

Les mythes concernant les réactions des gencives aux couronnes

Tony Pensak, BSc, DDS

Auteur-ressource

Dr Pensak
Courriel : tmj@dentist.org



Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-9/799.html

«Ne croyez rien de ce que vous lisez ou entendez – même s'il s'agit de mon propre enseignement – qui ne soit pas conforme à votre raisonnement et à votre bon sens.» — Bouddha

J'aimerais formuler quelques commentaires qui reflètent une perspective et des conclusions différentes, en réponse à l'article informatif du Dr Omar El-Mowafy qui a été publié dans le numéro de décembre 2007/janvier 2008 du *JADC*¹.

Le Dr El-Mowafy semble attribuer l'inflammation des tissus, qui a été observée autour des couronnes céramo-métalliques sur les 2 incisives centrales supérieures chez un jeune homme de 25 ans par ailleurs en bonne santé, à un mauvais ajustement et à une hyperextension des rebords de la couronne dans la zone sousgingivale interproximale. Après avoir remplacé les couronnes par de nouvelles, avec une meilleure forme et mieux ajustées, les tissus sont redevenus sains.

Bien que ces facteurs aient sans doute contribué à l'atteinte tissulaire, j'estime que le principal facteur en cause n'a pas été pris en compte. Il me semble en effet que cette réaction tissulaire a été principalement due au fait que les couronnes initiales contenaient du métal alors que les couronnes de remplacement en étaient exemptes.

Au cours des 10 dernières années, j'ai dans l'ensemble accordé une importance moindre à la préservation de l'espace biologique, privilégiant davantage l'optimisation de l'esthétique par l'utilisation de couronnes non métalliques et en ayant recours à des procédures d'allongement chirurgical de couronne peu invasives.

Selon mon expérience, la réponse tissulaire est toujours favorable lorsque la restauration finale n'est pas métallique, et ce, quelle que soit la distance résiduelle entre la crête tissulaire et l'os.

Il arrive souvent que la réaction des tissus aux couronnes métalliques soit mauvaise, même lorsque les rebords sont supra-gingivaux. À mon avis, cette réaction n'est pas due au galvanisme, car elle s'observe souvent dans des bouches sans autres restaurations métalliques, mais elle serait plutôt attribuable à une réaction des tissus au métal proprement dit, laquelle ne s'observe habituellement que dans la partie antérieure de la bouche.

L'**illustration 1** présente une réaction de ce type dans une bouche restaurée avec un pont céramo-métallique, même lorsque les rebords



III. 1 : Réaction tissulaire à un pont céramo-métallique.

ne sont pas sous-gingivaux. Aucune autre restauration métallique n'est présente.

L'illustration 2a montre un patient porteur d'une couronne céramo-métallique antérieure avec rebord supra-gingival. Après avoir remplacé la couronne par une restauration non métallique et abaissé les rebords au niveau sous-gingival, l'état des tissus s'est nettement amélioré, comme le montre l'illustration 2b. Ce traitement a été dispensé il y a plus de 15 ans.

Pour appuyer encore plus mes propos, j'aimerais présenter le cas d'une femme de 20 ans qui souhaitait faire corriger son sourire gingival («gummy smile») (ill. 3a). Cette patiente connaissait l'existence des facettes, mais elle ne savait pas si ce traitement était indiqué dans son cas. Elle ne voulait pas de traitements d'orthodontie.

La profondeur de la crevasse gingivale a été sondée sous anesthésie pour déterminer le niveau de l'os crestral. Il a été déterminé que la profondeur de la crevasse était de 2 mm et que l'os se trouvait à 3,5 mm. Pour créer un sourire plus esthétique, il a fallu enlever quelque 3 mm de tissu, ce qui a réduit la distance entre la crête tissulaire et l'os sous-jacent à seulement 0,5 mm. Cette gingivectomie a été pratiquée sur les 4 incisives à l'aide d'un laser à diode au moment de la préparation des facettes sur les 10 dents supérieures antérieures (ill. 3b).

Sept ans plus tard (ill. 3c), la patiente a accepté de se soumettre à une exploration sous anesthésie visant à déterminer la profondeur de l'os crestral. La profondeur de la crevasse gingivale était alors de 0,5 mm et l'os crestral était à 1 mm (ill. 3d). L'état des tissus était optimal et la patiente n'avait aucune plainte à formuler.

Si ce type de situation était inhabituel, il n'y aurait pas lieu d'en parler. Cependant, la réaction tissulaire à cette forme d'envahissement de l'espace biologique théorique est courante mais, selon mon expérience basée sur des centaines d'exemples, elle n'a jamais causé de complications gingivales lorsque des couronnes non métalliques sont utilisées.

Dans le cas présent, un parodontiste de la région a été consulté avant d'entreprendre le traitement; le parodontiste

a suggéré qu'une procédure d'allongement de la couronne avec remodelage osseux soit pratiquée après la mise en place des facettes, s'il y avait inflammation chronique. La patiente a été bien informée de la nature expérimentale du traitement proposé et s'est dite disposée à subir une chirurgie parodontale après le traitement si cela s'avérait nécessaire.

La relation de cause à effet entre l'envahissement de l'espace biologique par une couronne et l'inflammation tissulaire est un concept largement accepté. Je mets cependant en question la validité de ce concept sur la base de mon expérience clinique et il m'apparaît important de restaurer les dents antérieures sans recourir au métal. ➤



III. 2a : Réaction à une couronne céramo-métallique antérieure avec rebord supra-gingival.



III. 2b : Amélioration de l'état des tissus après le remplacement de la couronne par une restauration non métallique et l'abaissement des rebords au niveau sous-gingival.



III. 3a : La patiente souhaitait une amélioration de son sourire gingival.



III. 3b : Deux semaines après la gingivectomie et la mise en place des facettes sur les 10 dents supérieures antérieures.



III. 3c : État des gencives de la même patiente, 7 ans plus tard.



III. 3d : Profondeur de la crevasse (0,5 mm) et de l'os crestral (1 mm).

L'AUTEUR

Le **Dr Pensak** a un cabinet privé à Calgary, spécialisé dans l'esthétique et la réhabilitation occlusale. Il est le cofondateur de l'Institut Millennium qui a offert des programmes pratiques de formation clinique aux dentistes de Calgary de 1997 à 2004.

Remerciements : Le troisième cas a d'abord été traité dans le cadre d'un programme de formation pratique offert à l'Institut Millennium. L'auteur souhaite remercier le Dr Jeff Benedictson et le laboratoire Kantech Dental pour leur contribution au succès de ce traitement.

Écrire au : Dr. Tony Pensak, 202-83 Deerpoint Road S.E., Calgary, AB T2J 6W5.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues et politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Référence

1. El-Mowafy O. Gingival response to crowns: a 3-year report [Clinical Showcase]. *J Can Dent Assoc* 2007/2008; 73(10):907-9.

Lisez la réponse du Dr El-Mowafy à cet article à la page 803.