse et venir ressortir de la papille 1 mm au-dessus de son point d'entrée. Sofia Aroca commence de tracter le greffon de distal en mésial en tirant sur les deux chefs mais, aléa du direct, il s'immobilise. Elle essaye de s'aider avec une sonde parodontale mais, une fois encore, elle refuse de forcer. « Ça bloque quelque part, constate-t-elle seulement en ressortant gref-

fon et fil. J'ai dû accrocher les tissus sur leur versant interne au niveau d'un balcon. Ce qui arrive, mais pas souvent. Sauf en direct ! » commente-t-elle dans un calme imperturbable tout en recommençant avec un nouveau fil auquel elle fait suivre le même chemin. À l'écran « l'aiguille grand format » repasse exactement aux mêmes endroits que lors du premier passage. Du grand art. On vient à trouver cette chirurgie aérienne presque ludique lors de ce « replay » involontaire.

### L'élégance du geste

Le greffon est enfin positionné. Il est fixé par la suture des deux chefs à la papille en mésial et par une suture indirecte en distal. Il est en place puisqu'il recouvre la jonction amélo-cémentaire. Seul le lambeau est pris dans les sutures de matelassier verticales que Sofia Aroca commence entre 14 et 15, puis entre 15 et 16, et qu'elle vient suspendre ensuite en passant au-dessus des points de contact interproximaux. Le silence dans la salle est quasi religieux et le public béat d'admiration devant l'élégance du geste.

Une légère compression du site opératoire avec une compresse humide pour adapter le greffon aux surfaces radiculaires conclut cette intervention unanimement applaudie par une salle conquise. Pour preuve : les questions de la salle ne porteront que sur les suites opératoires et l'absence de saignement. Réponses : la prémédication pour la première, et l'anesthésie au trou palatin postérieur pour la seconde. ✓

en direct – Aménagement tissulaire péri-implantaire

# L'intervention chirurgicale de Bernard Schweitz

**A**près la pause de l'après-midi, la salle, toujours aussi bondée, assiste à la dernière intervention – un aménagement tissulaire péri-implantaire – que Bernard Schweitz va réaliser alors que, sur un ton très complice, Jacques Malet assure le commentaire.

« Il s'agit d'un patient de 30 ans qui a subi un traumatisme de la 21 à l'âge d'environ 10 ans. N'ayant bénéficié d'aucuns soins ni d'un quelconque suivi, il présentait, lors d'une consultation en urgence, une résorption de remplacement totale avec une perte de volume osseux importante en vestibulaire. Aujourd'hui, après l'avulsion

et la pose d'un implant, l'objectif thérapeutique est de faciliter l'intégration esthétique de la prothèse par un apport, en regard de la dépression vestibulaire, de tissu conjonctif enfoui prélevé au niveau tubérositaire. »

## Pour une émergence naturelle

Bernard Schweitz commence par déposer la prothèse amovible partielle, puis procède à la réouverture du site pour accéder à la vis de cicatrisation. Pour cela, il utilise une lame à double tranchant dont il relève qu'« elle permet de prendre des virages serrés ». Son in- ▶▶▶



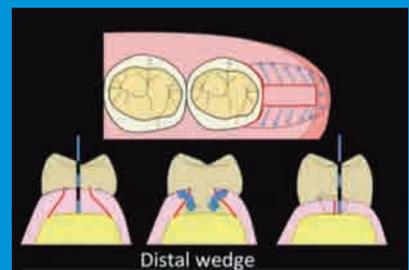
1. 16h04 : Incision des minilames pour le décollement.



2. 16h09 : Mise en place des vis de cicatrisation.



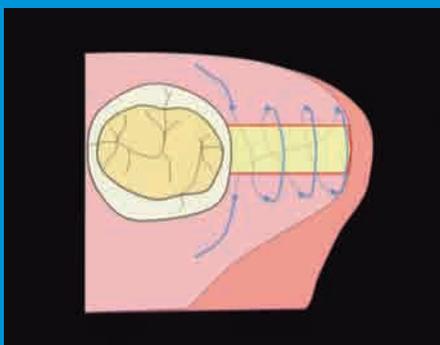
3. 16h10 : Décollement (3<sup>e</sup> phase).



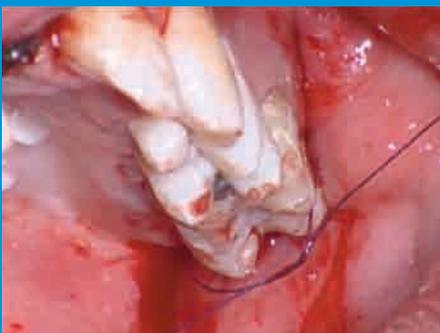
4. 16h12 : Prélèvement conjonctif.



5. 16h15 : Incision palatine.



6. 16h27 : Suture (point de matelassier).



7. 16h33 : Suture de la plaie postérieure.



8. 16h35 : Préparation du greffon (suppression de l'épithélium).

■ ■ ■ cision est festonnée en direction palatine autour de l'implant.

Puis, il décolle le lambeau vestibulaire à l'aide d'un instrument de tunnélisation de chez Stoma et réalise une petite poche vestibulaire. Jacques Malet précise :

« Elle doit nécessairement être plus grande que le greffon dont elle sera le réceptacle. Bernard est en train de déposer la vis de cicatrisation, commente-t-il, avant d'être interrompu par l'opérateur :

– En espérant que je ne dévisse pas l'implant ! »

Ce qui déclenche les rires de l'assemblée, jusque-là bien silencieuse.

« Il met un pilier de cicatrisation dont l'évasement va guider la cicatrisation pour une émergence naturelle. »

À présent que le site receveur est préparé, l'opérateur va pro-

céder au prélèvement du greffon de tissu conjonctif au niveau tubérositaire. De la salle, la réalisation des deux premières incisions vestibulaire et palatine en distal de 7 est parfaitement retransmise mais, visiblement, Bernard Schweitz peine à trouver la position optimale dans cette zone aussi postérieure.

### Un subtil mélange d'honnêteté et de perfectionnisme

Jacques Malet vient à son secours : « Quand tu n'es pas filmé, est-ce que tu travailles toujours en vision indirecte ?

– Non ! Parfois je me mets debout pour travailler en vision directe. »

Joignant aussitôt le geste à la parole, il se lève pour avoir un meilleur accès. Dès lors, le champ est masqué à la caméra. « Je vais changer de lame et prendre une lame coudée



## en direct – Aménagement tissulaire péri-implantaire

*pour pouvoir faire mon incision postérieure* » précise Bernard Schweitz.

Il profite de ce temps de repos pour expliquer la direction légèrement oblique des tracés d'incision par rapport à la surface osseuse, laquelle permet d'obtenir un greffon trapézoïdal à grande base périostée. L'incision distale est ensuite réalisée. Elle rejoint les deux incisions vestibulaire et palatine. « *Il faut partout avoir le contact osseux avant de procéder au prélèvement* » commente Jacques Malet



pour meubler ce temps pendant lequel l'opérateur travaille en vision directe.

Bernard Schweitz se relève : « *Voilà ! Je pense que vous n'avez pas vu grand-chose car de mon côté je suis intervenu en aveugle !* ».

Maintenant, Bernard Schweitz prépare le greffon :

« *Vous faites comme avec le blanc de poulet !*

– *Tu veux dire que tu l'escalopes !*  
– *Exactement, je retire l'épithélium !*

Nouveaux rires dans la salle.

– *Vous pouvez le travailler un peu comme ça* » poursuit-il en écrasant le greffon pour l'élargir. Les rires se propagent du fond de la salle aux premiers rangs. À présent, l'opérateur est redevenu sérieux, il présente le greffon et cherche sa meilleure orientation avant de procéder aux sutures avec du Vicryl 5.0.

Il pique le lambeau le plus apicalement possible.

« *Ah ! Vous le sentez un peu ?* » interroge-t-il à un léger sursaut du patient. *Je vais compléter mon anesthésie.* »

Il reprend en piquant le greffon en deux endroits avant de ressortir au même niveau apical que le point d'entrée. Puis, en tirant sur les deux chefs, il fait glisser le conjonctif sous le lambeau avant de serrer ses nœuds et de laisser libre le petit chef. Bernard Schweitz ajoute deux sutures au palais de part et d'autre de l'implant.

« *Il faut que les sutures plaquent le greffon de façon qu'il épouse l'os et l'implant dans toute sa partie vestibulaire et proximale*, précise Jacques Malet. *Je réapplique en suturant le lambeau vestibulaire au palais de façon à recouvrir la totalité du greffon.* »

L'intervention s'achève avec un léger malaise du patient qui, à l'écoute des commentaires, a peut-être vécu un stress plus intense que ne le laissait paraître son immobilité...

Le fauteuil est rapidement redressé et quelques mots rassurants seront suffisants pour que le patient se détende. Pendant ce temps, Bernard Schweitz évide la prothèse amovible pour l'adapter au site modifié tout en faisant une autocritique traduisant à la fois sa grande honnêteté et son perfectionnisme. « *J'ai un peu sous-estimé la difficulté d'une intervention en direct dans une zone aussi postérieure, mais c'est au niveau de la tubérosité qu'on dispose du greffon le plus épais et, donc, le plus adapté au gain d'épaisseur voulu pour le secteur antérieur.* » ✓



9. 16h37 : Préparation du greffon et mise en forme du site.



10. 16h44 : Suture indirecte du greffon en vestibulaire.



11. 16h55 : Suture de la gencive vestibulaire décollée, blocage et suture complémentaire en mésial et distal de l'implant.



12. 16h59 : Adaptation de la prothèse amovible partielle pour la cicatrisation.