

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées ne visent pas à établir des normes de soins ou des guides d'exercice clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci sont fournies par des membres de l'Académie canadienne de parodontologie. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1

Quel est l'intervalle idéal des traitements parodontaux d'entretien?

Énoncé du problème

Il n'y a pas d'intervalle idéal pour les traitements parodontaux d'entretien (TPE), cet intervalle devant être adapté aux besoins particuliers de chaque patient. Selon des études cliniques réalisées en Suède à la fin des années 70¹, les patients vus toutes les 2 semaines pour des TPE demeuraient exempts de maladies parodontales, alors qu'on observait une progression de la perte d'attache chez les patients vus seulement une fois par année, et plus particulièrement chez ceux dont l'hygiène buccodentaire laissait à désirer. D'autres études menées par la suite ont révélé qu'un intervalle de 3 mois était suffisant pour la plupart des patients atteints de maladies parodontales^{2,3} et que cette fréquence pouvait même être moindre pour certains patients⁴. Dans ce dernier cas, il est dans le meilleur intérêt – autant du patient que du système de santé – d'éviter un traitement excessif. En résumé, le patient devrait être vu aussi souvent que son cas particulier l'exige.

Évaluation des besoins liés aux TPE

Les facteurs importants qui ont une incidence sur l'intervalle des TPE sont les suivants :

- observation par le patient des mesures d'hygiène buccodentaire
- consommation de tabac
- présence de maladies systémiques (p. ex., diabète)
- nombre et profondeur des poches parodontales
- hauteur de la récession
- activité pathologique
- nombre de dents avec atteinte de la furcation et étendue de cette atteinte.

La plupart de ces facteurs doivent être évalués et mis à jour sur une base continue, selon un calendrier régulier. Certains seront évalués à chaque visite de suivi, alors que d'autres doivent l'être au moins chaque année, lors de la visite de réévaluation. L'intervalle des TPE pourra alors être ajusté, au besoin. Parmi les autres facteurs à considérer au moment de la réévaluation, mentionnons les suivants :

- sévérité et emplacement du tartre sus-gingival et sous-gingival;

- saignements et exsudats (leur absence est signe d'une bonne santé parodontale);
- caractéristiques des tissus (couleur, forme, contour, tonus). Le tonus tissulaire peut être déterminé à la facilité du sondage et il sert souvent d'indicateur de la santé des tissus conjonctifs sous-jacents.

Au moment de déterminer le calendrier des TPE, le dentiste généraliste doit aussi déterminer si il est en mesure d'offrir ces traitements ou si le patient devrait être dirigé vers un parodontiste.

Le but de la parodontologie est de préserver l'état et le fonctionnement des dents naturelles. Les traitements parodontaux actifs visent à créer un milieu stable que le patient et le professionnel pourront maintenir grâce à des traitements d'entretien. Il n'existe malheureusement pas de méthode facile qui permette de déterminer chez quels patients la perte d'attache s'accroîtra. Cependant, comme nous savons que la plaque bactérienne est la principale cause de la progression des maladies parodontales, le contrôle de la plaque sus-gingivale par le patient, et de la plaque sous-gingivale par le dentiste, est le facteur déterminant du succès du traitement. ♦

Le Dr Tim Gould est un parodontiste et exerce dans un cabinet privé à Vancouver (Colombie-Britannique).

Références

1. Nyman S, Rosling B, Lindhe J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J Clin Periodontol* 1975; 2(2):80–6.
2. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8(4):281–94.
3. Lindhe J, Nyman S: Long-term maintenance of patients treated for advance periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984; 11(8):504–14.
4. Haffajee AD, Socransky SS, Smith C, Dibart S: Relation of baseline microbial parameters to future periodontal attachment loss. *J Clin Periodontol* 1991; 18(10):744–50.

Lecture supplémentaire

American Academy of Periodontology. Position paper on supportive periodontal therapy (SPT), available at URL: <http://www.perio.org/resources-products/pdf/spt.pdf>.

Question 2

Quels facteurs doit-on examiner avant de proposer un allongement chirurgical de la couronne à un patient présentant une fracture sousgingivale de la dent?

L'emplacement de la fracture par rapport à l'os et à la gencive est le premier facteur à considérer, lors de l'évaluation d'une dent fracturée en vue d'un allongement chirurgical de la couronne. Si le trait de fracture est trop profond, il pourrait être impossible d'enlever l'os sans porter atteinte à la dent fracturée et aux dents adjacentes (ill. 1 à 3).

Mais qu'est-ce qu'un trait «trop profond»? Il est impératif que l'espace biologique soit rétabli¹, car l'empiètement sur cet espace entraînerait la perte de l'os alvéolaire². De plus, l'allongement chirurgical de la couronne doit assurer une structure de la dent d'au moins 3 mm coronairement à la crête alvéolaire, sans quoi il risque d'y avoir inflammation chronique. Outre cette exigence relative à l'espace biologique, il faut aussi prévoir 1 mm additionnel de la structure de la dent pour l'adaptation gingivale de la couronne. Il faut donc au total 4 mm, entre le trait de fracture et la nouvelle position de l'os. Afin de déterminer s'il est possible d'obtenir cette distance, les facteurs suivants doivent être examinés :

- Quel effet aurait l'élimination de l'os sur le pronostic de la dent?
- Quel serait le rapport couronne/racine résiduel après la chirurgie?
- S'il s'agit d'une molaire, où se situe l'entrée de la furcation et celle-ci serait-elle exposée après l'élimination de l'os?
- La maladie parodontale a-t-elle déjà provoqué une perte osseuse?
- Quelle est la mobilité actuelle de la dent fracturée et cette mobilité risque-t-elle d'augmenter avec la chirurgie?
- Quel effet aurait l'élimination de l'os sur les structures radiculaires adjacentes?
- Y a-t-il des tori dans la zone qui limiteraient la capacité d'obtenir un contour osseux favorable?
- Si la dent se trouve dans une zone apparente, le traitement pourrait-il nuire à l'esthétique?
- Pourrait-on procéder à une extrusion orthodontique de la dent?

Outre ces facteurs reliés à l'os, certains aspects des gencives doivent aussi être évalués, notamment le type et l'épaisseur des

tissus gingivaux. Idéalement, la hauteur de la gencive kératinisée doit être de 5 mm pour la mise en place d'un rebord intracrécivulaire. Ce tissu doit en outre être composé de 3 mm de tissu gingival attaché et de 2 mm de tissu gingival libre, pour prévenir la récession et l'inflammation après la mise en place de la couronne³⁻⁵.

Il importe enfin de faire une évaluation globale de la dent fracturée et d'évaluer le pronostic des dents adjacentes et opposées en tenant compte des besoins en matière de traitements parodontaux, restaurateurs ou autres. Il faut aussi déterminer tout traitement endodontique nécessaire pour la dent fracturée et les dents adjacentes et évaluer l'ensemble des options thérapeutiques qui s'offrent. En effet, un pont ou un implant pourrait, selon le cas, s'avérer une solution plus pratique qu'une couronne et offrir un meilleur pronostic à long terme. Si l'extraction est le traitement de choix, une technique de préservation de l'alvéole pourrait être indiquée pour conserver l'os alvéolaire.

En résumé, l'évaluation d'une dent fracturée doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs et le praticien doit soupeser tous ces facteurs et déterminer, selon toute probabilité, laquelle option offrira le meilleur pronostic à long terme. ♦

Le Dr Gary A. Clark exerce dans un cabinet privé de parodontie et de chirurgie implantaire à Guelph (Ontario).

Références

1. Garguilo AW. Dimensions and relationships of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1961; 32:261-7.
2. Ingber JS, Rose LF, Coslet JG. The "biologic width" — a concept in periodontics and restorative dentistry. *Alpha Omegan* 1977; 70(3):62-5.
3. Maynard JG Jr, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. *J Periodontol* 1979; 50(4):170-4.
4. Nevins M, Skurow HM. The intracrevicular restorative margin, the biologic width, and the maintenance of the gingival margin. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1984; 4(3):30-49.
5. Wagenberg BD, Eskow RN, Langer B. Exposing adequate tooth structure for restorative dentistry. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1989; 9(5):322-31.



Illustration 1 : Dent 46 avec fracture de la cuspside buccale s'étendant jusqu'en dessous de la gencive.



Illustration 2 : Image-miroir de la dent 46.



Illustration 3 : Radiographie de la dent 46 montrant le degré d'exposition de la furcation, la position relative de la fracture par rapport à l'os, et le traitement de canal déjà fait.

Question 3 Quels sont les facteurs essentiels à une esthétique péri-implantaire optimale?

Énoncé du problème

L'osséointégration des implants de titane est un résultat devenu hautement prévisible et les 2 principaux problèmes qui se posent aujourd'hui avec les implants dentaires ont trait à l'obtention d'une esthétique péri-implantaire optimale et à la durée de vie de l'implant.

Voici certains facteurs qui influent sur l'esthétique péri-implantaire :

- Après l'extraction de la dent, il se produit une diminution naturelle de la largeur de la crête bucco-linguale (en moyenne de 40 %), et ceci crée la concavité buccale souvent associée à une couronne clinique plus longue et une crête diminuée (ill. 1).
- La position tridimensionnelle de l'implant à l'intérieur de la crête et sa relation par rapport à l'emplacement prévu de la couronne (ill. 2 et 3).
- La hauteur de l'os interdentaire, qui déterminera la présence ou l'absence d'une papille, en particulier si l'implant jouxte une dent naturelle ou se trouve entre des implants adjacents (ill. 3 à 5).
- L'état des tissus mous, par exemple l'épaisseur et le contour du tissu gingival préexistant, qui influera considérablement sur la stabilité des tissus mous post-implantation. Un tissu gingival épais sera plus résistant qu'une gencive mince et érodée, laquelle a tendance à se rétracter et à être instable (ill. 1).

Afin que l'implant soit dans une position souhaitable pour le traitement prothétique et une esthétique péri-implantaire optimale :

- L'implant doit être suffisamment immergé pour assurer une bonne émergence de la couronne, mais ne pas être trop profond pour provoquer une péri-implantite (ill. 3).
- La distance entre la dent naturelle et l'implant, ou entre les 2 implants, doit être suffisante pour permettre un contour adéquat de la couronne et procurer un soutien osseux de la papille interdentaire (ill. 2 et 3).
- L'implant doit se trouver dans une position légèrement linguale ou palatine par rapport au contour prévu de la couronne. Si l'implant est placé en position trop labiale, le clinicien risque ensuite de faire un surcontour à la couronne, ce qui aura un effet négatif sur la longueur clinique de la dent (migration apicale du contour gingival) (ill. 2 et 5).

Comment obtenir un résultat esthétique optimal

Le meilleur moyen d'obtenir une crête osseuse optimale est d'en assurer le maintien après l'extraction (ill. 1) et, pour ce faire, il faut éviter la rétention prolongée d'une racine infectée, en procédant à une extraction atraumatique de la racine, et préserver l'alvéole à l'aide d'un matériau de greffe approprié (p. ex., allogreffe osseuse lyophilisée minéralisée, verre bioactif ou xélogreffe osseuse d'origine bovine). Une prothèse



Illustration 1 : Vue préopératoire montrant une crête défectueuse moyenne après une extraction et un tissu gingival épais.



Illustration 2 : Position antéro-postérieure de l'implant mis en place (position plutôt palatine).



Illustration 3 : Radiographie de l'implant montrant la position apico-croinaire de l'implant, le contour de la couronne et la hauteur de l'os interdentaire.



Illustration 4 : Au moment de l'insertion de la couronne, les papilles ne sont pas entièrement formées. Le contour de la couronne permet à la papille de se reformer.



Illustration 5 : Papilles entièrement formées, 2 ans après l'insertion finale de la couronne. Le contour du tissu gingival est stable, il y a une bonne symétrie et une excellente esthétique.

temporaire bien ajustée favorisera également la préservation de la crête en réduisant au minimum les pressions exercées.

La reconstruction d'une crête affaissée nécessite souvent la greffe combinée de tissus durs et mous avant la pose de l'implant, ou lors de sa mise en place. ♦

Le Dr Louis Drouin exerce dans un cabinet privé de parodontologie à Pointe-Claire (Québec).

Remerciements : L'auteur désire remercier le Dr François Chartrand, un prosthodontiste, pour son excellent travail prothétique.

Lectures supplémentaires

Kois JC. Predictable single tooth peri-implant esthetics: five diagnostic keys. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22(3):199-206.

Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of the inter-implant bone crest. *J Periodontol* 2000; 71(4):546-9.

Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol* 1992; 63(12):995-6.

Question 4 Quel niveau de recouvrement radiculaire peut-on espérer obtenir avec une greffe des tissus mous?

Énoncé du problème

La plupart des interventions chirurgicales visant à traiter des lésions muco-gingivales sont axées sur le rétablissement fonctionnel du complexe gingival. Le but premier des greffes de tissus mous (p. ex. une greffe gingivale libre) a toujours été d'accroître la hauteur des tissus kératinisés, afin de stabiliser l'appareil d'attache. Cependant, la plupart des patients qui présentent un problème muco-gingival (p. ex. récession gingivale avec exposition de la surface radiculaire) désirent un traitement qui corrigera l'exposition de la racine. Avec l'introduction des nouvelles techniques de recouvrement radiculaire, le praticien doit être en mesure de discuter avec chaque patient de ses attentes en ce qui a trait au recouvrement de la racine.

Techniques de recouvrement des racines

Plusieurs techniques peuvent être utilisées à cette fin, dont les suivantes :

- greffe gingivale libre
- greffe de tissu conjonctif (sousépithélial)
- lambeau coronaire (à titre d'intervention primaire ou secondaire)
- greffe pédiculée latérale ou par glissement
- régénération tissulaire guidée

- allogreffe de tissus mous.

Chacune de ces techniques a ses avantages et ses inconvénients, et un dentiste expérimenté saura déterminer quelle technique convient le mieux à chaque patient.

Facteurs influant sur la prise de décision clinique et résultats escomptés

L'esthétique, la sensibilité de la racine et la présence de caries radiculaires peu profondes sont les principaux facteurs justifiant un recouvrement de la racine.

Bien que le recouvrement radiculaire consécutif à une greffe de tissus mous puisse être un des objectifs du traitement, le clinicien ne doit pas oublier que les particularités anatomiques et architecturales du patient, l'existence de pathologies et les facteurs propres au patient peuvent avoir une incidence sur les résultats du traitement, quelle que soit la technique utilisée ou l'expérience du clinicien.

Les récessions peuvent être décrites selon la classification de Miller :

- Classe I — Récession marginale n'atteignant pas la jonction muco-gingivale (JMG), sans perte d'os interdentaire (ill. 1a, 1b et 1c).



Illustration 1a : Récession de classe I sur les dents 23 et 24.



Illustration 1b : Une greffe de tissus mous a été pratiquée.



Illustration 1c : Recouvrement de la racine.

- Classe II — Récession marginale atteignant ou dépassant la JMG, sans perte d'os interdentaire (ill. 2).
- Classe III — Récession marginale dépassant la JMG; perte d'os ou de tissu mou interdentaire apicalement par rapport à la jonction amélo-cémentaire, mais coronairement par rapport au niveau apical de la récession (ill. 3).
- Classe IV — Récession marginale dépassant la JMG; perte de tissus durs et mous interdentaires jusqu'au niveau le plus apical de la récession.



Illustration 2 : On peut espérer un recouvrement important de la racine avec cette récession de classe II.



Illustration 3 : On peut s'attendre à un recouvrement partiel de la racine avec cette récession de classe III.

Cette classification fournit une description anatomique des récessions, mais elle offre également, sur le plan pratique, une indication de l'apport sanguin potentiel dans le tissu greffé, au niveau de la zone receveuse. Le niveau de tissu parodontal sur les faces *proximales* des dents constitue la variable clinique déterminante. Les récessions des classes III et IV se remarquent généralement sur des dents atteintes d'une maladie parodontale progressive à médiation bactérienne, un facteur qui réduira considérablement les chances de recouvrement radiculaire après une chirurgie mucogingivale.



Illustration 4a : Dent avec racine faisant saillie et perte de l'os interproximal.



Illustration 4b : Recouvrement minimal de la racine, après une greffe des tissus mous.

Le résultat des techniques de recouvrement radiculaire peut aussi dépendre de la prééminence de la racine (ill. 4a et 4b), de la qualité et de la disponibilité du tissu donneur, ainsi que du profil de mobilité de la dent. Une greffe réussie peut aider à réduire la mobilité de la dent traitée, mais les traumatismes occlusaux primaires et secondaires pourraient limiter l'étendue du recouvrement.

Enfin, comme pour la plupart, sinon la totalité, des procédures parodontales, les facteurs propres au patient ont là aussi une grande importance, ces facteurs incluant le tabagisme, l'hygiène buccodentaire et les habitudes parafunctionnelles (p. ex., se ronger les ongles).

Conclusion

Selon la littérature, il peut y avoir recouvrement de la racine lorsque la récession est peu prononcée, que l'on obtient une bonne coopération du patient et que le tableau clinique est favorable. La littérature laisse également croire qu'aucun traitement n'est, à lui seul, supérieur aux autres. Il peut en outre se produire un phénomène connu sous le nom de migration gingivale post-opératoire, chez les patients ayant une excellente hygiène buccodentaire. Ce phénomène se définit comme un

prolongement de 1 mm du recouvrement en direction coronaire, au cours d'une période d'un an ou plus. ♦

La Dre Terrie Logue exerce en cabinet privé à Dartmouth (Nouvelle-Écosse), et est enseignante à temps partiel à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie.

Lectures supplémentaires

- Annals of Periodontology, Vol.1, No.1, Proceedings of the 1996 World Workshop in Periodontics.
- Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56(12):715-20.
- Matter J. Creeping attachment of free gingival grafts. A five-year follow-up study. *J Periodontol* 1980; 51(12):681-5.
- Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2):8-13.
- Pagliari U, Nieri M, Franceschi D, Clauser C, Pini-Prato G. Evidence-based mucogingival therapy. Part 1: A critical review of the literature on root coverage. *J Periodontol* 2003; 74(5): 709-40.
- Pini-Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F, and other. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *J Periodontol* 2000; 71(2):188-201.
- Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics* 1968; 6(3):121-9.



Un site Web va à la racine des risques pour la santé dentaire

Les parodontistes canadiens font le pont entre la santé buccodentaire et l'état général de santé

OTTAWA, ON – L'Académie canadienne de parodontologie a lancé récemment un site Web afin d'aider les Canadiens à prendre en main leur santé buccodentaire. Le site fournit des réponses claires et précises à des questions souvent posées au sujet des parodontistes et les importants services qu'ils dispensent. Le sujet mérite qu'on s'y arrête étant donné que des études démontrent un lien entre les maladies des gencives et des problèmes graves comme les cardiopathies, le diabète, les troubles respiratoires et les accouchements prématurés.

Il est facile de naviguer dans ce site bilingue, situé à l'adresse www.cap-acp.ca. Il constitue une mine de renseignements sur les soins dentaires, présente les nouvelles avancées dans le domaine de la dentisterie esthétique et explique les principaux risques pour la santé associés au fait de ne pas prendre soin de ses dents et de ses gencives. Il fournit des définitions simples aux personnes peu familières avec la parodontologie et décrit même ce à quoi on peut s'attendre lors de la première visite de consultation chez un parodontiste. Il comprend aussi un outil de recherche d'emploi facile afin d'aider les futurs patients à trouver un parodontiste dans leur région.

La bouche : un miroir de l'état général de santé

Le nouveau site Web explique pourquoi une mauvaise hygiène buccodentaire, surtout lorsqu'elle entraîne des maladies des gencives, est un problème sérieux. Un lien a été établi entre les maladies parodontales et les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les nourrissons de poids insuffisant à la naissance, pour citer que ces exemples très préoccupants. En particulier, il semble bien que :

- Les personnes ayant des affections gingivales ont plus de risque d'avoir une maladie cardiaque ou respiratoire et **deux fois plus de risque d'avoir une crise cardiaque mortelle** que les personnes sans troubles gingivaux. On croit que les bactéries à l'origine des maladies parodontales peuvent causer de petits caillots de sang, qui contribuent à l'obstruction des artères et à l'accumulation de dépôts de gras dans les artères du cœur.
- Les mères atteintes d'une maladie parodontale peuvent courir **un risque sept fois plus grand d'avoir un bébé prématuré ou d'un poids insuffisant**.
- Les maladies parodontales sont étroitement reliées au diabète. Les saignements de gencives, la déperdition osseuse et l'augmentation de la profondeur des poches parodontales peuvent être des signes avant-coureurs du diabète. **Les personnes diabétiques sont plus sujettes aux maladies parodontales** et ont souvent plus besoin de soins parodontaux.
- Il y a aussi **un lien étroit entre le tabagisme et les maladies parodontales**. Le tabagisme réduit l'approvisionnement en sang de l'os entourant la dent. La chaleur intense et les toxines produites par la cigarette peuvent aussi affecter la composition de la flore bactérienne buccale et la réponse immunitaire de l'organisme aux bactéries parodontales.

Un site à visiter dès aujourd'hui

Compte tenu de la richesse de ce site et de l'importance des questions qui y sont traitées, tout le monde devrait aller explorer sans tarder le nouveau site Web de l'Académie canadienne de parodontologie (www.cap-acp.ca). Rien de mieux pour se familiariser avec la parodontologie, obtenir des réponses aux questions qu'on se pose et trouver un parodontiste dans la région, le tout dans le confort de son foyer.