

Lésions cervicales non carieuses et récessions gingivales : diagnostic et attitude thérapeutique #1

Pierre-Victor Bazin

Bourgoin Jallieu

Benoît Bernaud

Saint Chamond



Introduction

Les Lésions Cervicales Non Carieuses (LCNC) peuvent être décrites comme des usures des dents dans leurs tiers coronaires, en l'absence de lésion carieuse. Elles nécessitent une prise en charge particulière, combinant fréquemment restaurations de la jonction amélo-cémentaire et chirurgie plastique parodontale. L'objectif du traitement est d'obtenir le meilleur résultat esthétique et fonctionnel pour le patient. Pour cela, l'étude préalable du cas est déterminante. En effet, en fonction de l'étiologie du problème et de la situation clinique, la prise en charge sera différente.

Nous tenterons au cours de notre propos de livrer les clefs diagnostiques et thérapeutiques permettant le traitement optimal de ces lésions, de nos jours très prégnantes.

Analyse

La consultation initiale constitue un moment primordial puisqu'elle doit permettre :

- la compréhension des attentes du patient,
- l'étiologie des lésions,
- le choix de la stratégie thérapeutique.

Attentes du patient

Le patient peut venir consulter pour des sensibilités, liées à l'exposition des tubuli dentinaires et/ou de la surface cémentaire. Sa demande peut également être esthétique, gêné par la couleur de la dentine apparente ou la présence d'une récession gingivale.

Enfin, le patient peut venir consulter pour une gêne lors du brossage. Cela peut être lié encore une fois aux sensibilités dentinaires ou encore à l'inflammation gingivale localisée, liée à l'accumulation de plaque dans la concavité de la lésion. Cette inflammation va créer des saignements et un inconfort lors du nettoyage buccal.



Lésion cervicale non carieuse associée à une récession gingivale sur 35

Étiologie des lésions

Il faut également comprendre l'étiologie des lésions, souvent multifactorielle : facteurs physiques de type attrition, abrasion et abfraction (brossage traumatique, surcharge occlusales) additionnés à des facteurs chimiques type érosion et corrosion (troubles de l'acidité buccale d'origine médicamenteuse, alimentaire). Ces deux phénomènes mis en œuvre sur un phénotype gingival insuffisamment résistant vont entraîner l'apparition de LCNC. Le facteur génétique entre donc également en compte car une faible quantité de gencive kératinisée ou la



Photographie de LCNC

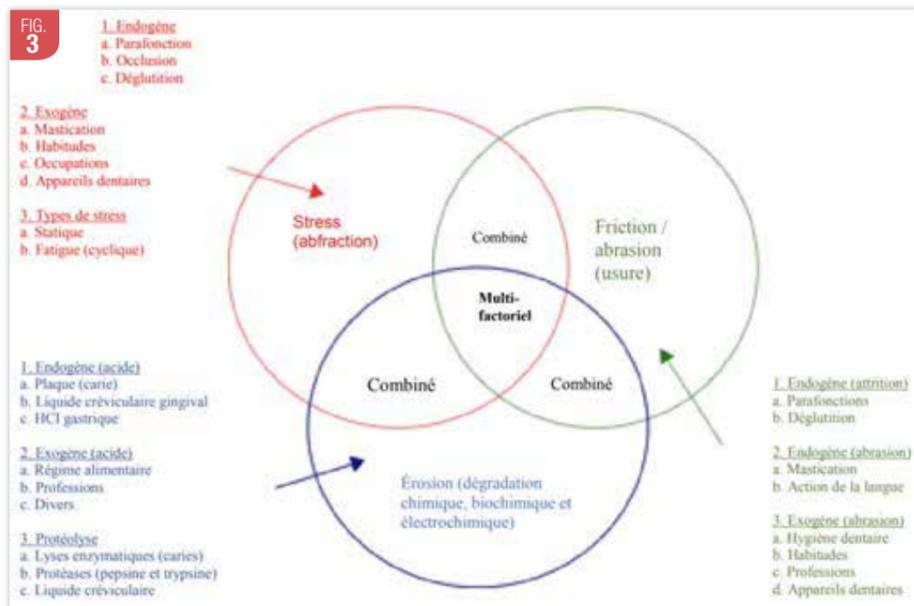


Schéma résumant les étiologies des lésions cervicales non carieuses

Nascimento, M., Dilbone, D., Pereira, P., Geraldelli, S., Delgado, A., & Duarte, W. Abfraction lesions : etiology, diagnosis, and treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2016 ; 79

présence de défauts de minéralisations amélares pourront favoriser l'apparition de ce type de lésions. La compréhension de l'étiologie du problème nous permettra d'adapter la prise en charge et de supprimer les facteurs déclenchants¹⁻³.

Choix de la stratégie thérapeutique

À ce stade, la réalisation de photographies dentaires est indispensable. En effet, à partir des photos et de l'examen clinique (sondage), nous pouvons déterminer :

- si la LCNC associe ou non une récession gingivale,
- la classification de cette récession^{4,5},
- le potentiel de recouvrement chirurgical de la lésion.

De plus, il nous sera possible de déterminer la Ligne de Recouvrement Radiculaire Maximale (LRRM), qui est le point clé de la réussite du traitement.

Enfin, l'utilisation d'outils comme les sondes colorimétriques de Rasperini est une aide afin de déterminer le phénotype parodontal du patient et le choix de la technique chirurgicale la plus adaptée.



Sondes colorimétriques de Rasperini

Déterminer la ligne de recouvrement radiculaire maximale (LRRM)^{6,7}

La ligne de recouvrement radiculaire maximale se dessine après calcul de la hauteur de la papille anatomique idéale. Selon Zucchelli, celle-ci correspond à la distance entre le point de contact et la projection proximale de la jonction amélo-cémentaire (JAC). En effet, la position de la papille est déterminante pour le pronostic de recouvrement. Une fois cette mesure prise, il suffit de la reporter apicalement à partir du sommet de la papille clinique et de tracer un trait horizontal afin d'estimer la nouvelle limite proximale de la ligne de recouvrement. Il faut réaliser les mesures en mésial ainsi qu'en distal de la dent afin de relier les points par une ligne festonnée. Cette ligne festonnée reliant les deux points mésial et distal détermine la position de la nouvelle JAC, et s'il est nécessaire, ou non, de réaliser un composite. Il est préférable de réaliser cette étape lors de l'analyse photographique du cas et de tracer cette LRRM sur les photos afin de nous faciliter la réalisation des composites lors de la séance de collage.



Positionnement de la LRRM sur une LCNC de type 3 selon Zucchelli et positionnement du composite 1 mm en dessous en marge de sécurité

Classification

Cairo

Cette classification utilise le niveau d'attache interproximale et permet de prédire le potentiel de recouvrement de la récession :

- RT1 : La récession n'inclut pas de perte d'attache interproximale, un recouvrement à 100 % de la lésion est possible,
- RT2 : La perte d'attache interproximale est inférieure ou égale à la perte d'attache vestibulaire, un recouvrement dans 70 % des cas est à espérer,
- RT3 : La perte d'attache interproximale est supérieure à la perte d'attache vestibulaire, le recouvrement est complexe, il faudra surtout espérer épaissir et augmenter la qualité de la gencive marginale.

La classification de Cairo constitue un outil puissant pour le chirurgien en cela qu'elle lui permet d'évaluer, au gré de la situation clinique, l'espérance de recouvrement qu'il peut raisonnablement avoir.

Pini-Prato

La classification proposée par Pini-Prato⁸ en 2010 est en second lieu une aide précieuse dans l'analyse préalable des LCNC. De fait, cette classification s'appuie sur la visibilité, ou non, de la jonction amélo-cémentaire ainsi que sur la concavité éventuelle pouvant créer une « marche ». Ces deux paramètres, essentiels, influencent la décision thérapeutique : il conviendra de décider de la recréation, ou non, du bombé vestibulaire, par l'utilisation d'un biomatériau ou d'un greffon conjonctif primordial pour compenser la perte de substance.

Zucchelli

Il existe cinq types de LCNC selon Zucchelli⁹. Cette classification clinique compare la ligne de recouvrement maximale et la limite coronaire de la lésion afin de déterminer sa prise en charge :

- Type 1 : la LRRM est située > 1 mm coronaire par rapport à la limite coronaire de la LCNC (B)
- Type 2 : la LRRM est située < 1 mm coronaire par rapport à la limite supérieure de la LCNC (C)

- Type 3 : la LRRM est située au niveau de la partie la plus profonde de la LCNC (D)
- Type 4 : la LRRM est située en dessous de la partie la plus profonde de la LCNC (E)
- Type 5 : la LRRM est située apicalement à la LCNC (F)

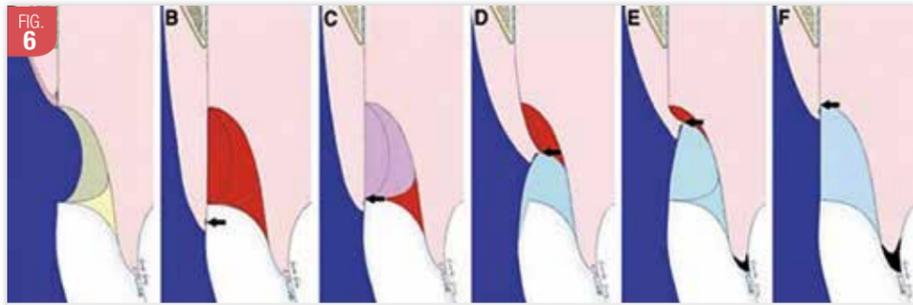


FIG. 6 Schéma des différents types de LCNC selon Zucchelli
Zucchelli, G., Gori, G., Mele, M., Stefanini, M., Mazzotti, C., Marzadori, M., Montebugnoli, L., de Sanctis, M. Non-Carious Cervical Lesions Associated With Gingival Recessions : A Decision-Making Process. J Periodontol 2011 ; 82 (12) : 1713-1724

En fonction de la position de la LRRM par rapport à la LCNC, le plan de traitement peut varier. En effet, selon le type de lésion, il faudra associer restauration de la jonction amélocémentaire au composite et chirurgie plastique parodontale.

Traitement

Traitement restaurateur

Il est préférable de réaliser la restauration cervicale lors d'un rendez-vous précédent la chirurgie, sous digue (si la LRRM laisse suffisamment d'espace avec la gencive marginale afin de pouvoir mettre en place un clamp sans risquer de blesser la gencive) et afin de simplifier le protocole lors du rendez-vous chirurgical (diminue le stress du praticien). Si l'espace disponible ne permet pas d'isoler de façon correcte (sans blesser la gencive), et si l'on est malgré tout à distance du sulcus et du fluide gingival, il est « toléré » de réaliser les composites à quatre mains, en associant plusieurs techniques pour refouler la gencive (teflon, cordonnets rétracteurs, Optragate, cotons salivaires...).



FIG. 7 Réalisation d'un composite cervicale sur une 34 sans digue, avec précautions particulières.
1 Situation initiale - 2 Réalisation du biseau amélaire - 3 Application d'une bandelette de teflon dans le fond du sulcus
4 Application d'un cordonnet rétracteur (non imbibé) - 5 Situation finale

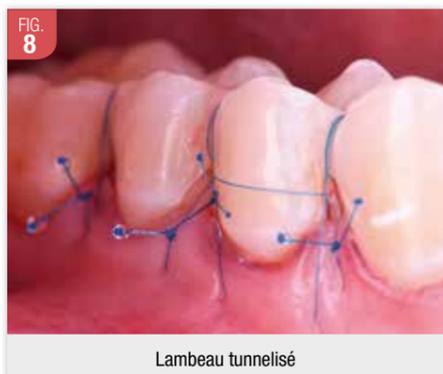
La réalisation de ce composite restant (fonction de la position de la LRRM) normalement à distance de la gencive marginale, le risque de contamination de la surface par le fluide gingival est plus faible et le collage peut se réaliser dans de bonnes conditions (cf. photos ci-dessus).

Si toutefois l'isolation est impossible, le composite devra être réalisé lors du rendez-vous chirurgical, après élévation du lambeau, afin de pouvoir positionner le clamp sans blesser la gencive marginale et isoler correctement la dent pour le collage. Le risque est de ne plus avoir de repère pour positionner son composite, il faudra donc sous-estimer la position de la LRRM, quitte à devoir retirer un peu de composite lors du polissage. La dentine sclérotique et le ciment ne sont pas des surfaces très favorables au collage. C'est pourquoi il est intéressant d'adapter son protocole afin d'optimiser le résultat. La réalisation d'un biseau amélaire permet d'augmenter la surface de collage composite-émail et de réduire la profondeur du défaut. De plus, l'application initiale d'EDTA sur la surface radiculaire puis dans un deuxième temps la réalisation d'un mordantage prolongé (jusqu'à 45 secondes) afin de nettoyer complètement les surfaces de tout débris dentinaires, impropres au collage, semble être un préalable pertinent au protocole de collage¹⁰. Enfin, le protocole MR3 classique est réalisé. L'application de composite fluide au fond de la cavité, qui permettrait de soulager la zone du stress biomécanique¹¹, est suivie de celle d'un composite nano-chargé. Un polissage minutieux est finalement réalisé.

Traitement chirurgical

Pour obtenir une reconstruction tissulaire aussi bien quantitative que qualitative, il est primordial, indépendamment d'une technique chirurgicale définie, de parvenir à une cicatrisation rapide et sans écueil, la cicatrisation primaire étant un facteur de réussite clef¹²⁻¹⁵.

En comparant, d'un point de vue méthodologique, la version modifiée du lambeau d'avancée coronaire avec le lambeau tunnelisé, la décision clinique de quelle technique choisir vient essentiellement de la question d'inciser et détacher, ou non, les tissus papillaires, en cela que cet aspect représente la diffé-



Lambeau tunnelisé



Enveloppe bilaminaire multiple

rence la plus fondamentale dans le design du lambeau entre ces deux techniques¹². La littérature internationale a bien documenté que les récessions gingivales peuvent être traitées avec succès par diverses techniques chirurgicales¹⁶, sans tenir compte de la technique utilisée, à condition que les conditions biologiques pour accomplir le recouvrement radiculaire soient réunies.

Le choix d'une approche chirurgicale par rapport à une autre dépend de plusieurs éléments :

- liés au défaut : nombre et taille des récessions, qualité/quantité et absence/présence de tissu kératinisé en apical et en latéral du défaut, hauteur et largeur de la papille, présence de frein/bride ou de traction musculaire, profondeur vestibulaire,
- liés au patient¹⁷. La requête esthétique et la nécessité de réduire l'inconfort post-opératoire sont les facteurs liés au patient les plus importants à considérer dans le choix de l'approche chirurgicale de recouvrement. De plus, le clinicien doit considérer les données de la littérature dans le but de sélectionner l'approche chirurgicale la plus prédictible et reproductible parmi celles réalisables dans une situation clinique donnée¹⁸. La méta-analyse de Tavelli *et al.* montre des résultats comparables entre le tunnel et le lambeau d'avancée coronaire, en termes de recouvrement radiculaire moyen, de recouvrement radiculaire complet, d'augmentation de tissu kératinisé et de RES. Cependant, l'ajout d'un greffon semble offrir au lambeau d'avancée coronaire des résultats supérieurs¹⁹.

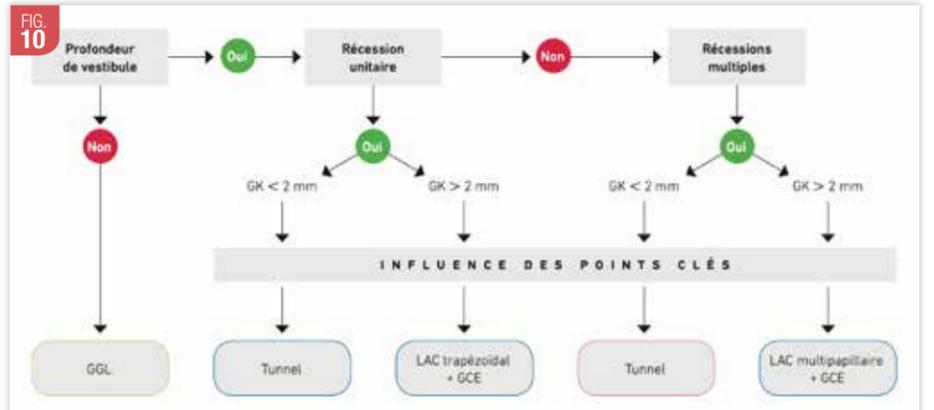


FIG. 10 Arbre décisionnel
Cortasse B, Beraud B, Gaudin M, Mourlaas J. Arbre décisionnel en chirurgie plastique parodontale pour le recouvrement esthétique des récessions : Une approche multitechnique. Titane 2021 ; 18 (4) : 1-12.

Cet arbre décisionnel, proposé très récemment par Cortasse *et son équipe*²⁰, peut servir de guide au clinicien dans son choix d'approche thérapeutique dans une situation clinique donnée. D'après lui, la hauteur de tissu kératinisé apical à la récession semble être l'élément primordial dans le choix de la technique, bien que d'autres éléments comme l'anatomie papillaire, la forme des récessions ou encore le bombé cervical jouent un rôle important.

Récapitulatif

Le traitement idéal tient compte de l'ensemble des informations précédemment citées.

- **Type 1 (la LRRM est située > 1 mm coronaire par rapport à la limite coronaire de la LCNC) :** Dans cette situation, la plus favorable, le traitement de la lésion ne nécessite pas la réalisation de composites. Si le phénotype est suffisant, un lambeau positionné coronairement seul peut suffire (Fig. 6B).
- **Type 2 (la LRRM est située < 1 mm coronaire par rapport à la limite supérieure de la LCNC) :** Cette situation ne nécessite pas la réalisation de composite mais la marge de sécurité étant trop faible, le risque d'exposition radiculaire après rétractation de la gencive lors de la cicatrisation ou d'une erreur de calcul de la LRRM au départ, nécessite le positionnement d'un greffon conjonctif de sécurité. Lambeau bilaminaire ou tunnel modifié (Fig. 6C).
- **Type 3 (la LRRM est située au niveau de la partie la plus profonde de la LCNC) :** Cette situation est la plus complexe à gérer. En effet, si le défaut tissulaire dentaire est très profond, il faudra réaliser un biseau amélaire pour réduire la profondeur de la lésion et permettre une bonne adhésion du composite. Afin de conserver une marge de sécurité, celui-ci sera réalisé 1 mm apicale à la LRRM. Enfin, il faudra impérativement l'associer à une traction chirurgicale de la gencive en coronaire simple, lambeau positionné coronairement ou tunnel. Et l'accompagner, si nécessaire, d'un greffon conjonctif (Fig. 6D).
- **Type 4 (la LRRM est située en dessous de la partie la plus profonde de la LCNC) :** Il faudra dans ce cas, réaliser un composite dont la limite cervicale sera 1 mm apicale à la position de la LRRM. Puis nous pourrons réaliser la chirurgie muco-gingivale, en adaptant le choix de la technique à la situation clinique (Fig. 6E).
- **Type 5 (la LRRM est située apicalement à la LCNC) :** Dans ce cas de figure, le composite comblera complètement la LCNC et viendra plus apicalement, compenser le manque de potentiel de recouvrement de notre chirurgie muco-gingivale afin de pérenniser et optimiser le résultat esthétique sur le long terme de notre traitement. C'est ici que la réalisation du composite devra se faire sous digue, après élévation du lambeau afin de pouvoir isoler de manière correcte la zone lors du collage. Le repositionnement coronaire du lambeau permettra l'optimisation du résultat esthétique (Fig. 6F).

Conclusion

La fréquence des lésions cervicales non carieuses associées aux récessions gingivales augmente dans notre société. Le clinicien doit ainsi savoir y faire face : entendre la demande du patient, analyser au mieux la situation clinique, et adapter son geste restaurateur et/ou chirurgical.

Bibliographie

1. Nascimento, M., Dilbone, D., Pereira, P., Geraldini, S., Delgado, A., & Duarte, W. (2016). Abfraction lesions : etiology, diagnosis, and treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 79.
2. Grippo, J. O., Simring, M., & Schreiner, S. (2004). Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited. *The Journal of the American Dental Association*, 135 (8), 1109-1118. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0369>

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr