

# Les réactions des gencives aux couronnes : contre-argument

Omar El-Mowafy, BDS, PhD, FADM

### Auteur-ressource

Dr El-Mowafy

Courriel :  
Omar.El-Mowafy@  
dentistry.utoronto.ca



Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : [www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-9/803.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-9/803.html)

J'aimerais remercier le Dr Tony Pensak de l'intérêt qu'il a manifesté pour mon article sur la réaction des gencives aux couronnes, ainsi que de ses commentaires<sup>1,2</sup>. Selon le Dr Pensak, la réaction gingivale indésirable, qui a été observée à la suite de la mise en place de couronnes céramo-métalliques (ill. 1) sur les 2 incisives centrales supérieures, est davantage imputable au contenu métallique des couronnes qu'à l'ajustement et à la forme de contour.

La littérature scientifique abonde de données attestant du succès à long terme des couronnes céramo-métalliques et de leur durabilité durant des périodes pouvant atteindre 23 ans, même lorsqu'elles sont mises en place par des étudiants en médecine dentaire<sup>3-7</sup>. Aussi suis-je incapable de partager totalement le point de vue de Dr Pensak, car je n'ai aucun doute que la réaction gingivale défavorable provoquée par la mise en place de ces couronnes céramo-métalliques est due davantage aux mauvais ajustement et contour au niveau gingival qu'à la présence de métal.

Je dois cependant convenir que le type d'alliage métallique utilisé pour la fabrication de couronnes céramo-métalliques peut influencer à différents degrés la réaction des gencives. Les dentistes qui optent pour des couronnes céramo-métalliques ont le choix de différents alliages, qui vont d'alliages très nobles (teneur en métaux nobles d'au moins 60 %) à des alliages nobles (teneur en métaux nobles supérieure à 25 %) ou à des alliages faits de métaux de base. Or cer-

tains alliages de métaux de base contiennent du nickel – un métal qui s'accompagne d'un taux de sensibilisation relativement élevé, qui est de 4,5 % dans la population en général et peut être nettement plus élevé chez les femmes<sup>8</sup>.

Idéalement, les couronnes céramo-métalliques devraient être fabriquées d'alliages nobles ou très nobles. Si le dentiste utilise un alliage fait de métaux de base pour réduire le coût global de la couronne, le risque de réaction allergique ou de réaction de sensibilisation sera élevé; ce type de réaction peut se manifester



**III. 1** : La vue faciale des dents antérieures montre 2 couronnes céramo-métalliques sur les incisives centrales supérieures. L'usure incisive des couronnes avait entraîné l'exposition de la base métallique des couronnes, et la perte partielle de glaçure avait donné une texture granulaire en surface. Les 2 couronnes étaient mal assorties, tant par leur hauteur que leur largeur. Le mauvais ajustement au niveau gingival avait provoqué une inflammation et une hyperplasie des tissus gingivaux.



Ill. 2 : Vue postopératoire, 3 ans après la mise en place des couronnes en porcelaine. À remarquer la meilleure guérison des tissus gingivaux et la forme adéquate des papilles entre les dents 11 et 21.

sous forme de gingivite légère à modérée, comparable à celle observée dans les cas cliniques que le Dr Pensak a eu l'amabilité de partager avec nous. Par conséquent, même si je suis certain que le mauvais ajustement des couronnes, combiné à un modelage gingival loin d'être optimal, sont les principales causes de la réaction défavorable des gencives dans le cas présenté, je ne peux pas écarter la possibilité que cette réaction a été aggravée par une réaction allergique à certaines composantes de l'alliage métallique utilisé dans la fabrication des couronnes. Cependant, comme ces couronnes céramo-métalliques n'ont pas été mises en place par moi, je n'en connais pas la composition métallique exacte. Et même s'il a pu y avoir une certaine réaction allergique au métal contenu dans les couronnes, ce facteur a peu contribué à la réaction globale et n'en est sûrement pas la cause principale (ill. 2).

Je crois que l'usage des couronnes céramo-métalliques sur les dents antérieures diminuera à l'avenir, car la fabrication des couronnes en céramique se fait actuellement par automatisations numériques (conception et fabrication assistées par ordinateur), ce qui exige moins de temps de travail du technicien et que le rendement clinique de ces couronnes est jugé satisfaisant, vu leur esthétique supérieure.

Quant à l'autre cas clinique présenté par le Dr Pensak sur l'utilisation d'un laser à diode pour pratiquer une gingivectomie n'ayant laissé qu'une couverture de 0,5 mm de tissu mou sur l'os sous-jacent – empiétant ainsi sur l'espace biologique – j'aimerais reprendre les propos du Dr Pensak : «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.»<sup>1</sup>

Selon Ingber et ses collègues<sup>9</sup>, une épaisseur combinée de tissu conjonctif et épithélial de 2,04 mm constitue l'espace biologique idéal moyen. Et bien que des valeurs inférieures à cette moyenne puissent aussi donner des résultats

cliniques satisfaisants, une épaisseur extrême d'à peine 0,5 mm excède les limites et rend les résultats d'un tel traitement imprévisibles.

Je crois enfin que la composition de la couronne (céramo-métallique ou toute céramique) influence peu l'issue de ces procédures chirurgicales, si un alliage approprié est utilisé pour les couronnes céramo-métalliques. ♦

## L'AUTEUR

Le Dr El-Mowafy est professeur au département des sciences cliniques, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

Écrire au : Dr El-Mowafy, Département des sciences cliniques, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, 124, rue Edward, Toronto, Ontario M5G 1G6.

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

## Références

1. Pensak T. Les mythes concernant les réactions des gencives aux couronnes. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(9):799–801.
2. El-Mowafy O. Réaction des gencives aux couronnes : Rapport d'une étude de 3 ans [Images cliniques]. *J Can Dent Assoc* 2007/2008; 73(10):907–9.
3. Nääpänkangas R, Raustia A. Twenty-year follow-up of metal-ceramic crowns; a retrospective study. *Int J Prosthodont* 2008; 21(4):307–11.
4. Palmqvist S, Swartz B. Artificial crowns and fixed partial dentures 18 to 23 years after placement. *Int J Prosthodont* 1993; 6(3):279–85.
5. Walton TR. A 10-year longitudinal study of fixed prosthodontics: clinical characteristics and outcome of single-unit metal-ceramic crowns. *Int J Prosthodont* 1999; 12(6):519–26.
6. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JY. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2003; 90(1):31–41.
7. Nääpänkangas R, Salonen MA, Raustia AM. A 10-year follow-up study of fixed metal ceramic prosthodontics. *J Oral Rehabil* 1997; 24(10):713–7.
8. Peltonen L. Nickel sensitivity in the general population. *Contact Dermatitis* 1979; 5(1):27–32.
9. Ingber JS, Rose LF, Coslet J. The "biologic width" — a concept in periodontics and restorative dentistry. *Alpha Omegan* 1977; 70(3):62–5.