

**LES RECESSIONS MARGINALES TISSULAIRES (RTM)
ET LES CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES
ET DE CONCEPTION PROTHETIQUES.**

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Auteurs</p> <p>DIDIA E.L.E.¹; MOBIO Y.S.² ; POCKPA Z.A.³; COULIBALY N.T.² ; DJEREDOU K.B.¹</p> <p style="text-align: center;">Services</p> <p>1- Département de Prothèse et Occlusodontie 2- Département de Parodontologie 3- Chirurgien Dentiste</p> <p style="text-align: center;">Correspondance</p> <p>Dr Didia Eric UFR d'Odonto Stomatologie 22 BP 612 Abidjan 22 Université Félix Houphouet-Boigny ericdidia2001@yahoo.fr</p> | <p>RESUME</p> <p>Objectif : L'objectif de cette étude est d'analyser la corrélation entre les caractéristiques morphologiques et de conceptions prothétiques et les récessions tissulaires marginales (RTM) des dents supports de prothèses fixées.</p> <p>Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a concerné 39 patients ivoiriens qui portaient au total 100 piliers de prothèses fixées.</p> <p>Résultats : La confrontation des données a permis de montrer que la RTM avait une liaison statistiquement significative avec le mauvais ajustage du joint dento-prothétique.</p> <p>Conclusion : l'apparition de la RTM est corrélée avec le mauvais ajustage du joint dento-prothétique.</p> <p>Mots-clés : Récession gingivale ; prothèse fixée ; joint dento-prothétique ; limite cervicale.</p> <p>SUMMARY</p> <p>Aim : The objective of this study is to analyze the correlation between the morphological characteristics and of <i>prothetic conceptions and the marginal tissular recessions (MTR) of teeth supports of fixed prothetic.</i></p> <p>Materials and method : <i>It is a transverse descriptive study which concerned 39 Ivory Coast patients who carried all in all 100 pillars of fixed prothetic.</i></p> <p>Results : <i>The confrontation of the data allowed to show that the MTR had a connection statistically significant with the bad fitting of the dento-prothetic joint.</i></p> <p>Conclusion : <i>The MTR is correlated to the bad adjustment of the dento-prothetic joint.</i></p> <p>Keywords : <i>Gingival recession; fixed prosthesis; dento-prothetic joint; cervical limit.</i></p> |
|---|---|

INTRODUCTION

La récession gingivale ou récession tissulaire marginale (RTM), thème adopté par consensus¹ est un déplacement de la gencive marginale apicalement à la jonction amélo-cémentaire². L'étiologie des RTM est plurifactorielle. Il existe des facteurs prédisposants et des facteurs déclenchants³. Les facteurs prédisposants sont des facteurs à risque qui lorsqu'ils sont présents, augmentent la probabilité de survenue de la RTM. Les facteurs déclenchants sont des facteurs obligatoires ou nécessaires dans l'apparition de la RTM.

Les facteurs prédisposants des RTM sont liés aux aspects morphologiques et anatomiques de la gencive (biotypes parodontaux fins et intermédiaires)³. Et les facteurs déclenchants correspondent aux brossages intempestifs, la traction des freins et des muscles, le tartre et la plaque dentaire induisant une inflammation, les prothèses iatrogènes etc.

Parmi les facteurs prothétiques iatrogènes déclenchants les RTM, nous avons dans le cas des prothèses fixées, le positionnement des limites cervicales sous gingivales ne respectant pas l'espace biologique ou lésant le système d'attache en présence d'un tissu gingival fin⁴. En réaction, le système d'attache va restituer sa hauteur physiologique en position plus apicale. Autre facteur prothétique iatrogène, c'est le joint dento-prothétique mal ajusté provoquant d'avantage de rétention de plaque et donnant lieu à une inflammation gingivale chronique⁵. L'existence d'une inflammation chronique sur un site présentant un ou plusieurs facteurs anatomiques gingivaux prédisposants va provoquer une RTM.

L'évolution d'une RTM non traitée peut avoir une répercussion négative sur l'esthétique du patient, le contrôle de plaque et à long terme sur la pérennité de la prothèse fixée. Il est primordial d'identifier et d'éliminer tous les facteurs prothétiques iatrogènes incriminés dans l'apparition des RTM.

Nous avons cherché à savoir si la mise en cause des caractéristiques morpholo-

giques et de conception des prothèses fixées dans l'apparition des RTM était toujours d'actualité au niveau des prothèses réalisées en Côte d'Ivoire.

L'objectif de cette étude est d'analyser la corrélation entre les caractéristiques morphologiques et de conceptions prothétiques et les RTM des dents supports de prothèses fixées.

I. MATERIELS ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée entre mai 2013 et décembre 2013 et qui a concerné une population de patients ivoiriens porteuse de prothèse fixée.

I.1 Echantillonnage

L'étude a été faite dans deux cabinets dentaires privés de la ville d'Abidjan sur des patients porteurs de prothèses fixées unitaires et /ou de bridges réalisés par un chirurgien-dentiste. Le choix des sujets n'a pas tenu compte de l'âge, du genre, de la catégorie socioprofessionnelle, ni de leur nationalité.

Les sujets retenus dans l'étude étaient tout patient porteur d'une prothèse fixée unitaire et/ou plurale ayant au moins un an d'ancienneté et réalisé par un Chirurgien-dentiste.

I.2 Protocole d'étude

Nous avons dans un premier temps dépisté les RTM et l'inflammation gingivale autour des dents supports de prothèse fixée ; et dans un deuxième temps nous avons examiné les caractéristiques morphologiques et de conceptions telles que la qualité des joints dento-prothétiques et la situation des limites cervicales en rapport avec la RTM.

La RTM a été appréciée par inspection visuelle en prenant comme repère la jonction amélo-cémentaire. On notera qu'il existe une RTM, lorsque le rebord gingival est en deçà de la jonction amélo-cémentaire.

Ensuite, l'inflammation de la gencive (gingivite) a été dépistée par l'Indice Gingival de Loë et Silness (voir tableau I). Dans le cadre de notre étude, les patients ont été classés en deux groupes :

- groupe 1 : Pas d'inflammation gingivale lorsque le score est 0.
- groupe 2 : Inflammation gingivale lorsque le score est supérieur à 1.

Tableau I : Indice gingivale de Loë et Silness

| Score | Indice Gingival (Loë et Silness) |
|-------|--|
| 0 | Aucun signe d'inflammation |
| 1 | Modification de couleur (rougeur) |
| 2 | Inflammation visible à l'œil nu et tendance au saignement au passage de la sonde |
| 3 | Inflammation importante et tendance au saignement spontané |

L'évaluation de l'étanchéité du joint dento-prothétique s'est faite à l'aide de la sonde n°17 et a été précisée grâce au cliché rétro-alvéolaire, notamment pour les limites sous gingivales.

La présence d'un hiatus était mise en évidence par accrochage dans l'interface dent-prothèse, de la sonde n°17 passée au niveau du joint sur tout le pourtour de la dent.

A la radiographie rétro alvéolaire, tout hiatus se présente comme une solution de continuité entre le pilier dentaire et la prothèse.

La situation des limites cervicales a été appréciée par inspection. Selon leur situation par rapport au bord libre de la gencive marginale, nous avons distingué des limites supra-gingivales : c'est-à-dire situées au-dessus du bord libre de la gencive marginale ; les limites juxta gingivales situées à ras bord de la gencive marginale et les limites infra-gingivales ; c'est-à-dire en deçà du bord libre de la gencive marginale à l'intérieur du sulcus mais n'atteignant pas l'épithélium de jonction.

I.3 Traitement des données

Les données relatives à la RTM ainsi que l'inflammation gingivale autour des dents piliers et les caractéristiques prothétiques ont été recueillis sur une fiche d'enquête.

Les différentes variables ont été saisies

et traitées sous EPI-INFO.FR. Version 6. Les tableaux et graphiques ont été réalisés grâce au logiciel MICROSOFT EXCEL, sous WINDOWS 8.

Le test khi2 a permis d'effectuer les corrélations entre les données relatives aux caractéristiques prothétiques et les RTM des dents piliers de prothèse. Le niveau de significativité était fixé à $p < 0,05$.

III- RESULTATS

Nous avons examiné 39 patients qui portaient au total 100 piliers de prothèses fixées supportant 38 couronnes unitaires et 27 bridges.

Tableau II : Répartition de l'échantillon des dents piliers en fonction l'inflammation gingivale et de la RTM

| Santé du parodonte superficiel des dents piliers | Oui | | Non | | Total | |
|--|-----|-----|-----|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Présence d'une inflammation de la gencive | 14 | 14% | 86 | 86% | 100 | 100% |
| Présence d'une récession de la gencive | 13 | 13% | 87 | 87% | 100 | 100% |

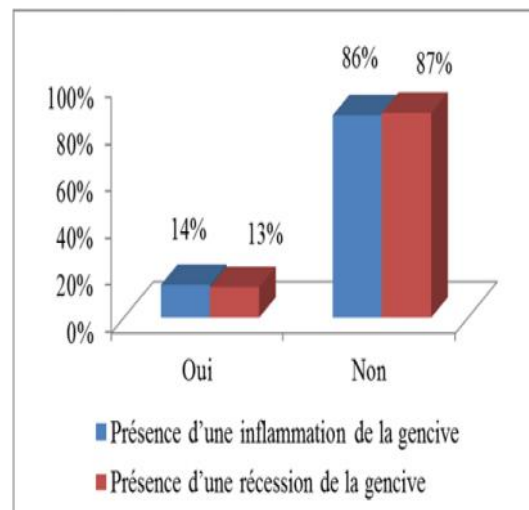


Figure 1 : Corrélation entre l'inflammation gingivale et la RTM

Tableau III : récession gingivale et qualité du joint dento-prothétique

| Récession gingivale | Joint dento-prothétique | | | |
|---------------------|-------------------------|------|-------------------|------|
| | Présence de hiatus | | Absence de hiatus | |
| | N | % | N | % |
| Oui | 7 | 52% | 0 | 0% |
| Non | 6 | 48% | 13 | 100% |
| Total | 13 | 100% | 13 | 100% |

$\text{Khi}^2 = 44,8275862$ ddl = 1 p= 0,0000 (Test significatif)

Tableau IV: récession gingivale et situation des limites cervicales

| Récession gingivale | Limite cervicale | | | | | |
|---------------------|------------------|------|-----------------|--------|-----------------|-------|
| | Supra gingivale | | Juxta gingivale | | Infra gingivale | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Oui | 0 | 0% | 2 | 9,50% | 3 | 21,9% |
| Non | 5 | 100% | 11 | 90,50% | 10 | 78,1% |
| Total | 5 | 100% | 13 | 100% | 13 | 100% |

$\text{Khi}^2 = 3,6488$ ddl = 2 p= 0,1613 (Test non significatif)

III. DISCUSSION

L'étiologie des RTM est plurifactorielle. Il existe des facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants. Les facteurs prédisposants sont liés aux aspects morphologiques et anatomiques de la gencive (biotypes parodontaux fins et intermédiaires)³. Et les facteurs déclenchants correspondent aux brossages intempestifs, la traction des freins et des muscles, l'inflammation gingivale et les prothèses iatrogènes.

Parmi les facteurs prothétiques iatrogènes déclenchants les RTM, nous avons dans le cas des prothèses fixées, le position-

nement des limites cervicales sous gingivales ne respectant pas l'espace biologique ou lésant le système d'attache⁴ et le joint dento-prothétique mal ajusté⁵.

Dans cette étude, nous avons cherché à savoir si les facteurs iatrogènes prothétiques que nous venons d'énumérer pouvaient être mis en cause dans la survenue des RTM autour des dents porteuses de prothèses fixées réalisées en Côte d'Ivoire.

Nous avons examiné 39 patients qui portaient au total 100 piliers de prothèses fixées supportant 38 couronnes unitaires et 27 bridges.

L'examen de la gencive des 100 piliers de prothèses a mis en évidence une RTM sur 13 piliers. La confrontation des données de la RTM et les caractéristiques morphologiques et de conception des prothèses fixées a permis de montrer que la RTM avait une liaison statistiquement significative avec le joint dento-prothétiques mais pas avec la situation des limites cervicales prothétiques.

La corrélation positive entre la RTM et le joint dento-prothétique mal ajusté pourrait s'expliquer par la présence de hiatus générés par le mauvais ajustage du joint dento-prothétique. Certains auteurs considèrent la présence d'un hiatus, comme une porte d'entrée des éléments d'agression microbiens et chimiques^{6, 7}. Tout hiatus constitue un risque avéré d'irritation gingivale⁸. Il est susceptible d'induire la percolation des fluides buccaux à l'interface dent-prothèse et générer des agressions dentino-pulpaire et parodontales⁹. L'existence d'un hiatus entre la pièce prothétique et la dent préparée, implique une irritation mécanique de la gencive par le bord métallique¹⁰. Il induit également une surface développée importante, entre la gencive et le ciment de scellement, qui agit à la fois comme irritant mécanique, chimique, et bactérien (rétention de plaque dentaire), et entretien ainsi, un état inflammatoire chronique du parodonte superficiel. C'est pourquoi dans notre échantillon la RTM était corrélée avec l'inflammation gingivale (13% de RTM pour 14% d'inflammation gingivale).

Enfin dans notre étude, l'apparition des RTM ne semblait pas statistiquement liée à la situation sous gingivale des limites cervicales prothétiques alors que la littérature affirme le contraire.

En effet le joint dento-prothétique juxta et infra-gingivale peut favoriser davantage une rétention de plaque et donner lieu à une inflammation gingivale qui est un facteur déclenchant de la RTM. A cela il faut ajouter que la situation sous gingivale du joint dento-prothétique peut aggraver l'espace biologique avec comme corollaire une lésion de l'attache épithéliale, aboutissant quelque fois à l'apparition d'une RTM¹¹.

Dans notre étude les joints dento-prothétiques infra-gingivales n'étaient pas corrélés avec la RTM. Cela peut s'expliquer par la faiblesse de l'échantillon (13 piliers avec récession sur 100 piliers). Il se pourrait que les limites cervicales sous gingivales n'empiètent pas sur l'espace biologique. En effet pour que la limite cervicale sous gingivale déclenche une récession, il faut d'autres facteurs additionnels tels que l'agression directe de l'attache épithéliale et l'accumulation de plaque bactérienne dans le sulcus.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que l'apparition de la RTM est corrélée avec le mauvais ajustage du joint dento-prothétique mais pas avec les limites cervicales prothétiques sous gingivales. La situation sous gingivale des limites cervicales n'est pas suffisante pour déclencher à elle seule une RTM.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms (4th Edition) ; Chicago : AAP 2001 ; 1-53.
2. American Academy of Periodontology. Consensus Report. Mucogingival deformities and conditions around teeth, 1999 International Workshop for a classification of Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol 1999 ; 4 :101.
3. CHOUSTERMANN M.
Etiologies et classifications des récessions gingivales. Real Clin 2009 ; 20(2) :77.
4. VIARGUES P. La position des limites cervicales de préparation en prothèse en fixée. Analyse de la littérature : conséquences cliniques.
Rev Odonto-stomatolo, 2005, 34:3-18.
5. BORGHETTI A. ; MONNEY COTTY V. ; Chirurgie plastique parodontale 2è Edition ; 2008 ; Edition Cdp ; Collection JPIO.
6. MATTHEWS DC, TABESH M.
Detection of localized tooth-related factors that predispose to periodontal infections. Periodontol 2000. 2004;34(1):136-50.
7. GOODACRE CJ, BERNAL G, RUNGCHARASSAENG K et Coll. Clinical complications in fixed prosthodontics: J Prosth Dent, 2003, 90(1):31-41.
8. Kokubo Y, Sakurai S, Tsumita M, Ogawa T, Fukushima S. Clinical evaluation of Procera AllCeram crowns in Japanese patients: results after 5 years.
J Oral Rehabil. 2009 Nov;36(11):786-91.
9. EL YAMANI A., SOUALHI H., NOURREDINE K. Santé parodontale et séquences thérapeutiques en prothèse fixée. http://www.fmdrabort.ac.ma/wjd/V2N3/2_prothèse_fixée_et_santé_parodontale_final.htm janv. 2008
10. Broadbent JM, Williams KB, Thomson WM, Williams SM. Dental restorations: a risk factor for periodontal attachment loss? J Clin Periodontol. 2006;33(11):803-10
11. Becker CM, Kaldahl WB.
Current theories of crown contour, margin placement, and pontic design
J Prosthet Dent. 2005;93(2):107-15