



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2015

THESE N° 2015 LYO 1D 069

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 10/12/2015

par

ALLAIN Geraud

Né le 06/07/1990, à Grande Synthe (59)

Titre de la Thèse

**Traitements des récessions gingivales associées à des lésions cervicales d'usure :
données actuelles**

JURY

<u>Monsieur le Professeur Denis BOURGEOIS</u>	<u>Président</u>
Monsieur le Docteur Thomas FORTIN	Assesseur
Madame le Docteur Kerstin GRITSCH	Assesseur
Madame le Docteur Anne BARBIER	Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2015

THESE N° 2015 LYO 1D 069

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 10/12/2015

par

ALLAIN Geraud

Né le 06/07/1990, à Grande Synthe (59)

Titre de la Thèse

**Traitements des récessions gingivales associées à des lésions cervicales d'usure :
données actuelles**

JURY

Monsieur le Professeur Denis BOURGEOIS	Président
Monsieur le Docteur Thomas FORTIN	Assesseur
Madame le Docteur Kerstin GRITSCH	Assesseur
Madame le Docteur Anne BARBIER	Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université

M. le Professeur F-N. GILLY

Vice-Président du Conseil d'Administration

M. le Professeur H. BEN HADID

Vice-Président du Conseil Scientifique et
de la Commission de Recherche

M. le Professeur P-G. GILLET

Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire
et de la Commission de la Formation et de la Vie Universitaire

M. le Professeur P. LALLE

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Directeur : M. le Professeur J. ETIENNE

Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud
Charles Mérieux

Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON

Faculté d'Odontologie

Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies

Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences

UFR des Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives

Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1

Directeur : M. le Professeur C. VITON

Ecole Polytechnique Universitaire
de l'Université Lyon 1

Directeur : M. P. FOURNIER

Institut de Science Financière et d'Assurances

Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education
(ESPE)

Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE

Observatoire de Lyon

Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS

Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique

Directeur : M. G. PIGNAULT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen	:	M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
Vice-Doyen	:	Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités
Vice-Doyen	:	M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences
Vice-Doyen	:	Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01:

PÉDODONTIE

Professeur des Universités :	<u>M. Jean-Jacques MORRIER</u>
Maître de Conférences :	M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 :

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences :	Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, <u>Mme Claire PERNIER</u> ,
--------------------------	---

SOUS-SECTION 56-03 :

PRÉVENTION - EPIDÉMIOLOGIE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur des Universités	M. Denis BOURGEOIS
Professeur des Universités Associé :	M. Juan Carlos LLODRA CALVO
Maître de Conférences	<u>M. Bruno COMTE</u>

SOUS-SECTION 57-01 :

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences :	Mme Kerstin GRITSCH, <u>M. Philippe RODIER</u> ,
--------------------------	--

SOUS-SECTION 57-02 :

CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Maître de Conférences :	Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, <u>M. Thomas FORTIN</u> , M. Jean-Pierre FUSARI, M. Arnaud LAFON
-------------------------	---

SOUS-SECTION 57-03 :

SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités :	<u>M. J. Christophe FARGES</u>
Maîtres de Conférences :	Mme Béatrice RICHARD, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 :

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE

Professeur des Universités :	M. Pierre FARGE, <u>M. Jean-Christophe MAURIN</u> , Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences :	Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLIS, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 :

PROTHÈSE

Professeurs des Universités :	M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences :	M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, <u>M. Gilbert VIGUIE</u> , M. Stéphane VIENNOT
Maître de Conférences Associé :	

SOUS-SECTION 58-03 :

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Professeur des Universités :	Mme Brigitte GROSGOGEAT, <u>M. Olivier ROBIN</u>
Maîtres de Conférences :	M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET
Maître de Conférences Associé :	AYARI Hanène

SECTION 87 :

Maître de Conférences

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Mme Florence CARROUEL

A notre président de jury et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur BOURGEOIS Denis,

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon I
Docteur en Droit (3ème cycle)
Maître en Biologie Humaine
Odontologiste des Hôpitaux
Habilité à Diriger des Recherches
Doyen de l'UFR d'Odontologie

Nous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence et la direction de notre thèse.

Nous vous remercions pour votre implication et la justesse de vos conseils. Votre aide nous a été précieuse pour la finalisation de ce travail. Nous avons également beaucoup apprécié votre soutien tout au long de nos études et pour votre aide au sein de notre vie associative.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A notre juge,

Monsieur le Docteur FORTIN Thomas,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Grenoble
Responsable de la sous-section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique
Habilité à Diriger des Recherches

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury

Nous vous sommes reconnaissant pour votre enseignement et pour vos conseils lors de nos débuts dans la pratique de l'art dentaire. Par votre gentillesse et votre expérience, vous nous avez donné confiance en nos gestes et en notre métier.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Madame le Docteur GRITSCH Kerstin,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon I

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Nous vous sommes reconnaissant pour votre gentillesse et votre enseignement. Vous avez su nous transmettre vos connaissances et votre intérêt pour un domaine de l'art dentaire que nous apprécions particulièrement.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance.

A notre juge,

Madame le Docteur BARBIER Anne,

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon
Ancien Interne en Odontologie
Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Nous vous sommes reconnaissant pour votre enseignement et vos conseils en clinique.
Votre expérience et vos connaissances nous ont beaucoup aidé dans notre formation.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : DESCRIPTION DE LA LESION	2
I.1 Les récessions gingivales	2
I.1.1 Définition et classification	2
I.1.2 Étiologie et prévalence des récessions gingivales	2
I.1.2.1 facteurs prédisposant	2
I.1.2.2 Facteurs déclenchants	4
I.1.2.2.1 Traumatismes locaux	4
I.1.2.2.2 La maladie parodontale	4
I.1.2.2.3 Les facteurs iatrogènes	5
I.1.3 La classification de Miller	5
I.1.4 Symptômes et conséquences	6
I.2 Les lésions cervicales d'usure	6
I.2.1 Définition.....	6
I.2.2 Étiologies des lésions cervicales d'usure	6
I.2.2.1 L'abrasion	6
I.2.2.2 L'abfraction	7
I.2.2.3 L'érosion	7
I.2.3 Classification des LCU	8
I.2.4 Symptômes et conséquences	10
I.3 Les lésions associées	11
I.3.1 Description et classification	11
I.3.2 Liens entre récession gingivale et LCU	11
PARTIE II : TRAITEMENTS TRADITIONNELS DES RECESSIONS ASSOCIEES A DES LCU 12	12
II.1 Traitement chirurgical	12
II.1.1 Évaluation de la situation clinique et prise en charge préopératoire	12
II.1.1.1 Indications	12
II.1.1.2 Étude de l'environnement de la lésion et suppression des facteurs étiologiques	13
II.1.1.3 préparation du site opératoire et du patient	13
II.1.1.4 Évaluation des résultats	14
II.1.2 Mise en œuvre	15
II.1.2.1 Choix de la technique chirurgicale	15

II.1.2.1.1 En présence de LCU débutantes	15
II.1.2.1.2 En présence de LCU avancées	17
II.1.2.2 Amélioration de la cicatrisation et recommandations post-opératoires	18
II.1.3 Intérêts et limites de la chirurgie de recouvrements	19
II.2 Traitements restaurateurs	20
II.2.1 Indications	20
II.2.2 Matériaux utilisés	21
II.2.3 Difficultés liées à l'acte	21
II.2.4 Intérêts et limites de la restauration des LCU	21
 PARTIE III : ASSOCIATION DES TRAITEMENT CHIRURGICAUX ET RESTAURATEURS ..	23
III.1 Hypothèse et indications	23
III.2 Étude de la littérature	24
III.2.1 Récapitulatif des études sur l'association des traitements	24
III.2.2 Synthèse des études	29
III.2.2.2 Matériel et méthodes utilisés par les auteurs	29
III.2.3 Synthèse des résultats	29
III.2.3.1 Intérêts de la reconstruction de la JAC	29
III.2.3.2 Efficacité du recouvrement	30
III.2.3.3 Santé parodontale après traitement	30
III.2.3.4 Résultats esthétiques et sensibilités dentinaires	31
III.2.3.5 Pérennité des résultats	31
 CONCLUSION	33
 BIBLIOGRAPHIE	34

INTRODUCTION

L'une des richesses de notre exercice, qui en fait également toute sa complexité, réside dans la possibilité de proposer à nos patients, dans une situation donnée, plusieurs solutions thérapeutiques, l'objectif final étant d'obtenir une satisfaction réciproque durable.

Partant du constat qu'il est difficile voire illusoire d'être « à la pointe » dans tous les domaines de notre discipline, il semble possible d'expliquer que nous privilégions parfois une approche plutôt qu'une autre, en fonction de nos compétences.

Parmi ces situations cliniques délicates figurent celle des récessions gingivales associées à des lésions cervicales d'usure. Par essence, elles intéressent les tissus parodontaux et dentaires et devraient trouver une résonance en odontologie conservatrice et en parodontologie. En pratique et à tort, elles sont souvent abordées par le versant restaurateur, moins volontiers par le versant chirurgical à moins que la récession soit importante, rarement par les deux.

Le travail qui suit s'inscrit dans une volonté de faire le point sur ces lésions combinées qui motivent très souvent nos patients à consulter pour des sensibilités et des préjudices esthétiques ou plus occasionnellement la crainte de perte dentaire. En existe-t-il une classification spécifique ? Peut-on recouvrir une récession dont la surface a déjà été restaurée ? Faut-il au contraire supprimer toute restauration adhésive avant chirurgie ? Quelles techniques pour quels résultats ? Autant de questions auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses, en s'appuyant sur une revue de la littérature récente.

Ainsi, après avoir décrit les lésions concernées, nous rappelons les différentes thérapeutiques chirurgicales et restauratrices les plus utilisées pour leur traitement. Puis nous étudierons les données de la littérature sur l'association des deux approches dans le but de maximiser le résultat esthétique et de limiter les récidives. Nous discuterons également des difficultés liées à ces traitements et de leurs indications.

PARTIE I : DESCRIPTION DE LA LESION

I.1 Les récessions gingivales

I.1.1 Définition et classification

Une récession gingivale est définie comme la situation dans laquelle la gencive marginale repose sur n'importe quelle partie de la surface radiculaire de la dent¹. Cette définition exclut les pseudo récessions, décrits comme les cas où la hauteur coronaire d'une dent est supérieure à la dent adjacente sans irrégularité du contour gingival, et les cas où la gencive est si fine que la racine dentaire est visible au travers. La ligne de jonction amélo-cémentaire (ou JAC) n'est pas évoquée dans cette définition car elle n'est pas visible dans certains cas, par exemple lorsqu'elle est remplacée par une restauration ou en présence d'une lésion d'usure (Figure 1). Cependant, la position de la gencive sur la partie radiculaire de la dent indique qu'elle se situe sous la JAC.



Figure 1 : Récession gingivale avec disparition de la jonction amélo-cémentaire².

I.1.2 Étiologie et prévalence des récessions gingivales

Les récessions gingivales sont d'origine multifactorielle. Elles sont le résultat de l'action de facteurs déclenchants sur un terrain présentant des facteurs prédisposants³. L'étiologie exacte d'une récession gingivale est bien souvent difficile voire impossible à déterminer avec exactitude. Il est à noter que dans 17 % des cas, les récessions n'ont pas d'étiologie connue⁴. Le traitement d'une récession, qu'elle soit associée ou non à une LCU, ne peut s'envisager qu'après avoir supprimé son étiologie.

I.1.2.1 facteurs prédisposant :

- facteurs anatomiques :

La classification de Maynard et Wilson permet de reconnaître les différents types de parodonte et leur prédisposition à développer des récessions gingivales. Elle met en avant 4 types de parodontes selon la hauteur de gencive kératinisée et l'épaisseur de l'os alvéolaire.

- Type 1 : il combine une bonne hauteur de gencive kératinisée (2 à 3 mm) et un parodonte d'une épaisseur normale ou épaisse. Ce type est défavorable à l'apparition de récessions gingivales.
- Type 2 : il présente une hauteur de gencive kératinisée de moins de 2 mm avec des procès alvéolaires normaux ou épais. Des récessions gingivales peuvent apparaître sur ce type de parodonte.
- Type 3 : Pour ce type de parodonte, la hauteur de gencive kératinisée est bonne (au moins 2mm) mais l'os alvéolaire est fin, voire inexistant (fenestrations, déhiscences, palpation de la racine à travers la gencive). Ce type de parodonte est souvent associé à des récessions, notamment lors des traitements orthodontiques.
- Type 4 : C'est le parodonte le plus fragile. Dans ce cas, la hauteur de gencive kératinisée est de moins de 2 mm, et l'os alvéolaire est fin voire inexistant. Ce type de parodonte demande une attention particulière, c'est le plus susceptible de développer des récessions gingivales⁵.

Le manque d'os alvéolaire peut être inné (anatomique) ou acquis (physiologique ou pathologique). Il peut être du à des fenestrations, des déhiscences, des malpositions dentaires, des éruptions ectopiques ou aux formes des dents⁶.

- Freins et brides

L'influence des freins et brides sur la récession est encore un sujet discuté. Certaines études révèlent une corrélation entre les freins et brides et les récessions, alors que d'autres études n'ont trouvé aucune corrélation⁶. Cependant, ce facteur est retrouvé dans 87,5 % des récessions⁴.

- L'âge

La prévalence et la gravité des récessions gingivales augmentent avec l'âge⁷. Les changements physiologiques, La maladie parodontale et le brossage traumatique semblent être impliqués dans cette constatation.

- Le tabac

En 1998, Gunsolley a observé une corrélation entre la consommation de tabac et la présence de récessions. Son étude était basée sur des parodontes sains. Elle démontrait également que les sujets fumeurs sont plus sujets aux pertes d'attaches⁸. Le tabac altère la réponse immunitaire et réduit la

vascularisation au niveau gingival, mais il semblerait aussi que les patients fumeurs aient un brossage traumatique et excessif en cherchant à lutter contre les colorations dues au tabac⁹.

I.1.2.2 Facteurs déclenchants

I.1.2.2.1 Traumatismes locaux

- Le brossage traumato-gène

La fréquence et la méthode de brossage des dents, ainsi que la brosse à dents utilisée ont une influence sur l'apparition de récessions gingivales. Il a été démontré qu'un brossage trop fréquent, une technique de brossage inadaptée et l'utilisation d'une brosse à dents à poils durs ou d'un dentifrice trop abrasif sont des facteurs d'apparition de récessions¹⁰. Un brossage traumato-gène et l'utilisation d'un dentifrice trop abrasif peuvent également entraîner des lésions cervicales d'usure¹¹. Le brossage est le principal facteur sur lequel peut agir le patient. Il est donc nécessaire de le prendre en compte dans la prise en charge des récessions gingivales. Pour cela, il faut lui conseiller l'utilisation d'une brosse à dents à poils souples (manuelle ou électrique) et lui enseigner les mouvements de brossage atraumatiques⁹.

- Le traumatisme occlusal

L'influence de ce facteur est discutée. Certaines études démontrent qu'il ne s'agit pas de facteurs étiologiques, alors que d'autres démontrent au contraire son importance dans l'apparition des récessions, notamment au niveau des prémolaires maxillaires⁹. Selon Rodier, 81 % des récessions sont dues à un traumatisme occlusal associé à des malpositions dentaires⁴. Il semblerait également que l'application de forces excessives comme le bruxisme ou la pulsion linguale puissent être mises en cause¹².

- Les habitudes nocives

Elles concernent les tics de mordillement, l'onychophagie ou encore les piercings labiaux. Ces éléments peuvent être à l'origine de récessions gingivales s'ils sont associés à des facteurs de prédisposition⁶. Elles sont souvent le signe d'un stress subit par le patient. Ce dernier doit prendre conscience de ses habitudes nocives et en traiter la cause pour les supprimer.

I.1.2.2.2 La maladie parodontale

Il n'y a pas de corrélation directe entre la présence de tartre sus et sous-gingival et les récessions gingivales. Cependant, le tartre engendre une présence constante de bactéries au contact du parodonte

ainsi qu'une surface rugueuse, entretenant une inflammation gingivale. C'est cette inflammation qui peut engendrer des récessions gingivales¹³. Ce phénomène peut apparaître en l'absence de parodontite, lors d'épisodes inflammatoires sur un site présentant un facteur de prédisposition⁹.

I.1.2.2.3 Les facteurs iatrogènes

- Prothétiques et restaurateurs

La présence d'un crochet de prothèse amovible en appui sur la gencive entraîne une récession par son action mécanique. En ce qui concerne la prothèse conjointe, la présence d'un joint dento-prothétique rugueux juxtagingival ou intrasulculaire entraînera une rétention de plaque, à l'origine d'une inflammation gingivale et d'une récession. Il en sera de même avec les limites d'un soin restaurateur⁹. Ce facteur peut être limité en contrôlant l'espace dévolu au ciment de scellement, en améliorant la qualité du joint entre la dent et le matériau et en respectant l'espace biologique.

- Orthodontiques

Un traitement orthodontique non maîtrisé (application de forces trop importantes trop rapidement, parodonte trop fin après traitement) peut amener à des déhiscences osseuses, qui seront à l'origine de récessions gingivales¹⁴.

I.1.3 La classification de Miller

En 1985, Miller propose une classification prenant en compte le pronostic de recouvrement ainsi que la forme des récessions¹⁵. De nos jours cette classification reste la plus utilisée.

Classe 1 : Elle concerne les récessions étroites ou larges ne dépassant pas la ligne de jonction muco-gingivale et n'ayant aucune incidence sur les structures osseuses adjacentes. Avec une chirurgie parodontale, le recouvrement potentiel obtenu est de 100 % sur ces récessions.

Classe 2 : Elle concerne les récessions étroites ou larges dépassant la ligne de jonction muco-gingivale mais toujours sans atteinte des structures osseuses adjacentes. En cas de chirurgie, le recouvrement potentiel obtenu est de 100 %

Classe 3 : Elle concerne les récessions étroites ou larges dépassant la ligne de jonction muco-gingivale avec une modification de la hauteur des structures osseuses adjacentes par rapport à la dent. Elle est divisée en 2 classes :

Classe 3a : Pour ces récessions, les structures osseuses adjacentes sont perturbées par l'égression de la dent concernée et de son parodonte, en l'absence d'alvéolyse.

Classe 3b : Pour ces récessions, les structures osseuses adjacentes ont subi une alvéolyse.

Dans les 2 cas, un recouvrement de 100 % ne pourra pas être obtenu.

Classe 4 : Elle peut s'apparenter à une classe 3 aggravée. Dans ce cas, les septas osseux sont au niveau de la base apicale de la récession.

I.1.4 Symptômes et conséquences :

Les patients atteints de récessions gingivales se plaignent souvent d'un aspect inesthétique au sourire, au rire ou lors de l'élocution. Cet aspect peut être donné par un contour gingival irrégulier, ou par une différence de teinte entre l'émail et le cément. La dénudation radiculaire peut aussi amener le patient à avoir peur de perdre une ou plusieurs dents.

La racine de la dent ainsi découverte est plus sensible aux stimuli thermiques. Le patient peut donc être amené à consulter pour une hyperesthésie radiculaire. En cas de lésion carieuse sur la dent concernée, le diagnostic d'hyperesthésie radiculaire ne peut être fait que lorsque tous les soins ont été terminés. Le patient peut également ressentir une sensibilité gingivale lors du brossage ou de la mastication, notamment si le tissu marginal est de la muqueuse alvéolaire⁹.

Le cément qui recouvre la surface radiculaire est plus fin et plus fragile que l'émail. C'est pourquoi la racine est plus sensible aux lésions carieuses et aux agressions mécaniques et chimiques.

I.2 Les lésions cervicales d'usure

I.2.1 Définition

Les lésions cervicales sont des pertes de substance qui apparaissent sur ou sous la jonction amélo-cémentaire (JAC). Elles peuvent être d'origine bactérienne (caries cervicales) ou non (lésions cervicales d'usure ou LCU). Les LCU sont généralement observées sur la face vestibulaire des dents. Elles résultent de phénomènes mécaniques et chimiques.

I.2.2 Étiologie des lésions cervicales d'usure :

L'étiologie des lésions cervicales d'usure est difficile à déterminer. En effet, elles sont le résultat de l'interaction de multiples facteurs. Selon Grippo, elles sont dues à l'association de frictions, d'abfractions et de biocorrosions, chacun de ces éléments rassemblant plusieurs phénomènes

pathodynamiques¹⁶. L'étude et la recherche des facteurs à l'origine de l'apparition de LCU est une étape nécessaire dans leur traitement. En effet, la suppression de l'étiologie est une condition essentielle à sa réussite.

I.2.2.1 L'abrasion

Elle apparaît lors d'une friction exogène des dents avec un corps étranger (mastication, brossage des dents, habitudes nocives). Les LCU issues d'abrasion ont un contour net et une texture lisse. Le brossage traumatique des dents (utilisation d'une brosse à poils medium ou durs, brossage trop vigoureux, geste non adapté) est connu depuis longtemps comme un facteur d'apparition et d'aggravation des LCU⁹. L'abrasion est à dissocier de l'attrition, qui correspond à une perte de substance suite à des frictions endogènes dento-dentaires. L'attrition engendre des surfaces d'usure sur les surfaces occlusales, et plus rarement vestibulaires¹⁷.



Figure 2 : lésion abrasive due à un brossage traumatique¹⁸

I.2.2.2 L'abfraction

L'abfraction est définie comme une perte pathologique de tissu dentaire suite à des forces biomécaniques sur les dents. La perte de substance est due à une flexion et une fatigue de l'émail et de la dentine dans une zone éloignée de la zone d'application des forces biomécaniques¹⁷. Les forces biomécaniques peuvent être endogènes (parafonctions, occlusion, déglutition) ou exogènes (mastication, habitudes du patient). Ces forces sont à l'origine d'un stress qui peut s'appliquer de manière statique (en continu) ou cyclique. Les LCU liées à l'abfraction ont une forme en V et peuvent être profondes, allant jusqu'à entraîner une fracture coronaire ou une nécrose de la dent¹⁹.

I.2.2.3 L'érosion

Elle est due à l'action chimique, principalement des acides, sur la surface dentaire. Ces acides peuvent être d'origine intrinsèque (reflux gastro-œsophagiens, boulimie, vomissements...) ou extrinsèque (acides alimentaires). Il ne s'agit pas d'un facteur déclencheur à proprement parler, mais l'érosion et l'abrasion sont liées : l'érosion, par son action chimique, augmente la susceptibilité des dents à l'abrasion mécanique du brossage traumatogène²⁰.

Le terme « érosion dentaire » revient souvent dans la littérature. Elle est définie comme une perte de substance dentaire due au acides intrinsèques ou extrinsèques, ou aux agents chélateurs qui agissent sur les dents en l'absence de plaque dentaire²¹. Cependant, cette définition ne prend pas en compte les phénomènes de dégradation de la matrice organique par des enzymes protéolytiques, ni les phénomènes électrochimiques agissants sur les ions calcium. En 2012, Grippo propose le terme de biocorrosion qui prend en compte les facteurs chimiques (acides exogènes), biochimiques (acides endogènes, protéolyse) et électrochimiques (effets piézo-électriques)²².



Figure 3 : Lésion érosive due à la consommation d'acides et à des reflux gastro-œsophagiens²⁴

I.2.3 Classification des LCU

Beaucoup d'auteurs créent leur propre classification lors d'études. Ces classifications sont pour la plupart dérivées de la classification de Smith et Knight (1984) ou de celle d'Eccles (1979). Lussi a proposé différents indices afin de permettre aux praticiens de reconnaître les lésions d'usure érosive et les lésions d'usure abrasive, ce qui permet d'agir plus efficacement sur leurs étiologies. Ils permettent également d'évaluer la gravité de la lésion et de suivre son évolution²⁵.

Les indices d'usure érosive²³ :

- Surfaces vestibulaires :

- grade 0 : pas d'érosion mais la surface de l'émail prend un aspect satiné. Il peut y avoir absence des périfikymaties.

- grade 1 : perte d'émail en surface. On observe de l'émail intact en cervical de la lésion.

Cette lésion se distingue de l'usure abrasive car la lésion est plus large que profonde.

- grade 2 : exposition de la dentine sur moins de la moitié de la face dentaire affectée.

- grade 3 : exposition de la dentine sur plus de la moitié de la face dentaire affectée.

- Surfaces linguales/palatines et occlusales :

- grade 0 : pas d'érosion mais la surface de l'émail prend un aspect satiné. Il peut y avoir absence des périfikymaties.

- grade 1 : lésion amélaire, arrondissement des cuspides. Si d'anciennes restaurations sont présentes, leurs limites se trouvent en surplomb de la surface dentaire adjacente.

- grade 2 : érosion sévère, atteignant la dentine. Tous les signes du grade 1 sont aggravés.

Les indices d'usure abrasive¹⁹ :

- grade 0 : aucune lésion, la surface amélaire à un aspect lisse. Il peut y avoir absence des périfikymaties.

- grade 1 : lésion en encoche ou cunéiforme modérée (moins de 1mm de profondeur)

- grade 2 : lésion en encoche ou cunéiforme sévère (plus de 1mm de profondeur)

En 2008, il adapte cette classification en association avec Bartlett et Ganss afin de l'adapter à la pratique clinique. Cette classification est appelée BEWE (Basic Erosive Wear Examination). Chaque lésion est définie par un indice selon sa gravité (1^{er} chiffre de l'indice) et sa localisation (2^{ème} chiffre).

Les codes BEWE (selon Lussi, 2008) :

– Érosion : 0 = Aucune érosion

1 = perte initiale de la texture de l'émail en surface

2 = défaut distinct, perte tissulaire inférieure à 50% de la surface

3 = perte tissulaire supérieure ou égale à 50% de ma surface

9 = non enregistrée (tartre, suppuration)

– Localisation : 0 = couronne anatomique cervicale

1 = racine anatomique cervicale

2 = couronne et racine cervicale

– Dent absente : 97 = extraite pour cause de caries

98 = absentes pour autres raisons

99 = non évoluée

P = dent remplacée par un implant ou un bridge

Cette indice est relevé sur les face vestibulaires et linguales/palatines de chaque dent. L'addition des scores les plus élevés de chaque dent permet d'obtenir un indice général qui, selon Lussi, permet de déterminer la conduite à tenir²⁶.

I.2.4 Symptômes et conséquences :

Les symptômes des LCU poussant les patients à consulter peuvent être de trois types²⁵ :

- L'hyperesthésie dentaire : elle peut apparaître dès les premiers stades de l'usure.

L'examen montre le plus souvent une hygiène excellente voir excessive. Le passage de la sonde sur la JAC déclenche la sensibilité.

- L'aspect inesthétique : Dans ce cas, l'usure est plus avancée. En effet, le patient remarque une teinte qui aurait progressivement jauni, ce qui est la conséquence d'une disparition complète ou presque de l'émail sur la zone concernée. Ce phénomène étant progressif, il ne s'accompagne pas en général d'hyperesthésie dentinaire.

- Le contrôle périodique : Le dépistage des lésions d'usure doit être effectué lors de tout contrôle dentaire, d'autant plus que l'augmentation de la prévalence des lésions d'usures est associée au vieillissement de la population et au changement des habitudes alimentaires.

Le traitement des LCU est difficile et mène souvent à un échec. La prise en charge précoce des facteurs étiologiques permet de ralentir leur développement. L'une des difficultés de leur traitement est la disparition dans certains cas de la JAC, ce qui complique le traitement par une chirurgie gingivale. Dans des cas extrêmes, les LCU peuvent atteindre la pulpe dentaire, entraînant ainsi la nécrose de la dent.

I.3 Les lésions associées

I.3.1 Description et classification

Les LCU sont observées la plupart du temps sur les surfaces radiculaires dénudées par des récessions gingivales, en général sur ou sous la JAC. Leur diagnostique doit prendre en compte ces deux aspects afin d'adapter au mieux la thérapeutique.

En 2010, Cairo propose une classification basée sur la possibilité d'identifier ou non la JAC (A : identifiable ; B : non identifiable) et sur la présence ou non d'une perte de substance cervicale sur la dent (+ : présence ; - : absence). Il définit ainsi 4 classes : A+, A-, B+ et B-. L'absence d'identification de la JAC (classes B+ et B-) rend le diagnostic et le résultat des traitements incertains. Cette classification a également permis de démontrer que l'abrasion cervicale est plus souvent située sur la couronne et la racine (classe B+ : l'abrasion est située sur la JAC) que sur la racine uniquement (classe A+ : l'abrasion est située sous la JAC)²⁷.

I.3.2 Liens entre récession gingivale et LCU

Même si les auteurs s'accordent sur une corrélation entre récession gingivale et LCU, les phénomènes étiopathogéniques liant ces 2 éléments n'ont pas été décrits. Les traumatismes locaux cités comme facteurs déclenchant des récessions gingivales sont source d'abrasion et d'abfraction. C'est la raison pour laquelle ils peuvent être à l'origine de lésions associées. Cette constatation laisse à penser qu'en présence d'abrasion due à un brossage traumatique ou à des habitudes nocives, la gencive est la première atteinte, exposant ainsi une zone plus fragile de la dent. La LCU peut donc apparaître suite à la dénudation radiculaire. Il semble peu probable que la présence d'une LCU soit à l'origine de la récession. Plus d'études sont nécessaire pour définir le lien entre lésion d'usure et récession.

PARTIE II : TRAITEMENTS TRADITIONNELS DES RECESSIONS ASSOCIEES A DES LCU

II.1 Traitement chirurgical :

II.1.1 Évaluation de la situation clinique et prise en charge préopératoire

Avant d'envisager une chirurgie muco-gingivale de recouvrement, il est nécessaire de connaître la lésion, les facteurs étiologiques et de préparer le site chirurgical afin de maximiser les résultats.

II.1.1.1 Indications

Borghetti et Monnet-Corti citent 4 indications de traitement des récessions gingivales⁹ :

- L'aspect inesthétique : pour le secteur antérieur, une récession gingivale peut être à l'origine de troubles esthétiques, qui sont souvent la raison pour laquelle le patient vient consulter.
- L'évolution de la récession : si le praticien constate une évolution de la récession, le traitement de cette récession est indiqué. Le but de cette chirurgie est de stopper cette évolution et de renforcer le complexe muco-gingival.
- Hyperesthésie dentinaire et douleur gingivales : l'hyperesthésie est due à l'exposition de la racine. Elle est d'intensité variable. La douleur gingivale apparaît souvent au brossage ou à la mastication. La présence de LCU accentue cette hyperesthésie.
- Lésion carieuse sur la surface radiculaire : le cément de la surface radiculaire est moins résistant contre les caries que l'émail coronaire. Si des lésions carieuses superficielles apparaissent, le traitement de la récession gingivale est indiqué après éviction carieuse.

En l'absence de LCU, la chirurgie de recouvrement est indiquée pour les lésions de classe I, II et III de Miller. Dans le cas des classes I et II, le parodonte proximal n'est pas atteint et le pronostique de recouvrement est excellent. Pour les classes III, le parodonte proximal est atteint, et le pronostique de recouvrement est moins bon mais acceptable. La largeur de la lésion influence également ce pronostic : en effet, plus la lésion est large, moins le pronostic est bon.

Il semblerait que la présence de LCU débutantes (indice 1 ou 2 de la classification de LUSSI) ne remet pas en cause le recouvrement radiculaire chirurgical. Une étude menée par Santamaria en 2010 a même mis en évidence une amélioration du nombre de recouvrements complets dans ces conditions

avec des récessions de classe I et II de Miller. En effet, la présence d'une convexité radiculaire excessive influence de manière négative le taux de recouvrement. Les LCU radiculaires débutantes réduisent voire suppriment cette convexité²⁸.

Les LCU plus profondes (création d'une concavité radiculaire ou corono-radiculaire) influencent de manière négative le résultat des chirurgies parodontales de recouvrement, notamment en terme de recouvrement radiculaire complet²⁹.

II.1.1.2 Étude de l'environnement de la lésion et suppression des facteurs étiologiques

L'étude de la lésion, de sa forme et de sa position permettent dans la plupart des cas de mettre en avant le facteur étiologique déclenchant. Il est nécessaire de supprimer ce facteur avant toute thérapeutique afin de limiter le risque de récidive. Il ne faut cependant pas négliger les facteurs associés. Avant le traitement, il faut donc s'assurer que le patient ait un brossage atraumatique, supprimer autant que possible les apports acides exogènes et endogènes et supprimer les facteurs iatrogènes. La consommation de tabac entraîne un risque d'échec à cause de la diminution de la vascularisation dans le milieu buccal. Dans certains cas, elle peut même contre-indiquer la chirurgie plastique parodontale.

Le type parodontal est également important : il peut être un facteur étiologique associé, conditionner le résultat de la chirurgie ou limiter le choix de la technique chirurgicale à celles qui permettent d'épaissir la gencive kératinisée (greffes conjonctives ou gingivales). La présence de brides ou de freins avec une insertion haute peut également être un facteur étiologique à supprimer grâce à une freinectomy.

II.1.1.3 préparation du site opératoire et du patient

La chirurgie muco-gingivale ne peut s'envisager que si le patient est coopérant et que son contrôle de plaque est excellent. Pour cela, il est nécessaire de passer par une phase initiale pendant laquelle le praticien évalue la motivation du patient, l'efficacité de son brossage et l'évolution de sa pathologie. Il est également nécessaire d'étudier et de supprimer (lorsque cela est possible) les phénomènes étiopathogéniques à l'origine des lésions. Les risques hémorragiques ou infectieux doivent être connus avant l'intervention afin de prendre les mesures nécessaires. Avant toute chirurgie parodontale, le praticien doit obtenir le consentement éclairé du patient et l'informer sur tous les

risques et implications du traitement.

Avant la chirurgie, des repères sont à prendre afin de prévoir le recouvrement que l'on peut obtenir. Le résultat recherché est un recouvrement complet de la surface radiculaire. Pour les classes I et II de Miller, ce recouvrement complet est obtenu dans 51,5 % des cas, avec un taux de recouvrement de plus de 90 %. Pour les classe II de Miller, le recouvrement total est obtenu plus rarement et le taux de recouvrement est moindre³⁰.

Selon certains auteurs, la préparation chimique (acide citrique ou chlorhydrate de tétracycline) et mécanique (surfaçage) de la surface radiculaire exposée par la récession améliore les résultats, mais de nombreuses études n'ont pas relevé d'amélioration par rapport à une surface traitée uniquement par un surfaçage⁹. La vascularisation et la stabilité du lambeau et du greffon sont des éléments importants dans la réussite du traitement, tout comme les conditions techniques de l'opération. Il y a également une contraction de la plaie lors de la cicatrisation que le praticien doit prendre en compte pour améliorer les résultats (sutures stables, positionnement du lambeau 1mm au-delà de la JAC).

II.1.1.4 Évaluation des résultats

Les principaux critères d'évaluation des résultats d'une chirurgie de recouvrement sont la réduction de la récession (ou taux de recouvrement), correspondant à la différence de hauteur de la gencive avant et après la chirurgie, et le pourcentage de recouvrement complet, correspondant au nombre de lésions pour lesquelles la surface radiculaire est complètement recouverte. Pour ce critère, il est nécessaire d'évaluer la limite de recouvrement maximal (Maximum Root Coverage ou MRC). En 2010, Cairo et Pini-Prato ont proposé une méthode permettant de déterminer la ligne de JAC et le MRC en se basant sur la dent homologue contralatérale³¹. Une autre méthode proposée par Zuchelli en 2006 consiste à se baser sur les papilles interdentaires (lorsque c'est possible) afin de déterminer le MRC³². Ces 2 méthodes ont démontré leur efficacité dans la prise de repère avant une chirurgie de recouvrement.

Il est également nécessaire d'évaluer la santé parodontale. Pour cela, il faut relever la profondeur des poches résiduelles (Les poches parodontales sont considérées comme physiologiques si elles ne dépassent pas 2mm de profondeur) et le saignement au brossage et au sondage. L'aspect de la gencive indique également son état inflammatoire (une gencive marginale rouge indique une inflammation). Enfin, l'épaisseur de la gencive kératinisé joue un rôle important. Une gencive kératinisée large et épaisse réduit le risque de récidive et renforce le parodonte.

Ces critères évaluent la réussite du recouvrement mais pas le résultat esthétique. Pour Cela, Cairo a proposé en 2009 un indice appelé le Root Esthetic Score (RES). Celui-ci prend en compte 5 critères : Le niveau de la gencive marginale, le contour gingival, aspect de la gencive, la position de la LJMG et la couleur de la gencive³³. Selon lui, seul le recouvrement complet correspond à une réussite du traitement esthétique. Il faut cependant souligner que la perception du patient peut différer de celle du praticien, d'où l'importance de l'information avant traitement.

II.1.2 Mise en œuvre

II.1.2.1 Choix de la technique chirurgicale

Il existe plusieurs chirurgies plastiques parodontales indiquées dans le traitement des récessions gingivales associées à des LCU ayant chacune leurs indications, leurs avantages et leurs inconvénients. Le choix de la technique se fait en fonction de la lésion, de son emplacement et de l'environnement parodontal. Le choix du praticien doit également tenir compte de son expérience et de ses capacités.

Les chirurgies parodontales de recouvrement peuvent être classées en 3 catégories : les lambeaux pédiculés, les greffes et les régénérations tissulaires.

II.1.2.1.1 En présence de LCU débutantes

Dans ce cas, les indications des chirurgies sont les mêmes que pour les récessions gingivales sans LCU radiculaires. Leur efficacité est évaluée selon le taux de recouvrement et le pourcentage de recouvrement complet obtenu. En 2008, Borghetti et Monnet-Corti résument les indications du recouvrement radiculaire selon différents facteurs (figure 5).

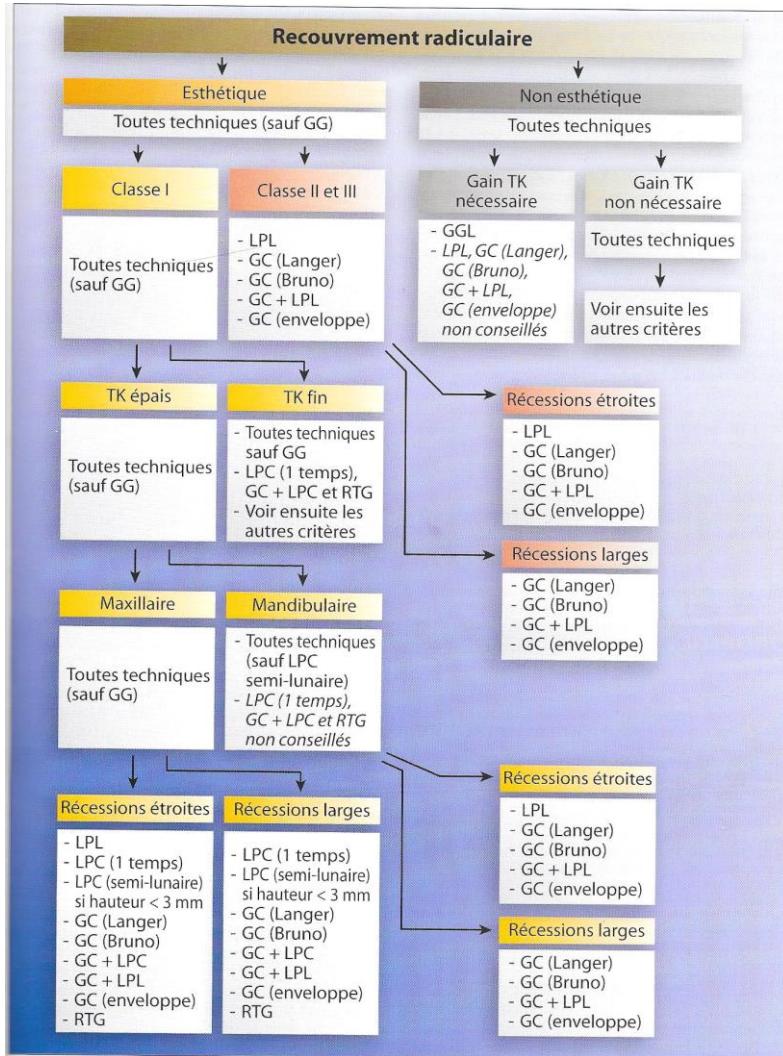


Figure 5 : aide à la décision dans le choix de la technique de recouvrement radiculaire (GC : greffe conjonctive ; GG : greffe gingivale ; LPC : lambeau positionné coronairement ; LPL : lambeau positionné latéralement ; RTG : régénération tissulaire guidée ; TK : tissu kératinisé). Il est à noter que la greffe conjonctive est le plus souvent associée à un LPC (Borghetti et Monnet-Corti, 2008)

Le lambeau positionné coronairement (LPC) reste la technique de référence. L'association de cette technique avec une greffe conjonctive (GC) ou des protéines dérivées de la matrice amélaire (EMD) permet d'améliorer les résultats en terme de recouvrement total et de taux de recouvrement. De même, l'association du LPC avec une matrice collagénique améliore le taux de recouvrement³⁴. Enfin, la GC augmente la quantité de tissu kératinisé sur le site opératoire, ce qui a pour effet de limiter le risque de récidive³⁵. Elle représente cependant une gêne supplémentaire pour le patient à cause du prélèvement du greffon (le plus souvent au palais).

Le lambeau positionné latéralement (LPL) est peu utilisé, car le LPC est une chirurgie plus simple et

plus efficace. Il peut cependant être indiqué en association avec une greffe conjonctive dans des cas très favorables. L'intérêt de cette technique réside dans l'utilisation du tissu gingival adjacent pour le recouvrement, ce qui donne un excellent aspect esthétique.

La greffe gingivale ou greffe épithélio-conjonctivite (GEC) représente une alternative aux lambeaux pédiculés. Son principal intérêt est le gain considérable en hauteur et en épaisseur de gencive kératinisée. Chez certains patient, le gain en épaisseur de ce tissu kératinisé peut constituer une gêne. On observe également un déplacement apical de la ligne de jonction muco-gingivale (LJMG). Le taux de recouvrement obtenu avec cette technique est légèrement diminué par rapport au LPC, et le recouvrement complet est statistiquement moins fréquent. De plus l'aspect différent du site opératoire (couleur, texture) en fait une technique contre-indiquée dans les secteurs esthétiques⁹.

L'apparition des techniques d'ingénierie et de régénération tissulaire ont apporté d'autres possibilité thérapeutiques. La régénération tissulaire guidée (RTG, procédé qui consiste à isoler le site à l'aide d'une membrane résorbable ou non) a montré son intérêt dans la sélection des cellules lors de la cicatrisation. Cette technique a été proposée pour la régénération d'une attache parodontale au niveau des récessions avancées (plus de 5mm). Concernant les statistiques, la RTG est aussi efficace que la greffe conjonctive. Elle présente en plus l'avantage de ne pas nécessiter de prélèvement et donc d'améliorer le confort du patient³⁶. Cette technique est très souvent délaissée au profit des greffes conjonctives et LPC pour les récessions associées à des LCU débutantes.

Les techniques de régénération tissulaire induite ont également des indications dans le recouvrement radiculaire. Il s'agit des protéines dérivées de la matrice amélaire (EMD, enamel matrix derivative, comme par exemple l'Emdogain®) et des matrices collagéniques. Elles sont utilisées en complément d'une chirurgie basique, le plus souvent un LPC. L'intérêt de ces biomatériaux est de recréer une attache parodontale complète. Les EMD permettent d'augmenter la chance d'obtenir un recouvrement complet grâce à une meilleure attache parodontale alors que les matrices collagéniques augmentent la quantité de tissu kératinisé obtenue³⁷.

II.1.2.1.2 en présence de LCU avancées

La présence d'une LCU plus marquée sur le site opératoire influence de manière négative le pronostique chirurgical. Les caractéristiques de la lésion radiculaire (hauteur, profondeur, position) influencent le taux d'échec des chirurgies²⁸. Les raisons de ce résultat pourraient être le manque de contact intime entre les tissu parodontaux et la surface radiculaire après chirurgie et la difficulté à

obtenir une bonne stabilité de ces tissus malgré les sutures²⁹. Ce manque de fiabilité peu pousser à contre-indiquer les lambeaux pédiculés si la LCU est trop développée.

Le taux recouvrement avec une greffe conjonctive associée à un LPC est beaucoup moins influencé par la présence de la LCU. Zuchelli a proposé en 2011 un protocole consistant à combler totalement l'espace créé par la lésion en roulant le greffon conjonctif dans la LCU. De cette manière, le lambeau est mieux soutenu et sa stabilité est obtenue plus facilement lors des sutures. L'efficacité de cette technique a été démontrée dans les cas où la distance entre la ligne de recouvrement maximal et la limite coronaire de la LCU est inférieure à la marge d'erreur due à la rétraction du lambeau (Figure 6C). Dans les cas où cette distance est suffisante (au moins 2mm), la lésion est simplement recouverte par un LPC (Figure 6B)³⁸.

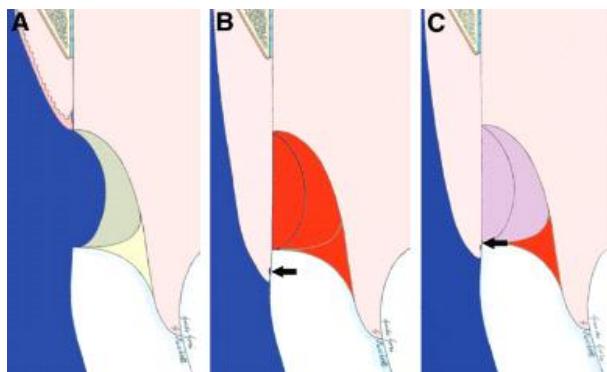


Figure 6 : Technique proposée par Zuchelli : A : récession gingivale associée à une LCU radiculaire ; B : recouvrement de la lésion par un LPC ; C : greffon conjonctif inséré dans la LCU et recouvrement par un LPC³⁸

Tout comme la greffe gingivale, les résultats des techniques de RTG semblent être moins affectés par la présence d'une LCU moyenne ou profonde que le LPC. Cela peut être due à la présence de tissu néoformé dans l'espace créé par la LCU. Cette hypothèse, suggérée par Pini-Prato en 1992, mérite d'être étudiée car même si la greffe gingivale et la RTG sont des techniques moins utilisées pour des raisons propres à chacune (esthétisme et morbidité du site donneur pour la greffe gingivale, difficulté opératoire et coût pour la RTG), elles pourraient représenter une solution au problème de traitement des récessions gingivales associées aux LCU²⁹.

Les LCU peuvent atteindre à la fois la racine et la couronne de la dent, entraînant ainsi la disparition de la JAC. Cela augmente la difficulté du recouvrement, notamment de son évaluation car la ligne de recouvrement maximal est alors difficile voire impossible à évaluer.

II.1.2.2 Amélioration de la cicatrisation et recommandations post-opératoires

Pour toute chirurgie buccale, la cicatrisation est un temps important conditionnant la réussite de l'acte. Pour améliorer cette cicatrisation, une bonne vascularisation du site opératoire est nécessaire. Par exemple, on observera de meilleures suites opératoires avec les greffes de conjonctif enfoui par rapport aux greffes gingivales, car le greffon est vascularisé par le périoste sur sa face interne et par le lambeau sur sa face externe. Cela réduit le risque de nécrose et accélère la cicatrisation⁹.

La gestion de la plaie est également un élément important. Une cicatrisation de première intention (berges de la plaie en contact) est à favoriser car elle est plus confortable pour le patient, plus rapide et plus fiable. Lors de l'intervention, le praticien veillera à obtenir une plaie stable grâce aux sutures afin de limiter le risque de réouverture qui pourrait retarder la cicatrisation. Le dernier élément à prendre en compte lors de l'intervention est la contraction de la plaie. Le praticien doit l'anticiper et suturer les lambeaux 1mm au-dessus de la ligne de recouvrement maximal. De même pour les greffes, le greffon doit être légèrement plus grand que le site receveur⁹.

Les recommandations post-opératoires doivent être claires, précises et accompagnées d'une ordonnance adaptée. Le site opératoire doit être protégé au début de la cicatrisation (arrêt du brossage sur le site pendant quelques jours puis reprise avec une brosse à dent adaptée, faire attention à ce que le patient ne passe pas la langue dessus, éviter les contacts avec le bol alimentaire). Sa protection par des pansements chirurgicaux type COEpac® doit être évitée car ceux-ci sont préjudiciables pour l'hygiène du site. La prescription comprend un bain de bouche adapté (souvent à base de Chlorhexidine pour son action anti-inflammatoire) et des antalgiques de classe I. La prescription d'antibiotique n'est pas nécessaire sauf en cas de chirurgie osseuse ou de mise en place d'une membrane de régénération tissulaire.

II.1.3 Intérêts et limites de la chirurgie de recouvrements

Les chirurgies muco-gingivales donnent d'excellents résultats esthétiques si la technique utilisée est adaptée au cas. Les études concernant le RES ont démontré qu'elles permettent de replacer la gencive à son niveau physiologique, de retracer le contour gingival et que l'aspect gingival post-opératoire est excellent³¹. Si le recouvrement est complet, toute LCU située sur la surface radiculaire sera recouverte et donc cachée par le parodonte. Cependant, si la LCU est située sur la JAC, elle aura une portion coronaire qui ne sera pas recouverte, ce qui peut entraîner un trouble esthétique résiduel. La chirurgie parodontale est donc parfois insuffisante pour traiter entièrement l'esthétique buccale en

présence de récessions gingivales associées aux LCU.

L'efficacité de certaines chirurgies est liée à l'apport de tissu kératinisé. Cela permet de renforcer le parodonte et de limiter les récidives. Ces chirurgies permettent donc de ralentir voir de stopper l'évolution de récessions gingivales. De plus, la technique de Zucchelli consistant à insérer un greffon conjonctif dans la LCU et la création d'une attache complète au niveau d'une LCU par une RTG démontrent qu'il est possible de traiter certains défauts dentinaires avec des moyens muco-gingivaux. Pourtant, la présence de LCU avancées reste toujours un facteur d'échec de recouvrements gingivaux par rapport au traitement d'une récession gingivale seule.

L'hypersensibilité est une des raisons de consultation des patients atteints par ce type de lésion. Cette hypersensibilité est due à l'exposition des tubuli dentinaires qui transmettent les stimuli thermiques à la pulpe de la dent. Le recouvrement de ces tubuli par du tissu muqueux devrait permettre de réduire cette hypersensibilité. Même si ce phénomène est effectivement observé, la chirurgie muco-gingival ne peut pas encore être considérée comme une méthode efficace de réduction de l'hypersensibilité dentinaire³⁹.

Ces éléments ont poussé les auteurs à associer les traitements restaurateurs et chirurgicaux afin de maximiser l'efficacité de nos soins dans le traitement des récessions gingivales associées aux LCU.

II.2 Traitements restaurateurs

II.2.1 Indications

La mise en place d'un composite de restauration est la méthode la plus utilisée par les chirurgiens-dentistes pour traiter les LCU associées aux récession. Bien que ce traitement soit efficace contre les hypersensibilités et donne un résultat esthétique satisfaisant (pour la dent uniquement), d'autres possibilités thérapeutiques existent et ne sont pas à négliger.

Avant tout soin, il est nécessaire de connaître le processus étiologique qui a mené à la lésion. En cas d'abfractions, une équilibration occlusale peut suffire à stopper l'évolution de la lésion. Celle-ci vise uniquement à supprimer les interférences et peut être faite uniquement si ces interférences ont été mises en évidence. Le but étant de supprimer le stress occlusal sur les dents concernées, le remplacement des dents absentes et la prescription de gouttières de bruxisme sont recommandées si besoin⁴⁰.

Si l'étiologie principale s'avère être un brossage traumatisant ou des habitudes traumatisantes, le traitement consiste avant tout à redonner au patient des habitudes atraumatiques. De même, l'érosion peut être supprimée en limitant les apports acides dans l'alimentation ou avec un suivi psychologique pour les patients boulimiques.

Une fois l'étiologie maîtrisée, les soins restaurateurs peuvent être indiqués si le patient souffre d'hypersensibilité dentinaire due aux LCU ou si celles-ci ont un impact esthétique. Il faut cependant prendre en compte le fait que les restaurations cervicales sont les moins pérennes.

II.2.2 Matériaux utilisés

La restauration de ces lésions nécessite un protocole adhésif. Les matériaux utilisés sont donc des ciments verre-ionomères modifiés par adjonction de résine (CVIMAR) ou des composites. La proximité de la cavité avec la gencive (même en présence d'une récession) entraîne un problème supplémentaire car même si certaines études montrent une très bonne compatibilité de ces matériaux avec les tissus parodontaux⁴¹, d'autres études histologiques montrent que les composites peuvent entraîner des dommages cellulaires⁴². Il semblerait qu'avec la méthode appropriée, ces dommages sont réduits et la restauration cervicale au composite est compatible avec une bonne santé parodontale⁴³. Ce type de restauration peut également être rétentrice de biofilm au niveau du joint dent/matériaux. Il semblerait que ce phénomène soit moins marqué avec les CVIMAR⁴⁴. Enfin, il faut prendre en compte le fait que les composites ont montré une meilleure tenue dans le temps que les CVIMAR⁴⁵.

II.2.3 Difficultés liées à l'acte

Les principales difficultés liées à ce type de soin sont l'isolation, la gestion du profil d'émergence, l'insertion du composite et le polissage. En 2010, Perez a proposé un protocole de mise en place du matériau dans la cavité qui prend en compte chacune des difficultés habituellement rencontrées dans la restauration des lésions cervicales. Afin d'isoler correctement la cavité et recréer un profil d'émergence correct, elle propose la mise en place d'une matrice transparente avec 2 coins de bois, puis l'isolation de la dent avec une digue liquide photopolymérisable. Après mise en place d'un composite, la surface de la restauration est polie de manière à minimiser la rétention de biofilm⁴³.

II.2.4 Intérêts et limites de la restauration des LCU

La restauration de la surface mise à nue par la récession présente l'avantage de supprimer la dyschromie liée à l'exposition de la dentine par la LCU et d'être facile à mettre en œuvre. L'évolution des composites a permis d'obtenir un excellent mimétisme entre la restauration et la dent. Dans certains cas, si la récession est importante, l'utilisation de composites de teinte gencive peut suffire à redonner une esthétique correcte. Dans la plupart des cas, un soin restaurateur suffit à supprimer l'hypersensibilité dentinaire. Si une sensibilité résiduelle persiste, cela peut être due aux tubuli de la surface radiculaire non traitée.

Pourtant, ces soins posent toujours un problème de longévité. En effet, ils sont souvent sujets à des pertes prématuées, des fractures, une infiltration du joint matériau/dent ou à des caries secondaires. Cela est due, en plus des difficultés d'isolation et d'insertion des matériaux, à une différence de propriétés mécaniques entre la dent et le matériau⁴⁶. De plus, des dyschromies peuvent apparaître avec le temps et entraîner un préjudice esthétique⁴⁷.

Enfin, la présence d'un soin au contact de la gencive marginale peut aggraver la récession parodontale. Même si la cytotoxicité des composite ne semble pas toujours en être la cause, la rétention de biofilm au niveau du joint cervical peut être à l'origine d'une maladie parodontale et donc d'une récession.

PARTIE III : ASSOCIATION DES TRAITEMENT CHIRURGICAUX ET RESTAURATEURS

III.1 Hypothèse et indications

Les traitements traditionnels des récessions gingivales associées à des LCU ont chacun leurs limites et leurs défauts. Certains auteurs ont mené des études sur le recouvrement des restaurations cervicales en ayant pour hypothèse que leur association améliore les résultats esthétiques et fonctionnels du traitement. Le principal intérêt esthétique est d'allier la correction des dyschromies liées à la mise à nue de la dentine avec un contour gingival harmonieux, redonnant ainsi une bonne esthétique « blanche » et « rose »⁴⁸.

D'un point de vue fonctionnel, la restauration de la surface radiculaire donne un support pour les tissus parodontaux, réduisant ainsi les échecs des chirurgies de recouvrement sur les LCU. De plus, la reconstruction de la JAC avec un composite ou un CVIMAR donne des repères permettant de délimiter la ligne de recouvrement maximum^{31,38}. Cette hypothèse est cependant très discutée à cause du manque de biocompatibilité de certains matériaux, notamment du composite. La protection de la restauration cervicale par du tissu parodontal est théoriquement insuffisante pour prévenir les pertes et fractures de matériaux à ce niveau. Il est cependant possible qu'elle limite les phénomènes d'infiltration et de caries secondaires. Pour cela, la restauration doit être située entièrement sous la JAC donc seules les LCU radiculaires sont concernées.

Les LCU débutantes ne sont pas concernées par l'association des traitements car les soins restaurateurs ne sont pas indiqués et les résultats des chirurgies de recouvrement sont excellents. L'ensemble des LCU moyennes et profondes pouvant être restaurées par un matériau inséré en phase plastique peuvent être concernées par cette association de traitements. La récession associée doit pouvoir être recouverte. Les lésions de classe I et II de Miller et plus rarement les récessions de classe III sont concernées.

III.2 Étude de la littérature

III.2.1 Récapitulatif des études sur l'association des traitements

article	patients	méthode	résultat	discussion
a technique to identify and reconstruct the cementoenamel junction level using combined periodontal and restorative treatment of gingival recession. A prospective clinical study. (Cairo et Pini Prato, 2010) ³¹	12 patients, 25 récessions de classe I ou II de Miller avec perte partielle ou complète de la JAC due à une LCU.	JAC déterminée en comparaison avec la dent adjacente ou controlatérale. Restauration : Si l'usure n'est qu'en surface, la JAC est reconstruite au composite. Si l'usure est plus profonde, la partie coronaire et la JAC sont reconstruites au composite, sans combler la partie radiculaire de la lésion. Chirurgie : si usure de surface : LPC ; si Usure plus profonde : LPC+ greffes de conjonctif insérée dans la partie radiculaire de la LCU (sous le soin). La chirurgie est réalisée après le soin	A 2 ans : 5 patients (10 lésions) ont eu un LPC + greffe, 7 patients (15 lésions) ont eu un LPC seul. Le Taux de recouvrement est de 90 %, avec 20 récessions (80%) qui ont un recouvrement complet. Aucune complication ni aucune sensibilité n'a été observée après traitement. Il n'y a pas de perte de restauration après 2 ans. Le parodonte marginal au niveau des sites traités est sain.	L'absence de JAC peut amener le patient à penser qu'une chirurgie gingivale recouvre la LCU à 100%, ce qui n'est pas toujours le cas. La JAC est un repère essentiel dans la réussite du recouvrement. La méthode utilisée dans cette étude pour reconstruire la JAC semble fiable. Une attache épithéliale peut être observée sur des résines de restauration.
cervical restoration and the amount of soft tissue coverage achieved by coronally advanced flap : a 2-year follow-up randomized-controlled clinical trial (Santamaria et Ass, 2009) ²	16 patients, avec des récessions bilatérales de classe I de Miller avec LCU d'une profondeur de 1 à 2 mm sur les canines et premolaires maxillaires	JAC déterminée selon la méthode de Zuchelli (2006) ³² Groupe témoins : LPC Groupe test : LPC + CVIMAR posé pendant la chirurgie	A 2 ans : Pas de différence significative entre les 2 groupes pour le taux de recouvrement, la santé parodontale et le gain d'attache. Aucune LCU a été entièrement recouverte dans les 2 groupes. Les restaurations sont toutes en place mais 7 sur 16 présentent une différence de couleur avec la dent (elles deviennent plus sombre).	La restauration n'impacte pas le résultat du LPC. La perte de la JAC ne permet pas de comparer cette technique avec un LPC sur une racine saine. La partie non recouverte de la lésion est située sur la couronne de la dent, avec une JAC déterminée selon la méthode de Zuchelli. La modification de couleur de la restauration après 2 ans est due à une modification de l'état de surface, sans impact sur la parodontie. Un patient s'est plaint de dyschromie, qui a été corrigée par une fine couche de composite sur la partie supra-gingivale. Aucune échelle d'évaluation n'a été utilisée dans cette étude, seule la satisfaction du patient a été relevée.
connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-canous cervical lesion : a randomized-controlled clinical trial (Santamaria et Al, 2009) ⁴³	40 patients présentant des récession de classe I de Miller associées à des LCU de 1 à 2 mm de profondeur sur les canines et/ou prémolaires maxillaires.	groupe témoin : greffe conjonctive + LPC Groupe test : greffe conjonctive + LPC + CVIMAR posé pendant la chirurgie	A 6 mois : Pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la santé parodontale, le recouvrement et le gain d'attache. 3 sites du groupe témoins et 4 du groupe test ont eu un recouvrement à 100 %. Dans le groupe témoin, 35 % des patients ressentent encore des sensibilités dentaires, contre 5 % dans le groupe test.	Le soin de la LCU par un CVIMAR ne modifie pas le taux de recouvrement et n'entraîne pas d'inflammation gingivale. La JAC n'apparaît pas à cause de la LCU, on ne peut donc pas comparer ces résultats à ceux d'une étude menée sur une racine saine. La JAC a été calculée selon la méthode de Zuchelli (2006) ³² . Le recouvrement à 100 % de 7 lésion est probablement du à la greffe conjonctive qui prévient de la rétraction du lambeau dans l'espace créé par la LCU. L'association d'un soin et d'une chirurgie diminue les sensibilités dentaires.

article	patients	méthode	résultat	discussion
connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions : microbiological and immunological results (Santamaria et Al. 2013) ⁵⁰	34 patients présentant des récessions de classe I de Miller associées à des LCU de 1 à 2 mm de profondeur sur canines et prémolaires (Santamaria et Al. 2013) ⁵⁰	Patients répartis en 2 catégories : LPC + greffe conjonctive et LPC + greffe conjonctive + restauration (CVMAR) posée pendant la chirurgie analyse du biofilm sous-gingival le jour de la chirurgie, à 45 jours et à 6 mois	A 6 mois : recouvrement des restaurations sur environ 70 % de leur hauteur Aucune différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne la profondeur de poche après traitement (0, 45 jours et 6 mois) Pas de différence significative dans la constitution microbiologique de la plaque sous-gingivale entre les 2 groupes. Pas de différence significative entre les 2 groupes pour les marqueurs de l'inflammation.	Le recouvrement d'une restauration n'induit pas nécessairement une inflammation gingivale. La présence d'un hiatus avec un traitement adhésif peut être à l'origine d'une accumulation de plaque, causant ainsi une gingivite. Etude sur 6 mois seulement.
	59 patients : 39 présentant une récession classe I de Miller de 2 à 5mm avec LCU sur les canines et/ou prémolaires maxillaires et 20 patients présentant une récession de classe II de Miller de 2 à 5mm sans LCU sur les canines et/ou prémolaires maxillaires (Lucchesi et Al. 2007) ⁵¹	Groupe témoin : récession sans LCU traitée avec LPC Groupe test : lésion mixte traitée avec CVMAR, puis un LPC est réalisé 2 semaines après. Groupe test : lésion mixte traitée avec résine composite microchargée puis un LPC est réalisé 2 semaines après.	A 6 mois : Pas de différence entre les groupes pour la santé parodontale Le groupe témoin présente un taux de recouvrement de 80 % avec 11 site ayant un recouvrement à 100% contre 72 et 73 % pour les groupes tests avec chacun 3 sites ayant un recouvrement de 100%.	La comparaison statistique du taux de recouvrement entre le groupe témoin et les groupes tests n'est pas valable à cause de la présence ou de l'absence de LCU. Le choix d'un composite ou d'un CVMAR n'influence pas la réussite du LPC. La présence d'une restauration n'impacte pas la santé gingivale ou la présence de plaque sous-gingivale. Les tests in vitro ont démontré une cytotoxicité du CVMAR, qui n'est pas retrouvée cliniquement. Un bon polissage des résines composites a permis de réduire l'accumulation de plaque sous-gingivale, réduisant ainsi les effets néfastes du matériau sur le parodonte.
coronally positionned flap plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions : a randomized controlled clinical trial (Santamaria et Al. 2008) ⁵²	19 patients, présentant un récession bilatérale de classe I de Miller associée à une LCU d'une profondeur de 1 à 2 mm sur les canines et prémolaires maxillaires. 38 lésions en tout, répartis en 2 groupes : témoin et test.	groupé témoin : LPC Groupe test : LPC + CVMAR posé pendant la chirurgie	A 6 mois Pas de différence significative pour les 2 groupes en ce qui concerne le taux de recouvrement, le gain d'attache et la santé parodontale. Aucune LCU a été recouverte à 100 %. 68 % des sites sont à l'origine de sensibilités dentaires. (moins de patients se plaignent de sensibilités après l'étude dans le groupe test. Aucune échelle de valeur n'a été utilisée, seule la sensation ou non de sensibilités à été prise en compte).	La présence d'une restauration cervicale ne porte pas préjudice au taux de recouvrement à 6 mois. La JAC prise dans cette étude est la limite coronale des LCU Les restaurations n'ont entraîné aucune inflammation gingivale et ont permis une diminution des sensibilités dentaires. (moins de patients se plaignent de sensibilités après l'étude dans le groupe test. Aucune échelle de valeur n'a été utilisée, seule la sensation ou non de sensibilités à été prise en compte).

article	patients	méthode	résultat	discussion
	94 patients, présentant une LCU (caractérisée par sa position, sa profondeur) associée à une lésion de classe I (26 lésions), II (20 lésions), III (38 lésions), ou IV (10 lésions) de Miller. Pas de molaires. Groupes faits selon le maximum root coverage (MRC) qui est déterminé en fonctions des papilles interdentaires : - type 1 : MRC > 1mm en coronaire de la limite coronale de la LCU (15 lésions). - type 2 : MRC ≤ 1mm en coronaire de la limite coronale de la LCU (18 lésions). - type 3 : MRC située dans la portion la plus profonde de la LCU (27 lésions). - type 4 : MRC située en apicale de la portion la plus profonde de la LCU (19 lésions). - type 5 : MRC au niveau ou en apical de la limite apicale de la LCU. (15 lésions). Non-carious cervical lesions associated with gingival recessions : a decision-making process (Zucchelli et Al. 2011) ³⁸	évaluation sur 1 an. Critères objectifs et esthétiques (patient) Traitement choisi en fonction de la LCU : - Traitement 1 : LCU radiculaire associée à une classe I ou II de Miller. Traitement : LPC 1mm au dessus de la MRC - Traitement 2 : LCU radiculaire associée à une classe I ou II de Miller mais la MRC n'est pas située suffisamment au dessus de la limite coronale de la LCU pour assurer son recouvrement. Traitement : LPC avec greffon conjonctif inséré dans la LCU - Traitement 3 : LCU corono-radiculaire associée à une classe I, II ou III de Miller. Odontoplasty + composite (uniquement au dessus de la MRC) + LPC - Traitement 4 : LCU radiculaire associée à une classe II de Miller ou LCU corono-radiculaire associée à une classe I ou II de Miller avec la portion la plus profonde au dessus de la JAC. Composite + LPC 1mm au dessus de la limite apicale du composite - Traitement 5 : LCU radiculaire associée à une classe III ou IV de Miller. Le traitement initial est uniquement restaurateur. Un LPC a été réalisé si les conditions le permettaient (classe II de Miller).		L'utilisation des papilles interdentaires pour déterminer le MRC clinique permet d'adapter le traitement selon le type de LCU. Il n'y a pas de corrélation entre la satisfaction esthétique du patient et la mesure du recouvrement par un praticien. Ceci suggère que la demande esthétique du patient est liée à la couleur jaune (dentine) observée au collet. Peu de recouvrements complets avec les classes III de Miller. Un excellent profil d'émergence a pu être obtenu dans la majorité des cas, favorisant le traitement. Les traitements proposés donnent de bons résultats esthétiques

article	patients	méthode	résultat	discussion
periodontal surgery an glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-carious cervical lesion : report of three cases (Santamaria et Al. 2007) ¹⁸	Patient 1 : classe I de Miller avec LCU de 2 à 3 mm de hauteur (perte de la JAC) sur 13 et 14 (sensibilité). Patient 2 : classe I de Miller avec LCU de plus de 3 mm de hauteur et 2 mm de profondeur (perte de la JAC) sur 23 Patient 3 : classe I de Miller avec LCU	Patient 1 : LPC + Greffe conjonctive + CVIMAR Patient 2 : LPC + CVIMAR Patient 3 : LPC + greffe conjonctive + CVIMAR Les restaurations sont réalisées pendant les chirurgies.	Patient 1 : à 6 mois : plus de sensibilité, esthétique satisfaisante pour le patient. Gain d'attache de 2mm pour la 13 et 1mm pour la 14, pas de signe d'inflammation. Patient 2 : à 8 mois : esthétique satisfaisante pour le patient, gain de 2 mm d'attache, pas de signes d'inflammation. Une partie de la restauration est sous-gingivale. Patient 3 : à 6 mois : esthétique satisfaisante pour le patient, gain de 2 mm d'attache, pas de signe d'inflammation. Une partie de la restauration est sous-gingivale.	La méthode de traitement est choisie en fonction des paramètres anatomiques locaux. Gain d'attache, avec une partie de la restauration en sous-gingivale et une portion sous-gingivale.
Randomized controlled clinical trial evaluating connective tissue graft plus resin-modified ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion : a 2-year follow-up (Santamaria et Ass, 2013) ⁴⁷	36 patients, classe I de miller associée à une LCU d'une profondeur de 1 à 2 mm.	groupe contrôle : greffe conjonctive + LPC Groupe test : greffe conjonctive + LPC + CVIMAR Dans les 2 groupes le LPC recouvre toute la lésion/restauration	Bon recouvrement pour les 2 groupes, pas de différence significative entre eux. Gain d'attache pour les 2 groupes, sans différence significative entre eux. De même pour le gain de tissu kératinisé, augmentation des profondeurs de poche d'environ 1mm	Prendre en compte les éléments anatomiques afin de déterminer la MRC et la JAC La périéntité du traitement combiné peut être remise en cause par la partie sous-gingivale de la restauration. Résultats stables après 2 ans. L'ajout d'un greffon conjonctive à un LPC semble rendre les résultats plus stables. Aucune différence observée dans cette étude. Malgré la situation sous-gingivale de la restauration, il n'y a pas de saignement au sondage.
the influence of local anatomy on the outcome of treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions (Santamaria et Al. 2010) ²⁸	55 patients, 78 lésions en tout. Récession de 1mm ou plus en classe I de Miller, associée à une LCU de 1 à 2 mm de profondeur.	Group 1 : LPC Group 2 : LPC + CVIMAR Group 3 : greffe conjonctive (+LPC) + CVIMAR Group 4 : greffe conjonctive (+LPC) + CVIMAR Les restaurations sont réalisées lors des chirurgies. Évaluation de l'influence de 9 critères anatomiques sur le recouvrement et le gain d'attache.	Après 6 mois : Avec un LPC, plus la lésion est haute et profonde, plus son recouvrement sera important. Une augmentation de la distance entre le rebord osseux et la lésion favorise le gain d'attache. Avec une greffe, plus la lésion est profonde et plus la distance entre le rebord osseux et la LCU est grande, plus le recouvrement est important. Une augmentation de la distance entre le rebord osseux et la lésion améliore le gain d'attache.	Après 2 ans, 8 restaurations sur 18 présentent une dischronie avec la dent. Manque d'analyses esthétiques.

article	patients	méthode	Résultat	discussion
Treatment of gingival recessions associated to cervical abrasion lesions with subepithelial connective tissue graft : a case report (Deliberado et Ass. 2009) 53	1 patient, récession de classe I de Miller au niveau de 13 et 15, et classe II de Miller au niveau de 14 et 16. LCU de 2mm de profondeur sur 14, 15 et 16, qui touchent à la fois la couronne et la racine des dents.	Restauration : composite micro-chargé 10 jours après : LPC de 13 à 17 + greffe conjonctive.	Résultats à 18 mois : bon recouvrement, bonne santé parodontale, attache rampante	La profondeur de la lésion (2mm) remet en cause le recouvrement de la racine par une chirurgie muco-gingivale seule. Formation d'un épithélium de jonction long.
Use of connective tissue graft for the coverage of composite resin-restored root surfaces in maxillary central incisors (Deliberador et Ass. 2012) 54	1 patient, récession de classe I de Miller, associée à une LCU de 2mm de profondeur sur les incisives centrales maxillaires.	Restauration : composite micro-chargé 10 jours après : LPC + greffe conjonctive.	Résultats relevés à 2, 6, 12 et 24 mois. A 24 mois : bon recouvrement, sans inflammation gingivale.	La profondeur de la lésion (2mm) remet en cause le recouvrement de la racine par une chirurgie muco-gingivale seule. Le recouvrement du composite n'a pas donné d'inflammation gingivale. Profondeur de poche d'1mm : présence d'un épithélium de jonction long, stable à 24 mois.

Articles identifiés mais non accessibles :

Esthetic evaluation of different approaches to treat gingival recession associated with non-carious cervical lesion treatment: a 2-year follow-up. (Santamaria_2014)⁵⁵

Non-carious cervical lesions associated with multiple gingival recessions in the maxillary arch. A restorative-periodontal effort for esthetic success. A 12-month case report. (Allegri et Ass., 2010)⁵⁶

Interdisciplinary Treatment of Cervical Lesions (Allen et Winter, 2011)⁵⁷

combined periodontal and restorative approach to the treatment of gingival recessions with noncarious cervical lesions case treated with acellular dermal matrix allograft and compomer restoration (Efegli et Al. 2012)⁵⁸

connective tissue graft and resin glass ionomer for the treatment of gingival recession associated with noncarious cervical lesions : a case series (Santamaria et Al 2011)⁵⁹
gingival recession associated with noncarious cervical lesions. combined periodontal-restorative approach and the treatment of long-term aesthetic complications (Santamaria et Al. 2012)⁶⁰

III.2.2 Synthèse des articles

III.2.2.2 Matériel et méthodes utilisés par les auteurs

Toutes les études citées dans le tableau ci-dessus concernent des récessions de classe I ou II de Miller associées à des récessions, le plus souvent des classes I. L'étude menée par Zuchelli en 2011 inclut également des patients avec des récessions de classe III et IV. Cependant, aucune chirurgie n'est possible pour les lésions de classe IV et le recouvrement des récessions de classe III n'est pas fiable en terme de recouvrement complet. Dans 8 études, il est précisé que les LCU ont une profondeur de 1 à 2mm. Les dents traitées sont en général des canines et prémolaires maxillaires et parfois des incisives maxillaires. Aucune étude n'a été menée sur des molaires.

Les techniques chirurgicales utilisées sont soit un LPC (associé ou non à une restauration), soit un LPC avec greffe conjonctive (associé ou non à une restauration). La plupart du temps, la restauration de la LCU est réalisée pendant le temps chirurgical. Les matériaux utilisés pour la restauration sont des composites et CVIMAR. Leur mise en place se fait sous digue et après préparation mécanique du site avec des fraises de finition et des curettes. Les finitions et le polissage sont effectués avec soin afin de limiter la rétention de plaque.

Dans la plupart des études, l'efficacité des actes est évaluée grâce au taux de recouvrement, au nombre de recouvrements complets et au gain d'attache et de tissu kératinisé. L'aspect esthétique est parfois évalué avec des moyens subjectifs (avis du patient ou du praticien). La santé parodontale est évaluée grâce à l'absence de saignement ou de poches parodontales. La période de réévaluation varie de 6 mois à 1 an. Une étude menée par Santamaria en 2013 étudie les aspects immunologiques et microbiologiques d'une greffe conjonctive avec LPC sur les CVIMAR.

III.2.3 Synthèse des résultats

III.2.3.1 Intérêts de la reconstruction de la JAC

Dans de nombreux cas, la LCU entraîne la disparition de la JAC. Il s'agit pourtant d'un repère essentiel des chirurgies de recouvrement. Les auteurs ont donc proposé de reconstruire la JAC à l'aide d'un matériau de restauration afin de pouvoir évaluer le MRC et d'adapter la position du LPC en fin de chirurgie. Les méthodes utilisées pour cela sont celle de Cairo et Pini-Prato (2010) basée sur les dents homologues contralatérale et celle de Zuchelli (2006) basée sur la hauteur des papilles interdentaires et de la JAC proximale. Ces 2 méthodes se sont révélées efficaces pour déterminer une

JAC et un MRC fiables. Il est cependant important de remarquer que la JAC étant déterminée par l'opérateur, aucune comparaison avec une chirurgie sur dent saine ou avec une JAC visible n'est valable.

III.2.3.2 Efficacité du recouvrement

Les résultats en terme de recouvrement sont aussi bon, et dans certains cas meilleurs que ceux d'une chirurgie seule. Le taux de recouvrement est de l'ordre de 90 % avec un recouvrement complet pour 80 % des lésions^{31,51}. Dans le cas d'une LCU de 2mm ou plus, il a été démontré que les résultats de la chirurgie seule sont remis en cause. La mise en place d'un matériau dans le but de réduire la profondeur de la LCU permet d'obtenir les mêmes résultats avec une greffe conjonctive et un LPC qu'en l'absence de LCU. Il est important de noter qu'un recouvrement complet ne signifie pas que toute la restauration sera recouverte. En effet, seule la partie radiculaire (sous la JAC) est concernée, la partie coronaire restant sus-gingivale après cicatrisation⁴⁹.

En 2010, Santamaria a étudié les éléments anatomiques locaux susceptibles d'influencer le recouvrement des récessions associées à des LCU. Ses observations peuvent être appliquées lors de la taille de la restauration cervicale. La réalisation d'une convexité radiculaire n'est pas favorable au recouvrement. Cette étude souligne également l'importance de la JAC dans le succès du traitement.

III.2.3.3 Santé parodontale après traitement

La santé parodontale est un élément essentiel dans ce type de traitement car elle conditionne la cicatrisation et la pérennité des résultats. La mise en place d'une restauration à base de résine est souvent déconseillée au contact de la gencive. Il semblerait en effet que ce contact soit à l'origine de dommages cellulaires, surtout sur l'ADN⁴². En clinique, il n'est pas rare d'observer des maladies parodontales localisées autour de composites cervicaux. Cependant, ces pathologies semblent être liées en réalité à l'accumulation de plaque à cause d'un hiatus ou d'une surface rugueuse. En effet, une étude menée sur le chien en 2007 a démontré des preuves de biocompatibilité des matériaux à base de résine, malgré le fait que ceux-ci interfèrent dans le développement d'une attache conjonctive⁶¹.

En 2013, une étude menée par Santamaria a démontré l'absence de différence microbiologique et immunologique des tissus parodontaux exposés ou non à des CVIMAR. Ces études corroborent les résultats des études sur le recouvrement de composites ou de CVIMAR qui n'ont pas relevé d'inflammation gingivale après traitement (absence de poches parodontales et de saignements

sulculaires). De plus, certaines études ont mis en évidence l'apparition d'une attache épithéliale sur le matériau de restauration^{31,53,54}. La perte d'attache est ainsi réduite. Pour obtenir ce résultat, il est important d'avoir un bon joint matériau-dent, sans sur ou sous-contour, ainsi qu'un état de surface le plus lisse possible. Plus d'études sont nécessaires afin d'évaluer l'influence du matériau dans les traitements combinés des récessions associées à des LCU. L'utilisation d'un greffon conjonctive permet également de renforcer le parodonte car il permet d'augmenter la hauteur et l'épaisseur de tissu kératinisé.

III.2.3.4 Résultats esthétiques et sensibilités dentinaires

Un des principaux objectifs de l'association des 2 traitements est de restaurer la dent de manière esthétique, et de l'entourer par une gencive saine avec un contour gingival régulier. Pour toutes les études où l'esthétique est un critère d'évaluation post-opératoire, les patients étaient satisfaits. Il faut cependant noter qu'aucun indice n'a été utilisé, seule la satisfaction ou non du patient est relevée. Zuchelli souligne qu'aucune corrélation n'a pu être établie entre la satisfaction du patient et le taux de recouvrement évalué par le praticien. Une légère irrégularité du contour gingival peut donc être tolérée par le patient. Il évoque la disparition de la dyschromie dentaire grâce à un matériau de restauration esthétique pour expliquer cette observation³⁸. Dans le cas d'une LCU avec une partie coronaire, il faut bien prendre en compte le fait qu'une partie de la restauration sera visible, et l'expliquer au patient avant le traitement.

L'autre objectif principal de ce traitement est la diminution des sensibilités. L'association des 2 traitements est plus efficace dans le traitement de ces sensibilités que le traitement chirurgical seul. Dans 2 études, Santamaria relève des sensibilités résiduelles chez 5 % des patients des groupes test contre 35 à 45 % des patients des groupes témoins^{49,52}. Cairo et Pini-Prato n'ont observé aucune sensibilité résiduelle sur 12 patients. Les LCU concernées ayant au moins 1mm de profondeur, il s'agit de lésions moyennes ou avancées. La sensibilité est donc probablement due aux LCU, ce qui explique que leur comblement par un matériau restaurateur diminue ces sensibilités. En cas de chirurgie seule, si une portion de la LCU reste au-dessus de la gencive, les sensibilités seront toujours présentes.

III.2.3.5 Pérennité des résultats

- récidive des récessions

La présence d'un matériau de restauration sous-gingival peut être un facteur de récidive des

récessions. Les études les plus longues sont menées sur 2 ans, et ne mettent en évidence aucune récidive. Les matériaux présentent donc une certaine biocompatibilité. Une des études menées par Deliberador a mis en évidence la présence et la stabilité d'un épithélium de jonction long sur un composite. Le plus important est de conserver une surface radiculaire lisse et propre. Cependant, d'autres études sur le long terme doivent être menées⁵⁴.

-perte de restaurations, dyschromies :

Aucune perte ou fracture d'obturation n'a été observée. Il faut souligner que les pertes de restaurations cervicales après 2 ans sont rares avec les composites et les CVIMAR³². Dans une étude de 2009, Santamaria rapporte 7 dyschromies avec des CVIMAR sur 16 patients après 2 ans. Celles-ci sont dues pour la plupart à un changement de l'état de surface : un polissage suffit à corriger le défaut. Dans 1 cas, l'application d'une fine couche de composite a été nécessaire pour corriger le défaut esthétique. Une autre étude de Santamaria en 2013 rapporte 8 cas de dyschromies avec des CVIMAR sur 18 patients. Comme précédemment, 1 cas de dyschromie a nécessité la pose d'une fine couche de composite. Ce changement de teinte n'apparaît pas avec le composite.

CONCLUSION

De nos jours, la pratique dentaire ne consiste pas uniquement à appliquer un protocole de soin indiqué selon la pathologie, mais également à étudier tous les facteurs étiologiques, les symptômes et les conséquences de cette pathologie qui devront être pris en compte dans un plan de traitement précis et adapté. De plus, l'esthétique devient une doléance fréquente de la part des patients.

Les récessions associées aux LCU en sont l'exemple type. Les possibilités thérapeutiques sont très nombreuses et peuvent être adaptées non seulement à la lésion et aux facteurs associés, mais également à la demande du patient. Même avec ces éléments, le chirurgien-dentiste dispose souvent de plusieurs possibilités thérapeutiques parmi lesquelles il fera son choix selon ses connaissances et son expérience.

Les traitements « traditionnels » consistant en un soin restaurateur ou un recouvrement par une chirurgie muco-gingivale sont toujours d'actualité, et suffisent dans certains cas à répondre à la demande du patient. Pour les autres cas, il est parfois possible d'associer un soin et une chirurgie afin d'obtenir un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant. Cette constatation permet aussi de dire qu'il est possible de conserver les restaurations cervicales si tous les critères d'une bonne restauration sont réunis.

Même si les résultats des études que nous avons présentées semblent prometteurs, des échecs sont observés pour tous les traitements proposés. D'autres études sont nécessaire afin de déterminer les raisons de ces échecs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Smith RG. « Gingival Recession Reappraisal of an Enigmatic Condition and a New Index for Monitoring ». *J Clin Periodontol.* 1997;24(3):201-5.
2. Santamaria MP, da Silva Feitosa D, Nociti FH Jr, Casati MZ, Sallum AW, Sallum EA. « Cervical Restoration and the Amount of Soft Tissue Coverage Achieved by Coronally Advanced Flap: A 2-Year Follow-up Randomized-Controlled Clinical Trial ». *J Clin Periodontal.* 2009;36(5):434-41.
3. Roman A, Louise F, M'Barek R, Brunel-Trotbas S. « Gingival Recessions: Epidemiologic, Etiologic and Therapeutic Aspects ». *The Internet Journal of Dental Science.* 2008;7(1)
4. Rodier P. « Recherche clinique sur l'étiopathogénie des récessions gingivales ». *J Parodontol.* 1990;9:227-234
5. Maynard JG, Wilson RD. « Diagnosis and management of mucogingival problems in children ». *Dent Clin North Am.* 1980;24:683-703
6. Kassab, MM, Cohen RE. « The Etiology and Prevalence of Gingival Recession ». *J Am Assoc.* 2003;134(2):220-5
7. Albandar JM, Kingman A. « Gingival Recession, Gingival Bleeding, and Dental Calculus in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994 ». *J Periodontol.* 1999;70(1):30-43
8. Gunsolley JC, Quinn SM, Tew J, Gooss CM, Brooks CN, Schenkein HA. « The Effect of Smoking on Individuals With Minimal Periodontal Destruction ». *J Periodontal.* 1998;69(2):165-70
9. Borghetti A, Monnet-Corti V. « chirurgie plastique parodontale ». 2ème éd. Editions CdP; 2008
10. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. « Gingival Recession in Relation to History of Hard Toothbrush Use ». *J Periodontol.* 1993;64(9):900-5

11. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE. « Toothbrushing and Gingival Recession ». *Int Dent J.* 2003;53(2):67-72
12. Guinard EA, Caffesse RG. « Localized gingival recessions: 1. Etiology and prevalence » *J West Soc Periodontol Periodontal Abstr.* 1977;25(1):3-9
13. Chrysanthakopoulos NA. « Prevalence and Associated Factors of Gingival Recession in Greek Adults ». *J Investig Clin Dent.* 2013;4(3):178-85
14. Wennström JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. « Some Periodontal Tissue Reactions to Orthodontic Tooth Movement in Monkeys ». *J Clin Periodontol.* 1987;14(3):121-9
15. Miller PD Jr. « A Classification of Marginal Tissue Recession ». *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13
16. Grippo JO, Simring M, Coleman TA. « Abfraction, Abrasion, Biocorrosion, and the Enigma of Noncarious Cervical Lesions: A 20-Year Perspective ». *J Esthet Restor Dent.* 2012;24(1):10-23
17. Grippo JO. « Abfractions: A New Classification of Hard Tissue Lesions of Teeth ». *J Esthet Dent.* 1991;3(1):14-9
18. Santamaria MP, Suaid FF, Nociti FH, Casati MZ, Sallum AW, Sallum EA. « Periodontal Surgery and Glass Ionomer Restoration in the Treatment of Gingival Recession Associated With a Non-Carious Cervical Lesion: Report of Three Cases ». *J Periodontol.* 2007;78(6):1146-53
19. Lussi AR, Schaffner M, Hotz P, Suter P. « Epidemiology and Risk Factors of Wedge-Shaped Defects in a Swiss Population ». *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 1993;103(3):276-80
20. Hooper S, West NX, Pickles MJ, Joiner A, Newcombe RG, Addy M. « Investigation of Erosion and Abrasion on Enamel and Dentine: A Model in Situ Using Toothpastes of Different Abrasivity ». *J Clin Periodontol.* 2003;30(9):802-8 .
21. Ganss C. « definition of erosion and links to tooth wear ». *Monogr Oral Sci.* 2006;20:9-16

22. Grippo JO, Simring M, Coleman TA. « Abfraction, Abrasion, Biocorrosion, and the Enigma of Noncarious Cervical Lesions: A 20-Year Perspective ». *J Esthet Restor Dent* 2012;24(1):10-23

23. Lussi, A. « Dental Erosion Clinical Diagnosis and Case History Taking ». *Eur J Oral Sci.* 1996;104(2 (Pt 2)):191-8

24. Ganss C, Lussi A. « diagnosis of erosive tooth wear ». *Monogr Oral Sci.* 2006;20:32-43

25. Kaleka R, Bonte E, Lasfargues JJ. « Lésions cervicales d'usure (LCU) : Diagnostic ». *Realites cliniques.* 2001;12(4):387-400

26 . Bartlett, D., C. Ganss, et A. Lussi. « Basic Erosive Wear Examination (BEWE): A New Scoring System for Scientific and Clinical Needs ». *Clin Oral Investig.* 2008;12 Suppl 1:S65-8

27. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. « Classification of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession ». *J Periodontol.* 2010;81(6):885-90

28. Santamaria MP, Ambrosano GM, Casati MZ, Nociti FH, Sallum AW, Sallum EA. « The Influence of Local Anatomy on the Outcome of Treatment of Gingival Recession Associated With Non-Carious Cervical Lesions ». *J Periodontol.* 2010;81(7):1027-34

29. Pini-Prato G, Magnani C, Zaheer F, Rotundo R, Buti J. « Influence of Inter-Dental Tissues and Root Surface Condition on Complete Root Coverage Following Treatment of Gingival Recessions: A 1-Year Retrospective Study ». *J Clin Periodontol.* 2015;42(6):567-74

30. Chambrone L, Pannuti CM, Tu YK, Chambrone LA. « Evidence-Based Periodontal Plastic Surgery. II. An Individual Data Meta-Analysis for Evaluating Factors in Achieving Complete Root Coverage ». *J Periodontal.* 2012;83(4):477-90

31. Cairo F, Pini-Prato GP. « A Technique to Identify and Reconstruct the Cementoenamel Junction Level Using Combined Periodontal and Restorative Treatment of Gingival Recession. A Prospective Clinical Study ». *International J Periodontics Restorative Dent.* 2010;30(6):573-81

32. Zucchelli G., Testori T, De Sanctis M. « Clinical and Anatomical Factors Limiting Treatment Outcomes of Gingival Recession: A New Method to Determine the Line of Root Coverage ». *J Periodontal.* 2006;77(4):714-21

33. Cairo F, Rotundo R, Miller PD, Pini Prato GP. « Root Coverage Esthetic Score: A System to Evaluate the Esthetic Outcome of the Treatment of Gingival Recession through Evaluation of Clinical Cases ». *J Periodontal*. 2009;80(4):705-10

34. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. « Efficacy of Periodontal Plastic Surgery Procedures in the Treatment of Localized Facial Gingival Recessions. A Systematic Review ». *J Clin Periodontal*. 2014;41 Suppl 15:S44-62

35. Cairo F, Cortellini P, Tonetti M, Nieri M, Mervelt J, Pagavino G, Pini-Prato GP. « Stability of root coverage outcomes at single maxillary gingival recession with loss of interdental attachment: 3-year extension results from a randomized, controlled, clinical trial ». *J Clin Periodontal*. 2015;42(6):575-81

36. Trivedi SR, Bhavsar NV, Dulani K, Trivedi R. « Clinical evaluation of subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration for treatment of Miller's class 1 gingival recession (comparative, split mouth, six months study) ». *J Clin Exp Dent*. 2014;6(3):e218-24

37. Buti J, Baccini M, Nieri M, La Marca M, Pini-Prato GP. « Bayesian Network Meta-Analysis of Root Coverage Procedures: Ranking Efficacy and Identification of Best Treatment ». *J Clin Periodontal*. 2013;40(4):372-86

38. Zucchelli G, Gori G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M et Al. « Non-Carious Cervical Lesions Associated With Gingival Recessions: A Decision-Making Process ». *J Periodontol*. 2011;82(12):1713-24

39. De Oliveira DW, Oliveira-Ferreira F, Flecha OD, Gonçalves PF. « Is Surgical Root Coverage Effective for the Treatment of Cervical Dentin Hypersensitivity? A Systematic Review ». *J Periodontal*. 2013;84(3):295-306

40. Perez CR, Gonzalez MR, Prado NA, de Miranda MS, Macêdo Mde A, Fernandes BM. « Restoration of Noncarious Cervical Lesions: When, Why, and How ». *Int J Dent*. 2012;2012:687058

41. Santos VR, Lucchesi JA, Cortelli SC, Amaral CM, Feres M, Duarte PM. « Effects of Glass Ionomer and Microfilled Composite Subgingival Restorations on Periodontal Tissue and Subgingival Biofilm: A 6-Month Evaluation ». *J Periodontal*. 2007;78(8):1522-8

42. Tadin A, Galic N, Mladinic M, Marovic D, Kovacic I, Zeljezic D. « Genotoxicity in Gingival Cells of Patients Undergoing Tooth Restoration with Two Different Dental Composite Materials ». *Clin Oral Investig*. 2014;18(1):87-96

43. Perez CR. « Alternative Technique for Class V Resin Composite Restorations with Minimum Finishing/polishing Procedures ». *Oper Dent*. 2010;35(3):375-9

44. Santos VR, Lucchesi JA, Cortelli SC, Amaral CM, Feres M, Duarte PM. « Effects of Glass Ionomer and Microfilled Composite Subgingival Restorations on Periodontal Tissue and Subgingival Biofilm: A 6-Month Evaluation ». *J Periodontal*. 2007;78(8):1522-8

45. Folwaczny M, Loher C, Mehl A, Kunzelmann KH, Hickel R. « Class V Lesions Restored with Four Different Tooth-Colored Materials--3-Year Results ». *Clin Oral Investig*. 2001;5(1):31-9

46. Ichim IP, Schmidlin PR, Li Q, Kieser JA, et Swain MV. « Restoration of Non-Carious Cervical Lesions Part II. Restorative Material Selection to Minimise Fracture ». *Dent Mater*. 2007;23(12):1562-9

47. Santamaria MP, Feitosa DS, Casati MZ, Nociti FH, Sallum AW, et Sallum EA. « Randomized Controlled Clinical Trial Evaluating Connective Tissue Graft Plus Resin-Modified Glass Ionomer Restoration for the Treatment of Gingival Recession Associated With Non-Carious Cervical Lesion: 2-Year Follow-Up ». *J Periodontol*. 2013;84(9):e1-8

48. Chambrone L, De Castro Pinto RCN. « Does the Use of Combined Surgical/Restorative Approaches Enhance the Clinical Outcomes of Recession-Type Defects With Non-Carious Cervical Lesions? ». *Clin Adv Periodontics*. 2014;4:127-132

49. Santamaria MP, Ambrosano GM, Casati MZ, Nociti FH Jr, Sallum AW, Sallum EA. « Connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion: a randomized-controlled clinical trial ». *J Clin Periodontol.* 2009;36(9):791-8

50. Santamaria MP, Casati MZ, Nociti FH Jr, Sallum AW, Sallum EA, Aukhil I, Wallet SM, Shaddox LM. « Connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions: microbiological and immunological results ». *Clin Oral Investig.* 2013;17(1):67-77

51. Lucchesi JA, Santos VR, Amaral CM, Peruzzo DC, Duarte PM. « Coronally Positioned Flap for Treatment of Restored Root Surfaces: A 6-Month Clinical Evaluation ». *J Periodontol.* 2007;78(4):615-23

52. Santamaria MP, Suaid FF, Casati MZ, Nociti FH, Sallum AW, Sallum EA. « Coronally positioned flap plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions: a randomized controlled clinical trial ». *J Periodontol.* 2008;79(4):621-8

53. Deliberador TM, Bosco AF, Martins TM, Nagata MJ. « Treatment of gingival recessions associated to cervical abrasion lesions with subepithelial connective tissue graft: a case report ». *Eur J Dent.* 2009;3(4):318-23

54. Deliberador TM, Martins TM, Furlaneto FA, Klingenfuss M, Bosco AF. « Use of the Connective Tissue Graft for the Coverage of Composite Resin-Restored Root Surfaces in Maxillary Central Incisors ». *Quintessence Int.* 2012;43(7):597-602

55. Santamaria, Mauro Pedrine, Ingrid Fernandes Mathias, Stephanie Botti Fernandes Dias, Maria Aparecida Neves Jardini, Milton Santamaria Junior, et Enilson Antonio Sallum. « Esthetic Evaluation of Different Approaches to Treat Gingival Recession Associated with Non-Carious Cervical Lesion Treatment: A 2-Year Follow-Up ». *Am J Dent.* 2014 Aug;27(4):220-4

56. Allegri MA, Landi L, Zuchelli G. « Non-carious cervical lesions associated with multiple gingival recessions in the maxillary arch. A restorative-periodontal effort for esthetic success. A 12-month case report ». 2010;5(1):10-27

57. Allen EP, Winter RR. « Interdisciplinary treatment of cervical lesions ». *Compend Contin Educ Dent.* 2011;32 Spec No 5:16-20

58. Efeoğlu A, Hanzade M, Sari E, Alpay H, Karakas O, Koray F. « Combined periodontal and restorative approach to the treatment of gingival recessions with noncarious cervical lesions: a case treated with acellular dermal matrix allograft and compomer restorations ». *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2012;32(4):441-8

59. Santamaría MP, Ambrosano GM, Casati MZ, Nociti FH, Sallum AW, Sallum EA. « Connective Tissue Graft and Resin Glass Ionomer for the Treatment of Gingival Recession Associated with Noncarious Cervical Lesions: A Case Series ». *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011;31(5):e57-63

60. Santamaria MP, Saito MT, Casati MZ, Nociti FH Jr, Sallum AW, et Sallum EA. « Gingival Recession Associated with Noncarious Cervical Lesions: Combined Periodontal-Restorative Approach and the Treatment of Long-Term Esthetic Complications ». *Gen Dent.* 2012;60(4):306-11

61. Martins TM, Bosco AF, Nóbrega FJ, Nagata MJ, Garcia VG, Fucini SE. « Periodontal Tissue Response to Coverage of Root Cavities Restored With Resin Materials: A Histomorphometric Study in Dogs ». *J Periodontol.* 2007;78(6):1075-82

62. Chee B, Rickman LJ, Satterthwaite JD. « Adhesives for the restoration of non-carious cervical lesions: A systematic review ». *J Dent.* 2012;40(6):443-52

ALLAIN Géraud – Traitement des récessions gingivales associées à des lésions cervicales d'usure : données actuelles

(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2015.069)
N°2015 LYO 1D 069

La récession gingivale est une pathologie courante et souvent associée à des lésions d'usure sur la surface radiculaire exposée. Ce type de lésion peut entraîner un préjudice esthétique ainsi qu'une sensibilité dentaire. Bien souvent, le patient consulte un chirurgien-dentiste lorsque la lésion est avancée.

Le traitement choisi par le praticien consiste le plus souvent à restaurer la dent avec une résine composite, et parfois à recouvrir la surface radiculaire à l'aide d'une chirurgie parodontale. Même si les techniques et les connaissances ont beaucoup évoluées, ces traitements ne permettent pas de traiter à la fois l'esthétique et les sensibilités.

Les auteurs ont donc proposé de les combiner afin de maximiser les résultats et leurs pérennités. Dans ce travail, nous rassemblons les études sur ces traitements combinés parues dans la littérature. Ces traitements semblent prometteurs si le diagnostic est précis, permettant de choisir le protocole adapté.

Rubrique de classement : Parodontologie

Mots clés :

- Récession Gingivale
- Lésion cervicale d'usure
- Chirurgie parodontale

Mots clés en anglais :

- Gingival recession
- Non carious cervical lesion
- Periodontal surgery

Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Denis BOURGEOIS
Assesseurs :	Monsieur le Docteur Thomas FORTIN
	Monsieur le Docteur Kerstin GRITSCH
	Monsieur le Docteur Anne BARBIER

Adresse de l'auteur :

Géraud ALLAIN
124 rue Montesquieu
69007 Lyon



☎ 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr