

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTÉ – DÉPARTEMENT D'ODONTOLOGIE**

---

ANNÉE 2023

2023 - TOU3 - 3032

**THÈSE**

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Alexis FURGEAU**

Le 11 mai 2023

**EFFICACITÉ DU CORPS ADIPEUX DE LA BOUCHE VERSUS  
CONJONCTIF ENFOUI DANS LE RECOUVREMENT DE  
RÉCESSIONS GINGIVALES, RAPPORTS DE CAS**

Directrice de thèse : Dr LAURENCIN-DALICIEUX Sara

**JURY**

Présidente : Pr COUSTY Sarah  
1<sup>er</sup> Assesseur : Dr LAURENCIN-DALICIEUX Sara  
2<sup>ème</sup> Assesseur : Dr THOMAS Charlotte  
3<sup>ème</sup> Assesseur : Dr DURAN Joffrey





**Faculté de santé**  
**Département d'Odontologie**

➔ **DIRECTION**

**Doyen de la Faculté de Santé**

M. Philippe POMAR

**Vice Doyenne de la Faculté de Santé**

**Directrice du Département d'Odontologie**

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

**Directeurs Adjointes**

Mme Sarah COUSTY

M. Florent DESTRUHAUT

**Directrice Administrative**

Mme Muriel VERDAGUER

**Présidente du Comité Scientifique**

Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

**Doyens honoraires**

M. Jean LAGARRIGUE +

M. Jean-Philippe LODTER +

M. Gérard PALOUDIER

M. Michel SIXOU

M. Henri SOULET

**Chargés de mission**

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)

M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention**

**56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE** (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

**ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE**

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSÉ

Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY

Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH

Adjointes d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

**ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG

Assistants : M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Carole VARGAS JOULIA

Adjointes d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON

**56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE** (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES

Assistante : Mme Géromine FOURNIER

Adjointes d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL

Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

**Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale**

**57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE** (M. Philippe KEMOUN)

**PARODONTOLOGIE**

Maîtres de Conférences : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX, Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS

Assistants : M. Jeffrey DURAN, M. Antoine AL HALABI

Adjointes d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,

Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

### CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY  
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS  
Assistants : M. Clément CAMBRONNE, M. Antoine DUBUC  
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,  
M. Jérôme SALEFRANQUE,

### BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE  
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY  
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT,  
Mme Sylvie LE  
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Olivier DENY, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

## **Section CNU 58 : Réhabilitation Orale**

### **58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX** (M. Franck DIEMER)

#### DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER  
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE  
Assistants : Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT, M. Ludovic PELLETIER  
M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Loris BOIVIN  
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE,  
Mme Lucie RAPP

#### PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,  
Maîtres de Conférences : M. Rémi ESCLASSAN, M. Antoine GALIBOURG,  
Assistants : Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY  
M. Anthony LEBON  
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-  
Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM,  
M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE

#### FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT  
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONQOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL  
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES,  
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

-----  
Mise à jour pour le 02 Février 2023

## Remerciements

**À mes parents**, merci d'avoir toujours été là pour moi. Vous m'avez toujours soutenu et avez tout mis en œuvre pour que je réussisse depuis ma plus petite enfance. Je suis très fier d'être votre fils et vous resterez un exemple. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez apporté.

**À ma petite sœur, Coralie**, merci pour ton soutien depuis toujours, encore bravo pour ta réussite, je sais que tu feras une excellente carrière d'enseignante. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec David.

**À ma grand-mère maternelle**, tu n'es plus là et je sais ô combien tu aurais aimé me voir diplômé. Merci pour tout l'amour que tu nous as porté durant toutes ces années. Tu nous manques.

**À mes grands-parents paternels**, merci infiniment pour tout ce que vous m'avez donné, vous avez toujours tout fait (et continuez de tout faire) dans les moindres détails pour faire plaisir à vos petits-enfants. Merci pour tous ces moments ensemble, pour votre générosité incommensurable.

**À toute ma famille**, ma marraine **Marie-Eve**, mon parrain **Joël**, mes oncles et tantes ainsi que toutes mes cousines, **Emeline, Elodie, Mélanie**, vos gentils messages et attentions m'ont toujours touché.

**À Gaëlle**, merci pour ta présence à mes côtés, tu sais toujours m'encourager et me soutenir quand j'en ai besoin, j'ai beaucoup de chance de t'avoir rencontré. Je sais que le meilleur reste à venir. Je t'aime.

**À ma belle-famille**, en particulier Sophie et Patrick, merci pour votre accueil chaleureux, votre soutien et votre grande gentillesse.

**À Amau et Ben**, mes deux meilleurs amis de toujours. Une amitié sans faille depuis plus de 20 ans qui j'espère durera encore de très nombreuses années. Vous m'avez tant apporté et j'ai toujours pu compter sur vous, vous êtes exceptionnels. **À Julie**, beaucoup de bonheur avec Amau, très longue route ensemble.

**À Pauline et Romain**, mes cousins de cœur et bien plus encore, je repense à tous ces moments, ces fêtes, ces repas...passés ensemble depuis notre plus petite enfance. Je vous souhaite tout le meilleur.

**À toute la famille Biard**, Sylvie et Gérard, Dada... merci pour votre présence depuis toujours.

**À Victor**, mon très cher binôme. Merci pour ces années de clinique à tes côtés, je pense qu'on pourrait écrire un roman pour décrire ces 3 ans (tu sais de quoi je parle...). Tout le meilleur pour ta future – brillante – carrière.

**À Ibrahim**, alias « Professeur », merci pour ces inoubliables moments d'amitié, de clinique, de TP, de stress... Je te souhaite une excellente route pour la suite et bravo pour ta réussite bien méritée.

**À Clément L., Clément R., Yanis, Maëva, Charlotte E.**, merci pour tous ces moments passés, ça a été un plaisir de partager ces 6 années avec vous. Je garde d'excellents souvenirs.

**Au Dr Thierry et à Isabelle**, merci infiniment pour votre accueil dans votre cabinet et pour la confiance que vous m'avez accordée dans mes stages et pour mon tout premier rempla, vous m'avez énormément appris et m'avez donné le goût du travail soigné. Votre rigueur est une source d'inspiration.

**Au Dr Audibert et à Clotilde, Clément, Jules, Pierre**, les super dentistes, **à Agnès, Aline, Margaux, Sandrine, Nicolas**, les super assistants, c'est un véritable plaisir de travailler à vos côtés depuis plus d'un an maintenant. Vous m'avez accueilli très chaleureusement et je vous en suis très reconnaissant. Un grand merci pour tous vos conseils avisés et votre aide si précieuse au cours de mes différents remplacements dans votre cabinet.

**Au Dr Marty**, merci pour votre encadrement de qualité au cours de ces 3 années de clinique en pédodontie, votre sens de l'humour restera inégalable. Vous m'auriez – presque – donné envie de me spécialiser en odontologie pédiatrique... Excellente continuation dans votre carrière hospitalo-universitaire.

**À tous mes amis du Tennis Club de Mirepoix**, merci pour tous ces moments passés sur les courts.

**À notre présidente du jury de thèse,**

**Madame le Professeur COUSTY Sarah,**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B.)
- Docteur de l'Université Paul Sabatier
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.)
- Ancienne Interne des Hôpitaux de Toulouse
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier
- Spécialiste qualifiée en chirurgie orale

*Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.*

*Nous avons grandement apprécié la qualité de votre enseignement théorique, votre sens de l'humour ainsi que vos compétences cliniques qui sont souvent d'un grand secours.*

*Veillez croire en l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre plus profond respect.*

**À notre directrice de thèse,**

**Madame le Docteur LAURENCIN-DALICIEUX Sara,**

- Vice-Doyenne de la Faculté de Santé de l'Université de Toulouse III Paul Sabatier
- Directrice Département d'Odontologie
- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Paul Sabatier
- Diplôme Universitaire de Parodontologie
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier
- Diplôme Universitaire d'Injection d'Acide Hyaluronique en Odontologie
- Diplôme Universitaire Approches Innovantes en Recherche Biomédicale et en Méta-recherche
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.)

*Nous vous remercions très sincèrement d'avoir spontanément accepté la direction de cette thèse.*

*Nous vous témoignons toute notre gratitude pour le temps que vous nous avez consacré, votre écoute, votre disponibilité et votre extrême sympathie tout au long de ce travail.*

*Votre implication pédagogique sans faille et votre bienveillance sont sans aucun doute les meilleurs atouts pour notre faculté. Dès les premières années de notre cursus, vous nous avez donné l'envie de pratiquer la parodontologie et transmis la rigueur clinique que cette discipline impose. Vos compétences cliniques et qualités humaines sont un modèle pour tous.*

*À travers ce travail, veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.*

**À notre jury de thèse,**

**Madame le Docteur THOMAS Charlotte,**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Paul Sabatier
- Ancienne interne des Hôpitaux de Toulouse
- Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Bucco-Dentaire (DES MBD)
- Diplôme Universitaire de Parodontologie
- Diplôme Universitaire de conception Fabrication assistée par ordinateur (CFAO) en odontologie
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier

*Nous sommes honorés que vous ayez accepté de siéger à notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions pour votre investissement au sein de la faculté et pour la qualité de votre encadrement durant nos années de stage clinique. Votre gentillesse et votre grande disponibilité furent d'une aide précieuse au cours de nos vacances.*

*Nous vous exprimons notre gratitude et notre profond respect.*

**À notre jury de thèse,**

**Monsieur le Docteur DURAN Joffrey,**

- Assistant Hospitalo - Universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Diplôme d'Université de Parodontologie

*Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.*

*Nous nous souviendrons de la grande qualité de votre accompagnement et de vos conseils cliniques avisés pendant nos vacations de parodontologie. Vous avez largement contribué à notre intérêt pour cette discipline par vos compétences, votre bienveillance et le partage sans restriction de vos connaissances.*

*Soyez assuré de notre considération et de notre plus grand respect.*



# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	12
<b>1. Matériels et méthodes</b> .....	14
1.1. Objectifs .....	14
1.2. Sélection des patients .....	14
1.2.1. Critères d'inclusion.....	14
1.2.2. Critères de non inclusion (15–18).....	15
1.3. Thérapeutique initiale .....	15
1.4. Procédure chirurgicale.....	15
1.4.1. Prélèvement du corps adipeux de la bouche .....	15
1.4.2. Prélèvement du conjonctif palatin (gold standard) .....	18
1.5. Paramètres cliniques évalués.....	19
1.5.1. Recouvrement radiculaire .....	19
1.5.2. Douleurs et sensibilités .....	19
1.5.3. Analyse esthétique.....	19
1.5.4. Enquête de satisfaction.....	20
1.5.5. Suivi et synthèse d'évaluation des paramètres cliniques. ....	21
<b>2. Description des cas cliniques et suivi à 5 ans</b> .....	22
2.1. Cas clinique n°1 .....	22
2.1.1. Présentation générale.....	22
2.1.2. Préparation des sites receveurs et positionnement des greffons.....	22
2.1.3. Suivi clinique.....	24
2.2. Cas clinique n°2 .....	25
2.2.1. Présentation générale.....	25
2.2.2. Préparation des sites receveurs et positionnement des greffons.....	26
2.2.3. Suivi clinique.....	27
<b>3. Résultats</b> .....	28
3.1. Paramètres du recouvrement radiculaire.....	28
3.1.1. Cas clinique n°1 .....	28
3.1.2. Cas clinique n°2.....	30
3.1.3. Synthèse : recouvrement radiculaire moyen.....	32
3.2. Douleurs et sensibilités.....	33
3.2.1. Cas clinique n°1 .....	33
3.2.2. Cas clinique n°2.....	33

3.2.3. EVA moyenne dans la douleur post-opératoire.....	34
3.3. Analyse esthétique : PES de Fürhauser (27) .....	35
3.3.1. Cas clinique n°1 .....	35
3.3.2. Cas clinique n°2 .....	37
3.3.3. Synthèse : PES moyen .....	39
3.4. Enquête de satisfaction à J+5 ans.....	40
3.5. Synthèse comparative des différents paramètres évalués .....	41
<b>4. Discussion .....</b>	<b>42</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>46</b>
<b>Table des illustrations .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>51</b>

## Introduction

Le déplacement de la gencive marginale apicalement à la jonction amélo-cémentaire définit la récession gingivale (1). Bien connues pour les sensibilités dentaires ou les problèmes esthétiques qu'elles occasionnent, ces récessions gingivales peuvent également engendrer des altérations radiculaires dans la zone cervicale ou encore des inflammations gingivales locales, directement liées aux difficultés de brossage (2,3). Il en découle que les récessions gingivales concentrent l'intérêt majeur de la chirurgie plastique parodontale, l'avènement des techniques de chirurgie minimalement invasives ayant révolutionné cette discipline. Si leur étiologie multifactorielle (parodontites, brossage traumatique, mauvais contrôle de plaque, dentisterie iatrogène, phénotype parodontal fin, absence de tissu kératinisé...) n'est plus à démontrer (4), il apparaît toutefois que l'arsenal thérapeutique à notre disposition pourrait encore se développer de façon considérable. En effet, le « Gold standard », qui recourt à l'utilisation d'un prélèvement de conjonctif palatin autologue (5,6), présente un certain nombre d'inconvénients tels que la quantité de tissu disponible ou encore les suites opératoires douloureuses (7). Les techniques alternatives existantes font appel à des substituts conjonctifs cellulaires d'origine animale ou humaine mais accroissent considérablement le coût de l'intervention du fait de l'utilisation de ces biomatériaux (2,8). Le corps adipeux de la bouche, véritable substitut autologue, pourrait ainsi amorcer l'espoir d'un renouveau dans la prise en charge des récessions gingivales.

Mieux connu sous le nom de « Boule de Bichat », le corps adipeux de la bouche est une structure grasseuse du massif maxillo-facial composée de trois lobes comprenant du tissu adipeux blanc et brun (9). Sa localisation, sa vascularisation, sa facilité de prélèvement ou encore sa quantité disponible sont autant d'atouts qui expliquent l'intérêt qu'il suscite auprès des chirurgiens de la sphère orale depuis ces dernières décennies (10). En particulier, le corps adipeux de la bouche contient de nombreuses cellules souches mésenchymateuses multipotentes aux propriétés angiogéniques et régénératrices (11,12).

Par le biais de rapports de cas de deux patients traités pour des récessions gingivales au sein du service de Parodontologie du CHU de Toulouse, l'objectif principal de cette thèse consiste à comparer l'efficacité d'un greffon de corps adipeux de la bouche dans le recouvrement radiculaire des récessions gingivales par rapport à un greffon de tissu conjonctif palatin, actuellement considéré comme le « Gold standard », à 5 ans. Nous avons également cherché à évaluer les douleurs post-opératoires et à réaliser une analyse esthétique après utilisation des deux techniques chirurgicales, objectifs secondaires de ce travail qui pourraient encore nous conforter dans l'idée que le corps adipeux de la bouche est une alternative fiable au conjonctif palatin.

# **1. Matériels et méthodes**

## **1.1. Objectifs**

L'objectif principal de ce rapport de cas est d'évaluer l'efficacité du corps adipeux de la bouche dans le recouvrement radiculaire de récessions gingivales de type RT1 (13,14), qu'elles soient situées au maxillaire ou à la mandibule.

Les objectifs secondaires consistent à comparer la douleur post-opératoire ainsi qu'à évaluer le rendu esthétique entre les deux prélèvements autologues étudiés à 0, 1 et 5 ans.

Ce travail s'articule autour de deux cas cliniques du service de Parodontologie du CHU de Toulouse. Le premier patient présente des récessions gingivales de type RT1 sur 13, 11, 21 et 23 qui ont été traitées par un prélèvement de corps adipeux de la bouche pour le secteur 1 et par un prélèvement de conjonctif palatin pour le secteur 2. Le deuxième patient présente des récessions gingivales de type RT1 sur 34, 33, 43 et 44 qui ont été traitées par un prélèvement de corps adipeux de la bouche pour le secteur 4 et par un prélèvement de conjonctif palatin pour le secteur 3. Une analyse rétrospective est réalisée afin d'évaluer les paramètres cliniques permettant de répondre aux objectifs recherchés, précédemment décrits. Afin d'effectuer cette comparaison, nous avons établi une méthode d'analyse qui a été systématisée à chaque examen avec un recueil des paramètres cliniques qui s'est fait à J0 (en pré-interventionnel), à J+1 an et enfin à J+5 ans (Annexe 1).

## **1.2. Sélection des patients**

### **1.2.1. Critères d'inclusion**

Les patients inclus dans ce rapport de cas devaient être majeurs et présenter au moins deux récessions gingivales de même type (RT1). Ils devaient également avoir une bonne santé parodontale (parodonte intact ou réduit) et les dents devaient être vitales,

sans aucune restauration ou carie. Un consentement éclairé a été signé pour chaque patient.

### **1.2.2. Critères de non inclusion (15–18)**

Les critères de non inclusion ont concerné les patients mineurs, les femmes enceintes ou allaitantes, les patients fumeurs, les patients ayant une hygiène bucco-dentaire faible (indice de plaque > 20%) et enfin les patients présentant une pathologie systémique connue (diabète par exemple).

### **1.3. Thérapeutique initiale**

Après l'inclusion de ces deux patients, une identification de la cause de ces récessions a été réalisée puis un calibrage de l'hygiène bucco-dentaire a été mis en place pour chacun des deux patients : brossage atraumatique, utilisation de fil dentaire et des brossettes interdentaires. Un examen radiographique par des rétroalvéolaires a également été réalisé sur les dents à traiter pour chaque patient. Enfin, un détartrage a été effectué sur les deux patients.

### **1.4. Procédure chirurgicale**

Les récessions gingivales ont été traitées, pour chaque patient, au cours d'une seule et même intervention sous anesthésie locale.

#### **1.4.1. Prélèvement du corps adipeux de la bouche**

Le corps adipeux de la bouche peut être utilisé en greffon pédiculé ou libre (19,20), le choix se faisant par rapport au contexte clinique et notamment en fonction de la zone chirurgicale à traiter. Pour cette thèse, nous utiliserons uniquement des greffons libres non pédiculés au vu de la position très antérieure des récessions, qui entraînerait une traction excessive du greffon depuis sa base.

Le prélèvement d'un greffon de corps adipeux de la bouche débute par une incision horizontale située à 1 cm en-dessous de l'ostium du canal de Sténon et en arrière du processus zygomatique. L'incision ne doit pas dépasser 5 mm pour éviter un excès de tissus graisseux en peropératoire ou encore une hernie de ce corps adipeux de la bouche en post-opératoire (21,22). Une dissection vers le haut à l'aide de ciseaux de Metzenbaum est ensuite réalisée afin de permettre de tracter du tissu graisseux. Cette traction doit se faire de manière la plus délicate possible pour éviter une fragmentation du corps adipeux de la bouche (23).

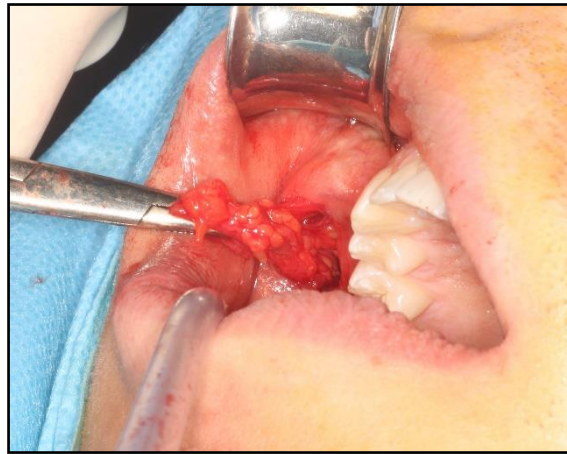


Figure 1 : Prélèvement d'un greffon de corps adipeux de la bouche sur le cas clinique n°2

Une fois le greffon prélevé, il est mis en place sur le site receveur pour chaque cas clinique. Les sites donneur et receveur sont suturés.

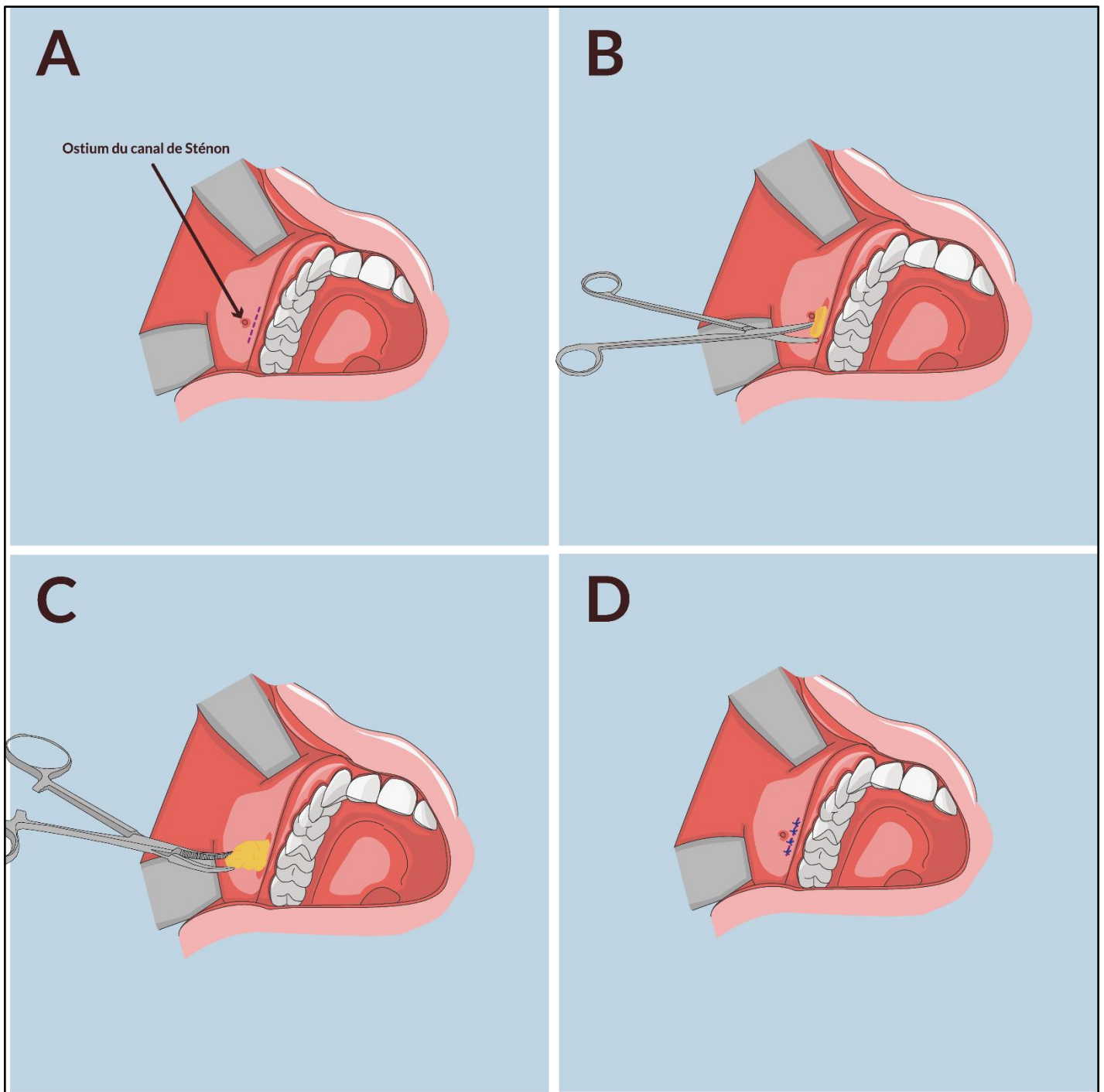


Figure 2 : Vue schématique de la technique de prélèvement de corps adipeux de la bouche. Tracé d'incision (A), dissection du corps adipeux de la bouche aux ciseaux de Metzenbaum (B), traction du greffon et prélèvement (C), sutures du site (D).

Réalisation : **G<sup>3</sup> graphisme**, Pamiers, Ariège (09).



#### **1.4.2. Prélèvement du conjonctif palatin (Gold standard)**

Le prélèvement du greffon conjonctif palatin est réalisé, pour chaque cas clinique, avec la technique de la trappe décrite pour la première fois en 1974 par Edel (24). Le principe de cette technique consiste à inciser de façon parallèle à la ligne des collets palatins, au niveau des prémolaires et à environ 2 mm. Cette première incision est complétée de part et d'autre par deux incisions perpendiculaires dirigées vers le raphé médian. Les incisions doivent avoir une profondeur d'environ 2 mm. On obtient ainsi un rectangle incisé sur trois côtés, le quatrième côté (le plus apical) étant conservé comme pédicule nourricier. La dissection de cette « trappe » permet alors un accès direct au tissu conjonctif sous-jacent et d'en prélever l'épaisseur souhaitée.

Cette technique préserve l'épithélium au niveau du site donneur favorisant une cicatrisation de première intention ainsi qu'une diminution des douleurs post-opératoires (25).

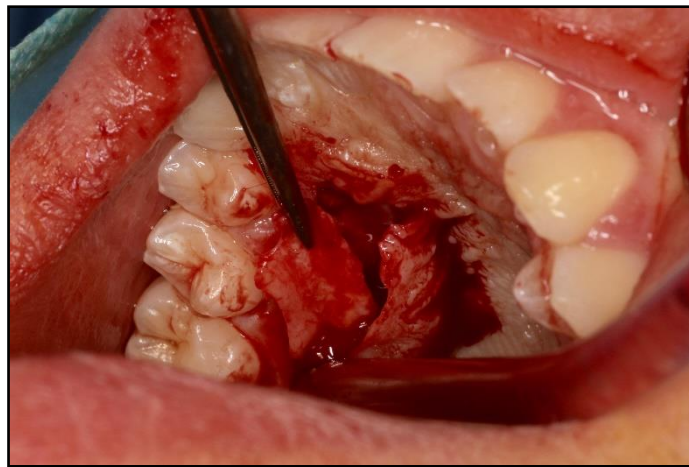


Figure 3 : Prélèvement conjonctif par la technique de la trappe sur le cas clinique n°2

Une fois le greffon prélevé, il est mis en place sur le site receveur pour chaque cas clinique. Les sites donneur et receveur sont suturés.

## **1.5. Paramètres cliniques évalués**

### **1.5.1. Recouvrement radiculaire**

La profondeur de poche, la hauteur de tissu kératinisé, la hauteur et la largeur de chaque récession ont été mesurées à J0 (en pré-opératoire), à J+1 an et à J+5 ans.

À partir de ces différents paramètres cliniques, il est alors possible de calculer le taux de recouvrement ou recouvrement radiculaire (RR) à l'aide de la formule suivante (26) :

$$RR = \frac{RG \text{ postopératoire} - RG \text{ préopératoire}}{RG \text{ préopératoire}} \times 100$$

*RG est la hauteur de la récession en mm.*

### **1.5.2. Douleurs et sensibilités**

La douleur post-opératoire a été évaluée au moyen d'une échelle visuelle analogique (EVA) au cours des quinze premiers jours suivant la chirurgie de recouvrement des récessions gingivales. Les patients ont évalué la douleur ressentie par côté en fonction de chacune des deux techniques chirurgicales utilisées.

De plus, à J+5 ans, nous avons demandé à chaque patient s'il ressentait une douleur ou une gêne sur les sites opérés et de nous préciser le côté douloureux le cas échéant.

### **1.5.3. Analyse esthétique**

Une analyse esthétique a été réalisée sur toutes les dents traitées à l'aide du « Pink Esthetic Score » (PES) de Fürhauser (27). Les paramètres de ce score (papille mésiale, papille distale, alignement des collets, contour gingival, convexité alvéolaire, couleur gingivale et texture) sont évalués à J+1 an et à J+5 ans pour les deux patients inclus. Chaque dent traitée obtient un score compris entre 0 et 14, les différents paramètres du PES étant notés sur 2.

#### **1.5.4. Enquête de satisfaction**

A J+5 ans, nous avons évalué la satisfaction des patients au moyen d'une échelle numérique comprise entre 0 et 10. Nous leur avons demandé d'évaluer successivement sur cette échelle leur satisfaction « côté droit », leur satisfaction « côté gauche » et enfin leur satisfaction globale.

Nous avons également recueilli d'éventuelles remarques ou observations de ces deux patients 5 ans après les chirurgies de recouvrement des récessions.

**1.5.5. Suivi et synthèse d'évaluation des paramètres cliniques.**

<b>SUIVI DANS LE TEMPS</b>		<b>J0</b>	<b>J+15 j</b>	<b>J+1 an</b>	<b>J+5 ans</b>
<b>PARAMETRES</b>					
<b>Paramètres du recouvrement radiculaire</b>	<i>Profondeur de poche</i>	X		X	X
	<i>Tissu kératinisé</i>	X		X	X
	<i>Hauteur récession gingivale</i>	X		X	X
	<i>Largeur récession gingivale</i>	X		X	X
	<i>Recouvrement radiculaire</i>			X	X
<b>Douleur</b>	<i>Post-opératoire</i>		X		
	<i>Résiduelles</i>				X
<b>Analyse esthétique</b>				X	X
<b>Enquête de satisfaction</b>					X

Tableau 1 : Evaluation des différents paramètres cliniques étudiés dans le temps pour les deux cas cliniques.

## 2. Description des cas cliniques et suivi à 5 ans

### 2.1. Cas clinique n°1

#### 2.1.1. Présentation générale

Il s'agit d'une patiente de 38 ans dont le motif de consultation était une gêne esthétique. Cette patiente présente quatre récessions gingivales au maxillaire de type RT1 (13) sur 13, 11, 21 et 23.



Figure 4 : Cas clinique n°1, état initial

Le biotype parodontal est fin. Le secteur 1 sera traité par un greffon de corps adipeux de la bouche tandis que le secteur 2 recevra un greffon de conjonctif palatin.

#### 2.1.2. Préparation des sites receveurs et positionnement des greffons

Sur 13 et 23 ont été préparés deux lambeaux déplacés coronairement avec rotation des papilles comme décrits par Zuchelli et De Sanctis (28).

Un tunnel est réalisé entre la 12 et la 22. Décrite initialement par Allen en 1994 (29,30) puis modifiée par Azzi et Etienne en 1998 (31), la technique de tunnelisation présente de nombreux avantages tels que l'absence d'incision de décharge verticale, la conservation des papilles intactes ou encore une meilleure cicatrisation directement corrélée à un meilleur apport sanguin.

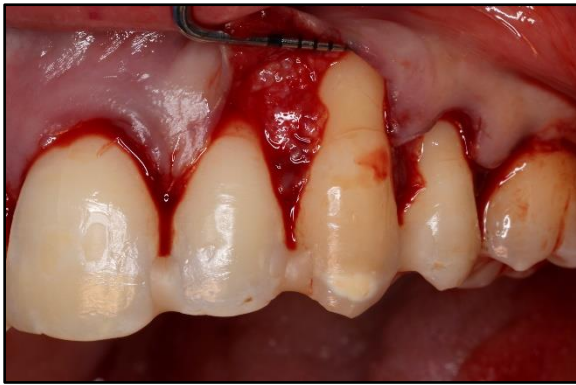


Figure 5 : Préparation du lambeau déplacé coronairement sur 23 (à gauche) et d'une partie du tunnel entre 12 et 22 (à droite)

Après la réalisation des prélèvements, le greffon de corps adipeux de la bouche est positionné secteur 1, le greffon de conjonctif palatin est positionné secteur 2. Les sites donneurs et receveurs sont suturés.

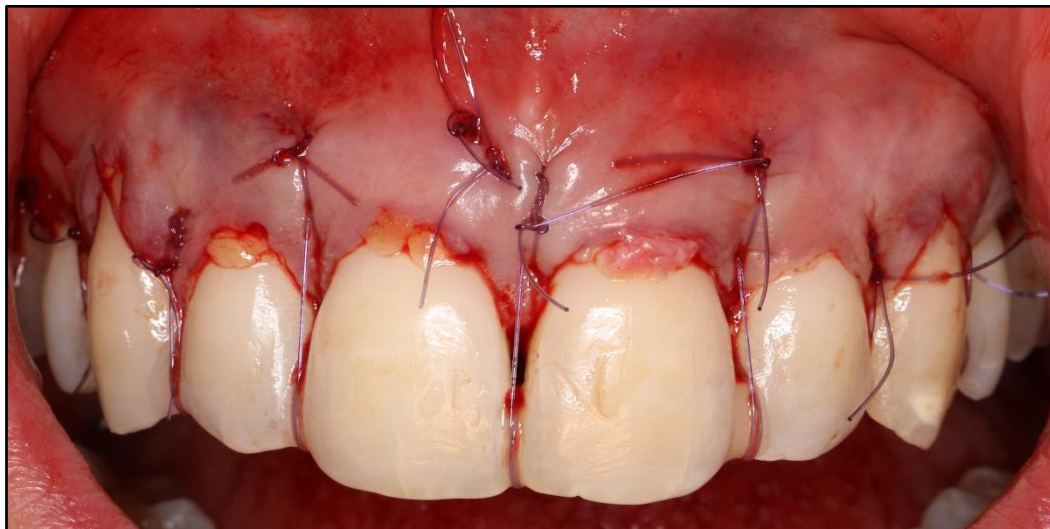


Figure 6 : Position du greffon de corps adipeux de la bouche secteur 1 et du greffon de conjonctif palatin secteur 2 après sutures des sites receveurs.

### 2.1.3. Suivi clinique







	Secteur 1 : Technique avec greffon de corps adipeux de la bouche	Secteur 2 : Technique avec greffon de conjonctif palatin
J0 (Pré-opératoire)		
J+1 an		
J+5 ans		

Figure 7 : Photographies des sites opérés à J0 en pré-opératoire et après suivi à 1 an et 5 ans post-opératoire.



## 2.2. Cas clinique n°2

### 2.2.1. Présentation générale

Il s'agit d'un patient de 28 ans dont le motif de consultation était une gêne esthétique. Ce patient présente quatre récessions gingivales à la mandibule de type RT1 (13) sur 44, 43, 33 et 34.



Figure 8 : Cas clinique n°2, état initial

Le biotype parodontal est fin. Le secteur 4 sera traité par un greffon de corps adipeux de la bouche tandis que le secteur 3 recevra un greffon de conjonctif palatin.



### **2.2.2. Préparation des sites receveurs et positionnement des greffons**

Deux tunnelisations sont réalisées pour ce cas : un tunnel de 45 à 42 et un autre de 35 à 32.

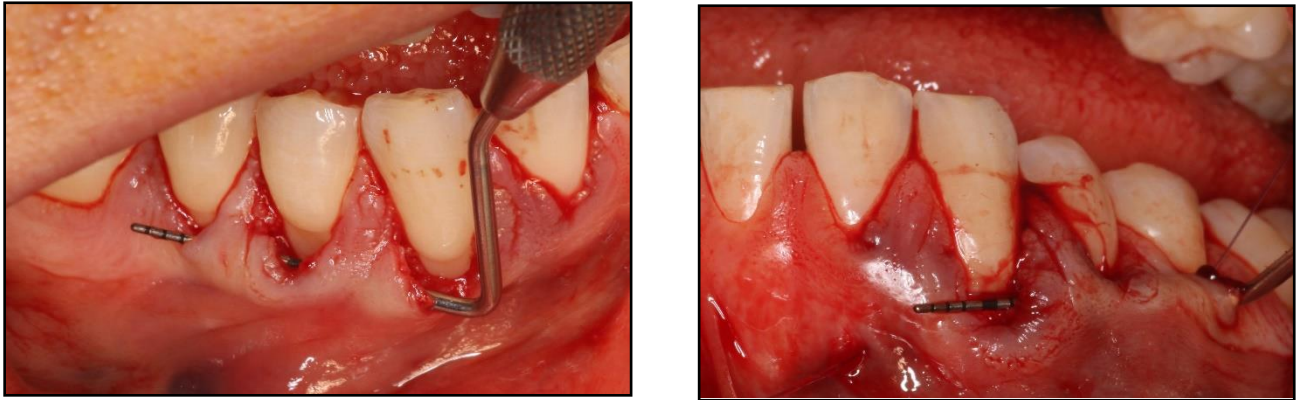


Figure 9 : Préparation du tunnel secteur 4 (à gauche) et du tunnel secteur 3 (à droite)

Après la réalisation des prélèvements, le greffon de corps adipeux de la bouche est positionné secteur 4, le greffon de conjonctif palatin est positionné secteur 3. Les sites donneurs et receveurs sont suturés.

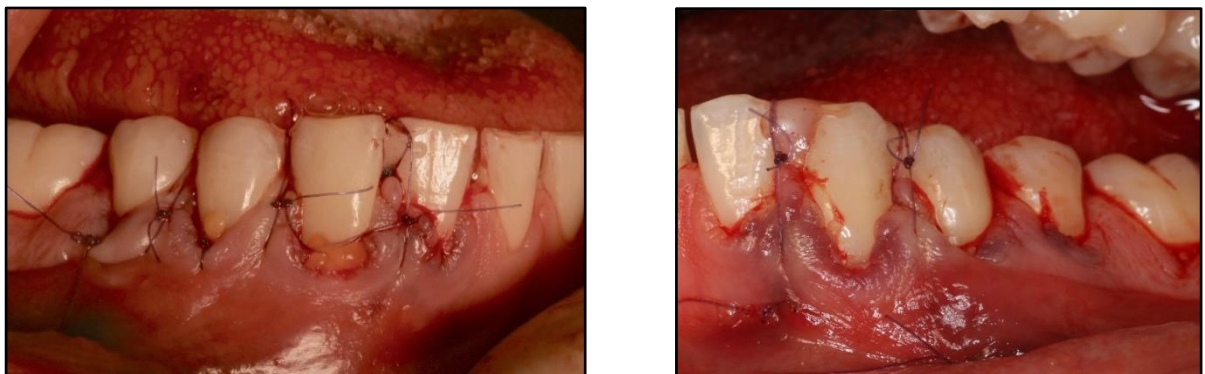


Figure 10 : Position du greffon de corps adipeux de la bouche secteur 4 (à gauche) et du greffon de conjonctif palatin secteur 3 (à droite) après sutures des sites receveurs

### 2.2.3. Suivi clinique







	Secteur 4 : Technique avec greffon de corps adipeux de la bouche	Secteur 3 : Technique avec greffon de conjonctif palatin
J0		
J+1 an		
J+5 ans		

Figure 11 : Photographies des sites opérés à J0 en pré-opératoire et après suivi à 1 an et 5 ans post-opératoire.

### 3. Résultats

#### 3.1. Paramètres du recouvrement radiculaire

##### 3.1.1. Cas clinique n°1

Sites opératoires  Paramètres cliniques	13			11			21			23		
	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans
Profondeur de poche	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1,5
Tissu kératinisé	3	4	4	4,5	5	5	4,5	5	5	4	4	3,5
Hauteur RG	4	1	1,5	1,5	0	0	2	0	0	3	0,5	1
Largeur RG	4	0	0	3	0	0	3	0	0	4	0	0
RR	X	75%	63%	X	100%	100%	X	100%	100%	X	84%	67%

Tableau 2 : Relevé des paramètres du recouvrement radiculaire en mm, dent par dent, à J0 (pré-opératoire), à J+1 an et à J+5 ans. RG est la récession gingivale, le recouvrement radiculaire (RR) est calculé pour chaque site selon la formule en 1.5.1.

Les relevés précédents permettent de calculer un recouvrement radiculaire moyen par type de greffe et ainsi de comparer non seulement une même technique de greffe (corps adipeux de la bouche ou conjonctif palatin) dans le temps mais également les deux types de greffes entre elles à un instant donné et dans le temps.

<b>Suivi</b> <b>Technique de greffe</b>	<b>J+1 an</b>	<b>J+5 ans</b>	<b><math>\Delta</math> (J+1 an ; J+5 ans)</b>
<b>RR avec greffon de corps adipeux de la bouche</b>	<b>87,5 %</b>	<b>81,5 %</b>	<b>- 6 %</b>
<b>RR avec greffon de conjonctif palatin</b>	<b>92 %</b>	<b>83,5 %</b>	<b>- 8,5 %</b>

Tableau 3 : Recouvrement radiculaire (RR) moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 2 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de RR par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

### 3.1.2. Cas clinique n°2

Sites opératoires  Paramètres cliniques	44			43			33			34		
	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans	J0	J+1 an	J+5 ans
<b>Profondeur de poche</b>	3	3	2,5	3	3	2	2	2	1	3	3	2
<b>Tissu kératinisé</b>	3	3	4	3	3	3,5	3	3	3,5	3	3	4
<b>Hauteur RG</b>	3	1	1	3	0	0,5	3	0	0,5	2	0,5	0,5
<b>Largeur RG</b>	3	1	1	3	0	0	3	0	0	2	0	0
<b>RR</b>	X	66%	66%	X	100%	84%	X	100%	84%	X	75%	75%

Tableau 4 : Relevé des paramètres du recouvrement radiculaire en mm, dent par dent, à J0 (pré-opératoire), à J+1 an et à J+5 ans. *RG* est la récession gingivale, le recouvrement radiculaire (*RR*) est calculé pour chaque site selon la formule en 1.5.1.

De la même manière que dans le cas clinique n°1, les relevés précédents permettent de calculer un recouvrement radiculaire moyen par type de greffe et ainsi de comparer non seulement une même technique de greffe (corps adipeux de la bouche ou conjonctif palatin) dans le temps mais également les deux types de greffes entre elles à un instant donné et dans le temps.

Suivi Technique de greffe	J+1 an	J+5 ans	$\Delta$ (J+1 an ; J+5 ans)
RR avec greffon de corps adipeux de la bouche	83 %	75 %	- 8 %
RR avec greffon de conjonctif palatin	87,5 %	79,5 %	- 8 %

Tableau 5 : Recouvrement radiculaire (RR) moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 2 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de RR par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

### 3.1.3. Synthèse : recouvrement radiculaire moyen

Type de greffe RR	Greffon de corps adipeux de la bouche		Greffon de conjonctif palatin	
	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°1	Cas n°2
RR à J+1 an par cas	87,5 %	83 %	92 %	87,5 %
RR moyen à J+1 an	85,3 %		89,8 %	
RR à J+5 ans par cas	81,5 %	75 %	83,5 %	79,5 %
RR moyen à J+5 ans	78,3 %		81,5 %	
$\Delta$ moyen (J+1 an ; J+5 ans)	- 7 %		- 8,3 %	

Tableau 6 : Recouvrement radiculaire (RR) moyen par type de greffe à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de RR par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

## 3.2. Douleurs et sensibilités

### 3.2.1. Cas clinique n°1

	<b>Greffon de corps adipeux de la bouche</b>	<b>Greffon de conjonctif palatin</b>
<b>Douleur post-opératoire (score obtenu par EVA)</b>	2/10	5/10
<b>Douleurs/sensibilités résiduelles à J+5 ans (0=RAS ; S=sensibilité ; D=douleur)</b>	0	0

Tableau 7 : Evaluation de la douleur post-opératoire et de douleurs ou sensibilités résiduelles à J+5 ans.

### 3.2.2. Cas clinique n°2

	<b>Greffon de corps adipeux de la bouche</b>	<b>Greffon de conjonctif palatin</b>
<b>Douleur post-opératoire (score obtenu par EVA)</b>	1/10	3/10
<b>Douleurs/sensibilités résiduelles à J+5 ans (0=RAS ; S=sensibilité ; D=douleur)</b>	0	0

Tableau 8 : Evaluation de la douleur post-opératoire et de douleurs ou sensibilités résiduelles à J+5 ans.



### 3.2.3. EVA moyenne dans la douleur post-opératoire

Type de greffe EVA	Greffon de corps adipeux de la bouche		Greffon de conjonctif palatin	
	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°1	Cas n°2
EVA post-opératoire par cas	2/10	1/10	5/10	3/10
EVA moyenne	1,5/10		4/10	

Tableau 9 : EVA moyenne calculée par type de greffe

### 3.3. Analyse esthétique : PES de Fürhauser (27)

#### 3.3.1. Cas clinique n°1

Sites opératoires	13		11		21		23	
	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans
Papille mésiale	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Papille distale	2/2	2/2	2/2	1/2	2/2	1/2	2/2	2/2
Alignement des collets	1/2	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Contour gingival	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Convexité alvéolaire	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Couleur gingivale	2/2	2/2	1/2	2/2	0/2	2/2	1/2	2/2
Texture	2/2	2/2	1/2	2/2	1/2	1/2	1/2	1/2
PES	13/14	13/14	12/14	13/14	11/14	12/14	12/14	13/14

Tableau 10 : Evaluation du PES par site à J+1 an et J+5 ans en post-opératoire

Les relevés précédents permettent de calculer un PES moyen par type de greffe et ainsi de comparer non seulement une même technique de greffe (corps adipeux de la bouche ou conjonctif palatin) dans le temps mais également les deux types de greffes entre elles à un instant donné et dans le temps.

Suivi Technique de greffe	J+1 an	J+5 ans	$\Delta$ (J+1 an ; J+5 ans)
<b>PES avec greffon de corps adipeux de la bouche</b>	<b>12,5/14</b>	<b>13/14</b>	<b>+ 0,5 pt</b>
<b>PES avec greffon de conjonctif palatin</b>	<b>11,5/14</b>	<b>12,5/14</b>	<b>+ 1 pt</b>

Tableau 11 : PES moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 10 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

### 3.3.2. Cas clinique n°2

Sites opératoires	44		43		33		34	
	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans	J+1 an	J+5 ans
Papille mésiale	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Papille distale	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Alignement des collets	0/2	0/2	2/2	1/2	2/2	1/2	1/2	1/2
Contour gingival	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Convexité alvéolaire	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Couleur gingivale	1/2	2/2	2/2	2/2	1/2	1/2	1/2	2/2
Texture	1/2	2/2	1/2	2/2	1/2	1/2	1/2	2/2
<b>PES</b>	<b>10/14</b>	<b>12/14</b>	<b>13/14</b>	<b>13/14</b>	<b>12/14</b>	<b>11/14</b>	<b>11/14</b>	<b>13/14</b>

Tableau 12 : Evaluation du PES par site à J+1 an et J+5 ans en post-opératoire

De la même manière que dans le cas clinique n°1, les relevés précédents permettent de calculer un PES moyen par type de greffe et ainsi de comparer non seulement une même technique de greffe (corps adipeux de la bouche ou conjonctif palatin) dans le temps mais également les deux types de greffes entre elles à un instant donné et dans le temps.

<b>Suivi</b> <b>Technique de greffe</b>	<b>J+1 an</b>	<b>J+5 ans</b>	<b><math>\Delta</math> (J+1 an ; J+5 ans)</b>
<b>PES avec greffon de corps adipeux de la bouche</b>	<b>11,5/14</b>	<b>12,5/14</b>	<b>+ 1 pt</b>
<b>PES avec greffon de conjonctif palatin</b>	<b>11,5/14</b>	<b>12/14</b>	<b>+ 0,5 pt</b>

Tableau 13 : PES moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 12 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

### 3.3.3. Synthèse : PES moyen

Type de greffe PES	Greffon de corps adipeux de la bouche		Greffon de conjonctif palatin	
	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°1	Cas n°2
PES à J+1 an par cas	12,5/14	11,5/14	11,5/14	11,5/14
PES moyen à J+1 an	12/14		11,5/14	
PES à J+5 ans par cas	13/14	12,5/14	12,5/14	12/14
PES moyen à J+5 ans	12,8/14		12,3/14	
$\Delta$ moyen (J+1 an ; J+5 ans)	+ 0,8 pt		+ 0,8 pt	

Tableau 14 : PES moyen par type de greffe à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans.

### 3.4. Enquête de satisfaction à J+5 ans

	Cas clinique n°1	Cas clinique n°2	Note moyenne
Satisfaction « côté droit » (= corps adipeux de la bouche)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	<b>9/10</b>
Satisfaction « côté gauche » (= conjonctif palatin)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	<b>9/10</b>
Satisfaction globale	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	

Tableau 15 : Evaluation de la satisfaction des patients à J+5 ans au moyen d'une échelle numérique allant de 0 à 10 et notes moyennes par type de greffe.

### 3.5. Synthèse comparative des différents paramètres évalués

	Mesure du recouvrement : RR moyen		Douleur post-opératoire : EVA moyenne		Douleurs et/ou sensibilités résiduelles		Analyse esthétique : PES moyen		Enquête de satisfaction : Note moyenne	
	CAB	CP	CAB	CP	CAB	CP	CAB	CP	CAB	CP
<b>J+15 j</b>			1,5/10	4/10						
<b>J+1 an</b>	85,3 %	89,8 %					12/14	11,5/14		
<b>J+5 ans</b>	78,3 %	81,5 %			0	0	12,8/14	12,3/14	9/10	9/10
<b>Δ moyen</b> <small>(J+1 an ; J+5 ans)</small>	- 7 %	- 8,3 %					+ 0,8 pt	+ 0,8 pt		

Tableau 16 : Synthèse des résultats cliniques obtenus (CAB = Corps adipeux de la bouche / CP = Conjonctif palatin).



## 4. Discussion

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer l'efficacité d'un greffon de corps adipeux de la bouche en comparaison à un greffon de conjonctif palatin dans le recouvrement radiculaire de récessions gingivales de type RT1 de Cairo. Les objectifs secondaires visaient à quantifier la douleur post-opératoire et résiduelle ainsi qu'à réaliser une analyse du résultat esthétique obtenu après traitement de ces récessions, toujours en comparant les deux types de greffons utilisés.

Les résultats que nous avons obtenus dans ce rapport de deux cas, par notre évaluation des paramètres caractérisant le recouvrement radiculaire, paraissent très satisfaisants pour les deux techniques de greffe. Dans un premier temps, nous pouvons noter un gain de tissu kératinisé et stabilisé à J+5 ans pour la grande majorité des dents traitées, que ce soit avec un greffon de corps adipeux de la bouche ou avec un greffon de conjonctif palatin. La profondeur de poche est restée inchangée voire a diminué à J+5 ans pour l'ensemble des dents : aucune augmentation de profondeur de poche n'a été relevée. Les hauteurs et largeurs de récession ont été considérablement diminuées à J+1 an et bien stabilisées à J+5 ans, indépendamment du type de greffe réalisé. Ces résultats se traduisent directement dans le calcul du recouvrement radiculaire moyen qui était de 89,8% avec la greffe de conjonctif palatin contre 85,3% avec le corps adipeux de la bouche, 1 an après la chirurgie. 5 ans après la chirurgie, nous relevons des taux moyens de 81,5% avec le Gold standard contre 78,3% avec la greffe de corps adipeux de la bouche. Nous observons ainsi un taux de variation moyen de 8,3% pour le conjonctif autologue contre 7% pour le corps adipeux de la bouche, ce qui reste relativement faible compte tenu de la durée importante entre les deux évaluations (J+1 an et J+5 ans) et de l'absence de suivi des patients dans le service au cours de cette période (facteurs inconnus comme la technique de brossage par exemple). Il n'apparaît donc pas de différence majeure et significative en termes de recouvrement radiculaire entre les deux techniques de greffe. En comparant nos résultats aux données actuelles de la littérature, il semble que différentes études aboutissent à la même conclusion. Une recherche sur PubMed a été réalisée en utilisant les mots clés suivants : « Buccal fat pad », « Gingival recession », « Root coverage ». Sur une quinzaine de publications répertoriées, seules deux correspondent aux méthodes utilisées notre rapport de cas, à savoir un greffon libre

non pédiculé de corps adipeux de la bouche dans le traitement de récessions gingivales de classe I ou II de Miller ou RT1 de Cairo. Ainsi, en 2015, *Deliberador et al.* (26) ont mené une étude contrôlée randomisée comparant l'efficacité de la greffe de corps adipeux de la bouche non pédiculé avec la greffe de conjonctif enfoui et relèvent des taux de recouvrement radiculaire moyens respectifs de 67,5% et 87,5% pour chacune des deux techniques de greffe. Les auteurs décrivent un gain de gencive attachée dans les deux cas et concluent qu'il n'existe pas de différence significative entre le conjonctif autologue considéré comme Gold standard et le corps adipeux de la bouche. En 2019, un rapport de cas de *Storrer et al.* (19) aboutit à la même conclusion en montrant une couverture complète par greffe de corps adipeux de la bouche d'une récession de type I de Miller avec maintien des résultats après 1 an de suivi.

Les travaux déjà publiés dans le recouvrement des récessions gingivales avec le corps adipeux de la bouche s'intéressent préférentiellement à l'utilisation de greffons pédiculés pour des cas de récessions sévères (types III et IV de Miller ou RT2 et RT3 de Cairo). Pour autant, les résultats n'en demeurent pas moins intéressants. En effet, les rapports de cas de 2018 de *Kablan* (32) et de *Deepa et Arun Kumar* (33) établissent des taux respectifs de recouvrement radiculaire de 64,58% et de 89,3% et démontrent une diminution statistiquement significative de la hauteur et de la largeur de récessions gingivales de type III ou IV de Miller avec le corps adipeux de la bouche. Plus récemment encore, les travaux de *Monika et al.* (34) de 2020 sur un total de quinze sujets ont montré une amélioration de la couverture radiculaire statistiquement significative de 46,78% sur des récessions de type III et IV par greffon pédiculé de corps adipeux de la bouche. Les conclusions de publications plus anciennes telles que celle de *El Haddad et al.* (20), de *Kumari et al.* (35) ou encore de *Panda et al.* (36), s'intéressant davantage au gain d'attache clinique qu'au recouvrement radiculaire, auguraient probablement les résultats positifs que nous obtenons aujourd'hui avec les greffons de corps adipeux de la bouche.

Le succès de ces thérapeutiques dans le recouvrement des récessions gingivales avec le corps adipeux de la bouche peut être attribué à la richesse de cellules souches ASC « Adipose-derived Stem Cells » (12) dans ce tissu. Ces cellules semblent posséder les mêmes propriétés que les cellules souches mésenchymateuses (37). Elles sont pluripotentes et sont capables de générer des cellules issues des trois feuillets embryonnaires (endoderme, mésoderme et ectoderme) (38). Dans les cas de

greffons pédiculés de corps adipeux de la bouche, les résultats positifs de ces traitements s'expliquent également par la richesse de l'apport vasculaire qui assure le maintien de la vitalité du greffon (39).

En ce qui concerne la douleur et les suites post-opératoires, nous avons noté d'excellents résultats, en faveur du prélèvement de corps adipeux de la bouche. En effet, l'EVA moyenne quinze jours après l'intervention s'élevait à 1,5 pour le corps adipeux de la bouche contre 4 pour le conjonctif palatin. Nous n'avons relevé aucune complication post-opératoire. À J+5 ans après les interventions, les patients ne décrivaient aucune douleur ni aucune gêne ou sensibilité, que ce soit sur les sites de prélèvements ou sur les sites de greffes. Diverses études utilisant le corps adipeux de la bouche dans le recouvrement de récessions tendent vers les mêmes conclusions. *Deliberador et al.* (26) ne constatent aucune complication post-opératoire mais soulignent que la majorité des patients inclus dans leur étude déclarent que la douleur post-opératoire dans le site donneur du corps adipeux de la bouche était moins aiguë que la douleur dans le site donneur du conjonctif. Dans les rapports de cas d'*Agarwal et al.* (40) ou de *Grover et al.* (41), qui utilisent un greffon de corps adipeux pédiculé pour le recouvrement de récessions en secteur postérieur, la cicatrisation s'est déroulée sans incident et les douleurs post-opératoires sont décrites comme très faibles. *Deepa et Arun Kumar* (33) rapportent un cas d'hématome dans l'espace buccal 24 heures après le prélèvement d'un greffon pédiculé de corps adipeux de la bouche. Il s'agit cependant d'un cas isolé puisque les neuf autres patients de ce rapport de cas ont présenté des suites opératoires sans particularité avec des douleurs post-opératoires minimales. Le prélèvement de corps adipeux de la bouche s'avère ainsi intéressant dans la mesure où il n'est plus nécessaire de prélever des tissus mous dans le palais à l'origine de douleurs plus marquées que celles décrites au site donneur du corps adipeux.

L'analyse esthétique que nous avons réalisée avec le PES de Furhäuser (27) ne montre pas de réelle différence entre les deux techniques de greffe. De fait, nous obtenons un PES moyen de 12/14 avec le corps adipeux de la bouche tandis qu'il était de 11,5/14 avec le conjonctif palatin à J+1 an. À J+5 ans, ces scores moyens s'élevaient respectivement à 12,8/14 et 12,3/14, avec une augmentation de 0,8 point en 4 ans pour chacune des deux techniques. Nous avons fait le choix d'analyser le

rendu esthétique à l'aide du PES de manière à obtenir un résultat le plus objectif possible et une analyse reproductible dans le temps. L'étude de *Deliberador et al.* (26) rapporte des résultats esthétiques identiques et satisfaisants à 6 mois en post-opératoire pour les deux techniques, sans qu'il n'y ait pour autant une analyse esthétique à proprement parler dans cette publication. Dans leur rapport de cas sur dix patients, *Kablan et al.* (32) arborent d'excellents résultats esthétiques avec une correspondance en texture et en couleur des tissus de corps adipeux de la bouche greffés et des tissus gingivaux, avec un suivi de 1 an.

Enfin, l'enquête de satisfaction globale que nous avons réalisée à J+5 ans semble montrer que la greffe de corps adipeux de la bouche est une alternative tout à fait intéressante à la greffe de conjonctif palatin du point de vue « patient ». En effet, les deux patients inclus dans ce rapport de cas attribuent une note de 9/10 à deux reprises quand on leur demande d'évaluer leur satisfaction globale « côté droit » puis « côté gauche ». Par ailleurs, aucun des patients n'a remarqué de différence entre les deux côtés, que ce soit d'un point de vue esthétique ou bien d'un point de vue global.

Ainsi, les résultats obtenus dans ce rapport de cas suggèrent que l'utilisation du corps adipeux de la bouche présente des similitudes cliniques avec le conjonctif palatin, actuellement considéré comme le Gold standard, et que les deux techniques seraient cliniquement efficaces dans le recouvrement de récessions gingivales de type RT1. Ces conclusions se rapprochent de celles de l'étude de *Deliberador et al.* (26) qui est probablement la plus aboutie à l'heure actuelle sur le sujet. Toutes les publications que nous avons trouvées et analysées sur l'utilisation du corps adipeux de la bouche dans le recouvrement de récessions convergent vers le fait que ce type de greffe serait une alternative fiable au conjonctif palatin. Cependant, il faut bien prendre en compte d'une part que la grande majorité des travaux publiés étaient des rapports de cas (une seule étude clinique randomisée contrôlée) et d'autre part que les effectifs sont souvent très petits, ce qui limite en conséquence les niveaux de preuve. Notre rapport de cas illustre bien cette problématique puisque nous n'avons pu inclure que deux patients. Ce travail comporte d'autres biais comme l'absence de suivi clinique des patients entre J+1 an et J+5 ans par exemple. En revanche, nous n'avons trouvé aucune publication qui permette d'objectiver des résultats sur une période aussi longue après la réalisation des greffes, à savoir 5 ans pour ce travail.

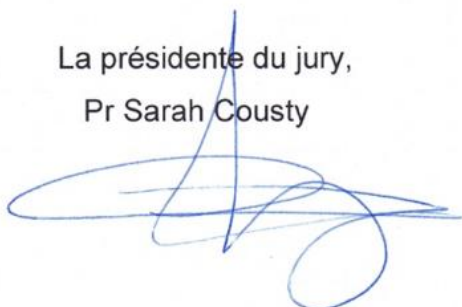
## Conclusion

Parmi toutes les techniques chirurgicales proposées dans le recouvrement des récessions gingivales, les greffes conjonctives enfouies utilisant un prélèvement autologue de conjonctif palatin s'affirment aujourd'hui comme thérapeutiques de référence en dépit des inconvénients qui s'imposent à elles : quantité et qualité de tissus disponibles, douleur et inconfort post-opératoires liés à la localisation palatine du site donneur notamment. Largement utilisé au cours de ces dernières décennies en chirurgie orale, le corps adipeux de la bouche séduit par ses propriétés remarquables. En effet, sa localisation anatomique le rend facile d'accès et en fait un substitut autologue simple à prélever, il est également disponible en quantité et contient de nombreuses cellules souches mésenchymateuses multipotentes connues pour leur capacité de régénération et d'immuno-modulation.


Les résultats que nous avons obtenus dans ce rapport de cas de deux patients sont très encourageants dans le recouvrement radiculaire par greffon libre de corps adipeux de la bouche de récessions de type RT1. En particulier, nous notons la très faible douleur post-opératoire rapportée par nos patients au site donneur du corps adipeux de la bouche. La stabilité à long terme de cette thérapeutique n'en demeure pas moins convaincante avec d'excellents résultats esthétiques et un bon maintien du recouvrement radiculaire à 5 ans pour les deux techniques. De surcroît, les conclusions des travaux publiés dans la littérature au cours de ces dernières années convergent vers nos observations et nous laissent à penser que le corps adipeux de la bouche est une alternative fiable au conjonctif palatin.

De manière à prétendre à un niveau de preuve satisfaisant dans l'utilisation du corps adipeux de la bouche pour le traitement des récessions gingivales, il sera nécessaire de réaliser plusieurs études cliniques randomisées et contrôlées avec des effectifs et un suivi dans le temps plus importants. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude randomisée contrôlée datant de 2015 pour appuyer nos résultats mais l'intérêt que suscite cette nouvelle thérapeutique est certain au vu du nombre grandissant de rapports de cas durant les cinq dernières années.

La présidente du jury,  
Pr Sarah Cousty



La directrice de thèse,  
Dr Sara Laurencin-Dalicieux



## Table des illustrations

Figure 1 : Prélèvement d'un greffon de corps adipeux de la bouche sur le cas clinique n°2

Figure 2 : Vue schématique de la technique de prélèvement de corps adipeux de la bouche. Tracé d'incision (A), dissection du corps adipeux de la bouche aux ciseaux de Metzenbaum (B), traction du greffon et prélèvement (C), sutures du site (D).

Réalisation : **G<sup>3</sup> graphisme**, Pamiers, Ariège (09).

Figure 3 : Prélèvement conjonctif par la technique de la trappe sur le cas clinique n°2

Tableau 1 : Evaluation des différents paramètres cliniques étudiés dans le temps pour les deux cas cliniques

Figure 4 : Cas clinique n°1, état initial

Figure 5 : Préparation du lambeau déplacé coronairement sur 23 (à gauche) et d'une partie du tunnel entre 12 et 22 (à droite)

Figure 6 : Position du greffon de corps adipeux de la bouche secteur 1 et du greffon de conjonctif palatin secteur 2 après sutures des sites receveurs

Figure 7 : Photographies des sites opérés à J0 en pré-opératoire et après suivi à 1 an et 5 ans post-opératoire

Figure 8 : Cas clinique n°2, état initial

Figure 9 : Préparation du tunnel secteur 4 (à gauche) et du tunnel secteur 3 (à droite)

Figure 10 : Position du greffon de corps adipeux de la bouche secteur 4 (à gauche) et du greffon de conjonctif palatin secteur 3 (à droite) après sutures des sites receveurs

Figure 11 : Photographies des sites opérés à J0 en pré-opératoire et après suivi à 1 an et 5 ans post-opératoire

Tableau 2 : Relevé des paramètres du recouvrement radiculaire en mm, dent par dent, à J0 (pré-opératoire), à J+1 an et à J+5 ans. *RG* est la récession gingivale, le recouvrement radiculaire (*RR*) est calculé pour chaque site selon la formule en 1.5.1.

Tableau 3 : Recouvrement radiculaire (*RR*) moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 2 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de *RR* par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 4 : Relevé des paramètres du recouvrement radiculaire en mm, dent par dent, à J0 (pré-opératoire), à J+1 an et à J+5 ans. *RG* est la récession gingivale, le recouvrement radiculaire (*RR*) est calculé pour chaque site selon la formule en 1.5.1.

Tableau 5 : Recouvrement radiculaire (RR) moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 2 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de RR par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 6 : Recouvrement radiculaire (RR) moyen par type de greffe à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de RR par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 7 : Evaluation de la douleur post-opératoire de douleurs ou sensibilités résiduelles à J+5 ans

Tableau 8 : Evaluation de la douleur post-opératoire de douleurs ou sensibilités résiduelles à J+5 ans

Tableau 9 : EVA moyenne calculée par type de greffe

Tableau 10 : Evaluation du PES par site à J+1 an et J+5 ans en post-opératoire

Tableau 11 : PES moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 10 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 12 : Evaluation du PES par site à J+1 an et J+5 ans en post-opératoire

Tableau 13 : PES moyen calculé par type de greffe à partir du tableau 12 à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 14 : PES moyen par type de greffe à J+1 an et J+5 ans.  $\Delta$  est calculé par différence de PES par type de greffe entre J+1 an et J+5 ans

Tableau 15 : Evaluation de la satisfaction des patients à J+5 ans au moyen d'une échelle numérique allant de 0 à 10 et notes moyennes par type de greffe

Tableau 16 : Synthèse des résultats cliniques obtenus (CAB = Corps adipeux de la bouche / CP = Conjonctif palatin)

# Annexes

## Annexe 1 : Fiche de recueil des données cliniques

### FICHE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES

Date de recueil des données : \_\_\_\_\_ (J0 / J+1 an / J+5 ans)

#### I- Présentation du cas clinique

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date 1<sup>ère</sup> consultation au CHU : \_\_\_\_\_

Motif de consultation : \_\_\_\_\_

#### Diagnostic :

Remplir avec RT1, RT2, RT3 ou RT4.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

#### II- Gestion du cas clinique

Intervention(s) réalisée(s) :

- 1) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Techniques chirurgicales utilisées :

Remplir avec T (tunnelisation), LC (lambeau déplacé coronairement) ou LC+RP (+ rotation des papilles).

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Prélèvements utilisés :

Remplir avec CP (conjonctif palatin) ou CAB (corps adipeux de la bouche).

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



### III- Résultats cliniques

#### 1) Antériorités

Des résultats cliniques antérieurs sont-ils disponibles ? OUI / NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) ? \_\_\_\_\_

Des photographies antérieures sont-elles disponibles ? OUI / NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) ? \_\_\_\_\_

#### 2) Résultats à la date de recueil (cf début page 1)

##### i) Mesure des paramètres cliniques et recouvrement radiculaire (RR)

Dent n°	Profondeur de poche	Tissu kératinisé	Hauteur RG	Largeur RG	RR = (RG post op – RG pré op) / RG pré op x 100	RR moyen par type de greffe

##### ii) Douleurs/sensibilités

Douleur post-opératoire (score suite EVA) : CAB : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CP : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleurs/sensibilités résiduelles à J+5 ans :

Remplir avec 0 (RAS), S (sensibilité) ou D (douleur).

CAB (côté droit) :

CP (côté gauche) :

##### iii) Analyse esthétique : « Pink esthetic score » de FURHAUSER

Dent n°	Papille mésiale			Papille distale			Alignement des collets			Contour gingival			Convexité alvéolaire			Couleur gingivale			Texture			Score obtenu			
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	/14
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	/14
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	/14
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	/14

#### IV- Satisfaction du patient (à J+5 ans)

Satisfaction côté droit : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfaction côté gauche : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfaction globale : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### V- Autres remarques/observations

## Bibliographie

1. American Academy of Periodontology. GLOSSARY OF PERIODONTAL TERMS. *J. Periodontol.* 63:47 (1992).
2. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. juin 2015;68(1):333-68.
3. Løe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol.* juin 1992;63(6):489-95.
4. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* févr 2003;134(2):220-5.
5. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, Langer B, McGuire MK, Richardson CR, et al. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* févr 2015;86(2 Suppl):S52-55.
6. Tonetti MS, Jepsen S, Working Group 2 of the European Workshop on Periodontology. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: consensus report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* avr 2014;41 Suppl 15:S36-43.
7. Cairo F, Barootchi S, Tavelli L, Barbato L, Wang HL, Rasperini G, et al. Aesthetic-And patient-related outcomes following root coverage procedures: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol.* nov 2020;47(11):1403-15.
8. Tonetti MS, Cortellini P, Pellegrini G, Nieri M, Bonaccini D, Allegri M, et al. Xenogenic collagen matrix or autologous connective tissue graft as adjunct to coronally advanced flaps for coverage of multiple adjacent gingival recession: Randomized trial assessing non-inferiority in root coverage and superiority in oral health-related quality of life. *J Clin Periodontol.* janv 2018;45(1):78-88.
9. Bichat X. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. Paris, Fr. Brosson; Galon Cie (1802).
10. Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg.* juin 2002;109(7):2509-18; discussion 2519-2520.
11. Broccaioli E, Niada S, Rasperini G, Ferreira LM, Arrigoni E, Yenagi V, et al. Mesenchymal Stem Cells from Bichat's Fat Pad: In Vitro Comparison with Adipose-Derived Stem Cells from Subcutaneous Tissue. *Biores Open Access.* avr 2013;2(2):107-17.
12. Mizuno H. Adipose-derived stem cells for tissue repair and regeneration: ten years of research and a literature review. *J Nippon Med Sch.* avr 2009;76(2):56-66.

13. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* juill 2011;38(7):661-6.
14. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* juin 2018;89 Suppl 1:S204-13.
15. Aroca S, Keglevich T, Barbieri B, Gera I, Etienne D. Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a 6-month study. *J Periodontol.* févr 2009;80(2):244-52.
16. Sanz M, Simion M, Working Group 3 of the European Workshop on Periodontology. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration: consensus report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* avr 2014;41 Suppl 15:S92-97.
17. Zucchelli G, Marzadori M, Mounssif I, Mazzotti C, Stefanini M. Coronally advanced flap + connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors. A controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* août 2014;41(8):806-13.
18. Zuhr O, Rebele SF, Vach K, Petsos H, Hürzeler MB, Research Group for Oral Soft Tissue Biology & Wound Healing. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivate for root coverage: 2-year results of an RCT using 3D digital measuring for volumetric comparison of gingival dimensions. *J Clin Periodontol.* sept 2020;47(9):1144-58.
19. Storrer CLM, Muller LL, Pissaia JF, Andrade CF, Trevisani CRT, Deliberador TM. Treatment of Miller Class I Gingival Recession with Using Nonpedicle Adipose Tissue after Bichectomy Surgical Technique: A Case Report. *Case Rep Dent.* 30 déc 2019;2019:1049453.
20. El Haddad SA, Abd El Razzak MY, El Shall M. Use of pedicled buccal fat pad in root coverage of severe gingival recession defect. *J Periodontol.* juill 2008;79(7):1271-9.
21. Stajčić Z. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: a study of 56 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* juill 1992;20(5):193-7.
22. Scott P, Fabbroni G, Mitchell DA. The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: an illustrated guide. *Dent Update.* août 2004;31(6):363-4, 366.
23. Poeschl PW, Baumann A, Russmueller G, Poeschl E, Klug C, Ewers R. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. *J Oral Maxillofac Surg.* juill 2009;67(7):1460-6.
24. Edel A. Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinised gingiva. *J Clin Periodontol.* 1974;1(4):185-96.

25. Monnet-Corti V, Pignoly M, Goubron C, Fouque C, Melloul S, Lugari H, et al. Chirurgie plastique parodontale : indications et techniques. EMC - Médecine buccale 2019;0(0):1-16 [Article 28-669-H-10].
26. Deliberador TM, Trevisani CT, Storrer CLM, Santos FR, Zielak JC, Souza Filho CB de, et al. Non-Pedicated Buccal Fat Pad Grafts to Treatment for Class I and II Gingival Recessions: A Clinical Trial. Braz Dent J. déc 2015;26:572-9.
27. Fürhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. Clin Oral Implants Res. déc 2005;16(6):639-44.
28. Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. J Periodontol. déc 2004;75(12):1734-41.
29. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. Int J Periodontics Restorative Dent. juin 1994;14(3):216-27.
30. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. Int J Periodontics Restorative Dent. août 1994;14(4):302-15.
31. Azzi R, Etienne D. Recouvrement radiculaire et reconstruction papillaire par greffon conjonctif enfoui sous un lambeau vestibulaire tunnelisé et tracté coronairement - JPIO n° 1 du 01/02/1998.
32. Kablan FK. The Reliability of Free Buccal Fat Graft for Treatment of Severe Gingival Recessions at Mandibular and Maxillary Exposed Roots. Ann Maxillofac Surg. 2018;8(2):281-6.
33. Deepa D, Arun Kumar KV. Clinical evaluation of Class II and Class III gingival recession defects of maxillary posterior teeth treated with pedicled buccal fat pad: A pilot study. Dent Res J (Isfahan). 2018;15(1):11-6.
34. Monika K, Sunkala L, Sandeep N, Keerthi K, Bharathi BV, Madhav GV. Evaluation of root coverage with pedicled buccal fat pad in class III and class IV gingival recession defects. J Family Med Prim Care. mars 2020;9(3):1656-61.
35. Kumari BN, Thiagarajan R, Narayanan V, Devadoss P, Mammen B, Emmadi P. A new technique for root coverage using buccal fat pad--a short case report. Quintessence Int. 2010;41(7):547-9.
36. Panda S, Del Fabbro M, Satpathy A, Das AC. Pedicled buccal fat pad graft for root coverage in severe gingival recession defect. J Indian Soc Periodontol. 2016;20(2):216-9.

37. Bourin P, Bunnell BA, Casteilla L, Dominici M, Katz AJ, March KL, et al. Stromal cells from the adipose tissue-derived stromal vascular fraction and culture expanded adipose tissue-derived stromal/stem cells: a joint statement of the International Federation for Adipose Therapeutics and Science (IFATS) and the International Society for Cellular Therapy (ISCT). *Cytotherapy*. juin 2013;15(6):641-8.
38. Bacakova L, Zarubova J, Travnickova M, Musilkova J, Pajorova J, Slepicka P, et al. Stem cells: their source, potency and use in regenerative therapies with focus on adipose-derived stem cells - a review. *Biotechnol Adv*. 2018;36(4):1111-26.
39. Ercan E, Candirli C, Uysal C, Uzun BC, Yenilmez E. Treatment of severe gingival recession using pedicled buccal fat pad: histological and clinical findings. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2016;6(4):191-4.
40. Agarwal C, Gayathri GV, Mehta DS. An innovative technique for root coverage using pedicled buccal fat pad. *Contemp Clin Dent*. 2014;5(3):386-8.
41. Grover HS, Shukla S, Chug A, Singh K. Root coverage with buccal fat pad placed on restored cervical abrasion: Case report with three-year follow-up. *J Indian Soc Periodontol*. 2018;22(2):182-6.

---

**EFFICACITÉ DU CORPS ADIPEUX DE LA BOUCHE VERSUS CONJONCTIF ENFOUI DANS LE RECOUVREMENT DE RÉCESSIONS GINGIVALES, RAPPORTS DE CAS**

---

**RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :**

Ce rapport de cas de 2 patients du CHU de Toulouse vise à évaluer l'efficacité du corps adipeux de la bouche dans le recouvrement de récessions gingivales de type RT1 en comparaison à la greffe de conjonctif enfoui, *gold standard* actuel. Ce tissu adipeux présente de nombreuses qualités liées à son anatomie et a été identifié comme une source riche en cellules souches adipeuses. Les résultats ne montraient pas de différence significative en termes de recouvrement radiculaire ou de performances esthétiques, avec une stabilité très satisfaisante à 5 ans. La douleur post-opératoire était très faible avec le corps adipeux de la bouche, l'EVA moyenne était inférieure à 2/10. La recrudescence de publications aboutissant aux mêmes conclusions amène à penser que le corps adipeux de la bouche serait une alternative autologue fiable au prélèvement de conjonctif.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Clinical efficacy of buccal fat pad versus subepithelial connective tissue in gingival recessions coverage, a report of 2 cases.

---

**RÉSUMÉ EN ANGLAIS :**

This case report of 2 patients from the CHU of Toulouse aims to evaluate the efficacy of buccal fat pad in coverage of RT1 gingival recessions in comparison to the subepithelial connective tissue graft, the current gold standard. This adipose tissue has many qualities related to its anatomy and has been identified as a rich source of adipose stem cells. The results showed no significant difference in terms of root coverage or aesthetic performance, with a very satisfactory stability at 5 years. The postoperative pain was very low with the buccal fat pad, the average VAS was less than 2/10. The increasing number of publications reaching the same conclusions leads us to believe that buccal fat pad is a reliable autologous alternative to connective tissue harvesting.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Chirurgie dentaire

---

**MOTS-CLÉS :** corps adipeux de la bouche, récessions gingivales, conjonctif enfoui, conjonctif palatin, greffes, recouvrement radiculaire, douleur post-opératoire, analyse esthétique, cellules souches mésenchymateuses, ASC (Adipose derived Stem Cells).

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de santé – Département d'Odontologie  
3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

---

**Directrice de thèse :** Dr Sara LAURENCIN-DALICIEUX