

Traiter les lésions cervicales



Laurence Addi

Depuis la création du prix AO J. Breillat pour la meilleure thèse d'exercice en 1990, certains lauréats ont fait carrière universitaire tant à Paris qu'en Province. **Alexis Gevrey** – assistant hospitalier universitaire à la faculté de Nancy – a été lauréat (2017) pour son travail clinique fouillé, rarement traité : les lésions cervicales !! Il sera, entre autres, notre auteur pour ce nouveau dossier d'AOnews.

Comment faire d'un sujet *a priori* assez peu sexy, et apparemment peu rémunérateur, une opportunité ?

Nous sommes à la veille du tsunami réglementaire annoncé pour avril. Alors, comment nous démarquer des centres dentaires et autres cabinets où la couronne RAC O deviendra LE quotidien de nos cabinets. Quel ennui !! Tailler, tailler, turbiner, pour maintenir un chiffre d'affaires mais surtout répondre

à la mainmise des autorités sur notre déjà regrettée « profession libérale » et à la douce tyrannie de nos patients qui vont souhaiter des traitements RAC O, à coup de désinformation et simplification médiatique.

La vie moderne, par son alimentation acide, « ses reflux gastro œsophagiens » (25 à 30 % des Français) symptomatologie de l'homme moderne stressé, nous offre l'opportunité de proposer à nos patients des soins conservateurs, et de leur offrir une écoute globale (en comprenant avec lui l'origine de ces lésions) l'opportunité d'une relation patient-thérapeute de qualité et de confiance. Cette médecine dentaire qui a pour objectif la préservation du capital dentaire de nos patients sera l'atout différentiel de la pratique de demain.

Pouvoir répondre aux inquiétudes d'un patient face à ces lésions visibles à l'œil nu, synonyme

de déchaussement pour lui, voire pire, de la perte de ses dents, sera un levier unique pour le motiver à souhaiter le meilleur pour sa santé dentaire !

Positionner la prévention comme pilier de la santé, tout au long de la vie, en opposition à notre système principalement curatif mis en œuvre aujourd'hui, n'est-ce pas pour nous le moyen de sortir de cette emprise ?

Notre plus grand défi sera alors d'utiliser au mieux la nouvelle nomenclature pour « lire entre les lignes » ! (codification HBMD058).

Aussi, la prévention des lésions cervicales (vernis, crème reminéralisante...), leur traitement thérapeutique par des composites (souvent plusieurs dans la même séance) associé ou non à de la chirurgie parodontale, nous permettront de proposer des soins globaux, rémunérateurs et conservateurs ! À nous de saisir la « belle

opportunité » qui va s'offrir à nous et de faire de cette nouvelle nomenclature un mal pour un... bien !!

C'est donc vers Alexis Gevrey que je me suis tournée pour cette édition d'AOnews sur les lésions cervicales. Nous avons complété ce dossier par les contributions remarquables de **Marleen Peumanns** et **David Gerdolle** qui ont largement traité ces sujets dans d'autres revues. Nous les en remercions. Un prochain article de Marc Danan sur le traitement parodontal chirurgical associé à une thérapeutique de collage, solution intéressante à envisager pour réhabiliter ces lésions, sera ultérieurement publié. Un chaleureux merci au Dr Danan et à toute son équipe pour assurer avec tant de rigueur et d'enthousiasme notre formation continue en parodontologie.

Bonne lecture !



Alexis Gevrey

Identifications, causes et prévalences des lésions cervicales

Alexis Gevrey
Nancy

Les particularités des lésions cervicales sont (Kaleka et coll. 2001):

- Des rapports étroits avec le parodonte marginal
- Des rapports évolutifs : l'exposition de la jonction amélo-cémentaire (JAC) est un paramètre essentiel car la lésion peut affecter uniquement l'émail, l'émail et la racine dentaire ou seulement les tissus radiculaires exposés (dentine et ciment)
- Des manifestations précoces d'hypersensibilité
- Une distribution sur les arcades qui diffère selon les mécanismes étio-pathogéniques et la latéralisation des sujets (droitiers-gauchers).

Le site cervical est différent structurellement et plus difficile à restaurer de par sa composition ainsi que du lien étroit qu'il entretient avec le parodonte marginal.

Nous pouvons distinguer deux catégories de lésions cervicales :

- carieuses
- non carieuses (d'usure)

La différence majeure étant la participation bactérienne qui est majeure dans le processus carieux contrairement à l'usure qui l'en exclut.

Lésions cervicales carieuses

Une lésion carieuse se caractérise par la dissolution progressive de la charpente minérale de l'émail puis dans la dentine quand le processus n'est pas stoppé. Des acides issus du métabolisme bactérien sont à l'origine de la dissolution des cristaux d'apatite.

Le **tableau 1** synthétise les caractéristiques cliniques notoires des lésions cervicales carieuses, actives d'une part, et inactives d'autre part.

En effet, une lésion carieuse fait intervenir une déminéralisation des tissus durs dentaires qui peut être stoppée, on note alors une inactivation de la lésion par reminéralisation de cette dernière. Cependant, ces stades ne sont pas définitifs et on peut noter une réactivation d'une lésion suite à un déséquilibre de la balance déminéralisation/reminéralisation.



FIG. 1
Lésions cervicales carieuses inactives sur les dents 34 et 35. On note d'ailleurs sur la dent 24 une LCU avec une trace d'activité carieuse stoppée



FIG. 2
LCC inactives au centre des lésions sur les dents 13 et 12 mais actives sur le pourtour. Noter le liseré blanc qui signe l'activité du processus carieux.

Les causes des lésions carieuses cervicales synthétisées dans le tableau ci-dessous sont classées selon le schéma de Keyes, modifié par Newbrun par apposition d'un 4^e facteur : le temps d'exposition qui correspond au temps de contact entre le substrat et les dents.

TABLEAU 2

ÉTIOLOGIES	CAUSES
Surconcentration en bactéries cariogènes	Hygiène bucco-dentaire insuffisante
Présence de substrat	Consommation excessive de sucre Environnement professionnel (« carie du boulanger-pâtissier »)
Terrain	Traitements anticancéreux (radiothérapie oro-faciale) Addictions (opiacés, hallucinogènes, amphétamines, etc.)

Lésions cervicales non carieuses : notion d'usure

Les lésions cervicales non carieuses excluent une participation bactérienne.

L'usure ne fait pas intervenir de facteur bactérien mais fait référence à la tribologie qui est l'étude des frottements. Différents mécanismes existent et il est facile de s'y perdre tant différents auteurs les ont décrits sous différents termes : abrasion, attrition, érosion, tribo-érosion. Il est nécessaire de clarifier ces termes et de connaître la philosophie à adopter pour aborder l'usure dentaire de manière générale sans appréhension.

TABLEAU 1

EXAMEN CLINIQUE	LÉSION CERVICALE CARIEUSE ACTIVE (LCCA)	LÉSION CERVICALE CARIEUSE INACTIVE (LCCI)
Examen visuel	Couleur claire (jaunâtre à brun, blanc crayeux aux stades débutants) Bords irréguliers avec surplomb d'émail ébréché	Couleur foncée brillante (brune voire noire) due à la reminéralisation
Examen tactile	Fond de cavité mou (processus actif) ou rugueux aux stades initiaux	Surface dure (dentine réactionnelle reminéralisée)
Hygiène	Plaque présente	Plaque absente
Symptomatologie	Douleur possible au sondage	Rarement douloureux
Proximité avec la gencive marginale	Oui	À distance
Développement	Plutôt en surface (disposition des canalicules)	
Évolution	Lente la plupart du temps. On peut noter une transformation des formes actives en inactives et inversement (contamination par une flore cariogène)	



L'attrition : perte de tissus dentaire par contact dento-dentaire

L'attrition n'atteint pas la zone cervicale mais il est important de la connaître afin de la différencier d'une usure tribo-érosive postérieure. Ce processus entraîne l'apparition de facette d'usure qui est plane et circonscrite par une limite qui est nette. Les facettes se correspondent parfaitement entre dents antagonistes.

L'abrasion : perte de tissus d'origine mécanique

Il existe deux catégories : globale due à l'alimentation et focale due aux manœuvres d'hygiène.

Selon Kaleka et coll. (2001), les paramètres étiologiques les plus importants sont : l'âge ; l'utilisation d'un mouvement de brossage horizontal ; la fréquence de brossage égale ou supérieure à deux fois par jour.

On note une disparition des périkymaties au niveau des surfaces vestibulaires, donnant un aspect lisse et brillant à l'émail. Le passage d'une sonde dans le sulcus permettra d'objectiver la présence d'un léger décrochement. Le décollement de la gencive marginale à l'aide d'une spatule à bouche permettra de mettre en évidence ces lésions abrasives débutantes. Le patient peut éventuellement souffrir d'hyperesthésies et de récessions gingivales associées.

Quand le phénomène progresse, on voit une concavité se former au niveau cervical, on les nomme lésions en encoche (« wedge shaped » ou encore en forme de V en coup d'angle). Elles peuvent être coronaires, corono-radiculaires ou radiculaires. La déflexion des brins de la brosse à dents est à l'origine de la création de cette encoche. Cette perte de substance va elle-même favoriser l'orientation des brins de la brosse à dents. L'abrasion va être focalisée. Les lésions apparaissent cunéiformes, aux délimitations précises. En effet, les bords sont saillants et abrupts et la lésion est plus profonde que large. Elles sont souvent associées à des récessions gingivales et la lésion est allongée dans le sens mésio-distale. Le fond de la lésion est dur et poli, composé de dentine sclérotique. On peut d'ailleurs noter des petites « rayures » horizontales au fond de cette lésion. La micro-morphologie de la lésion signe l'origine abrasive. On note des lésions différentes en fonction de leur emplacement en bouche. En effet, la principale étiologie étant le brossage traumatique, on peut noter sur les dents antérieures que les angles mésio-distaux de ces lésions n'ont pas la même angulation.



La différence entre le secteur 1 et 2 est flagrante, due à la latéralisation du brossage sur ce patient droitier. On note des fentes de Stillmann au niveau du secteur 2 tandis que le secteur 1 est indemne. On ne note pas ici de lésion cervicale dentaire, on note cependant des dents des plus lisses et une transparence assez importante au niveau des angles incisifs.

L'observation des papilles entre ces zones peut montrer des lésions traumatiques sur ces dernières en continuité avec les lésions dentaires. On peut noter des altérations gingivales associées (fissures de Stillmann, bourrelets de Mac Call) qui mettront le clinicien sur la piste d'un facteur abrasif (Kaleka et coll. 2001).



Brossage traumatique. Une coloration au bleu de méthylène permet d'objectiver des manœuvres d'hygiène traumatiques. Noter les abrasions au niveau des papilles interdentaires et le début d'une récession apparaitre au niveau de la dent n° 23.



Dans ce cas-ci, pas d'atteinte muco-gingivale mais uniquement des LCU essentiellement abrasives. Le parodonte modère littéralement l'atteinte ou non des tissus durs.

L'érosion : phénomène chimique

- Intrinsèques : Reflux gastro-oesophagien, troubles alimentaires, etc.
- Extrinsèques : Consommation de produits acides (sodas, médicaments, etc.)

Cependant, nous préférons parler de tribo-érosion à la place d'érosion car il n'y a que très peu de surfaces dentaires qui ne soient soumises à une friction physique dans le milieu buccal (Pindborg, 1970). Cela nous sensibilise au fait qu'une cause unique n'est pas possible en bouche, mais peut cependant se révéler prépondérante.

On peut noter une certaine évolution dans le processus de tribo-érosion passant par la modification des propriétés optiques de l'émail : il devient brillant et vitreux. Si le processus continue, il se matifie avec la disparition des périkymaties (Lussi et Jaeggi, 2008; Kargul et Bakkal, 2009) donnant un aspect lisse et givré (processus actif) comme mordancé. Un séchage lors de l'examen clinique des dents peut aider au diagnostic. Cela peut affecter les surfaces occlusales mais ce phénomène sera limité aux zones non-attritionnelles (les lignes de transition deviennent abruptes sur les incisives en vestibulaire par perte de leur bombé).

Une cavité cervicale apparaît, elle est plus large que profonde : ces lésions sont nommées lésions en cuvettes (« saucer shaped ») ou lésions en U. Elles possèdent des bords flous et des contours mal délimités.

La tribo-érosion provoque la perte de contour anatomique avec un émail aminci en cervical

associé à une usure tribo-érosive occlusale (Kaleka et coll. 2001). L'usure est symétrique en bouche. Une usure marquée au niveau cervical signe la présence d'un facteur mécanique de type abrasif additionnel.

Ces lésions sont supra-gingivales, en effet, on note souvent un bandeau d'émail cervical intact le long de la gencive (Kargul et Bakkal, 2009) qui serait dû à des restes de plaque dentaire luttant contre la diffusion d'acide (Lussi et Jaeggi, 2008) ou au pH basique du fluide sulculaire (compris entre 7,5 et 8). Cette morphologie signe l'étiologie tribo-érosive.

L'abfraction : processus de perte dentaire cervicale due à des contraintes occlusales

Le terme d'abfraction désigne un procédé d'usure provoquant un stress mécanique qui divise encore de nos jours. En effet, c'est un processus de séparation par désolidarisation. Le premier à avoir traité de ce sujet est Grippo en 1991. Ce phénomène est appelé aussi la « théorie de la flexion » et rend compte des phénomènes biomécaniques que subit la dent dans sa fonction occlusale.

Il convient de faire attention aux interactions et aux « pièges » qui peuvent se présenter au praticien :

- complications d'une LCU en lésion carieuse
- premiers signes d'érosion qui ressemblent au début de lésion carieuse
- lésions d'érosion et abrasion.
- lésions d'abrasion et d'abfraction qui morphologiquement sont très proches.



Cas d'érosions sévères
a : Le facteur érosif est prépondérant mais on note des bourrelets de Mac Call au niveau des dents 43 et 44, les LCU sont principalement érosives, celles sur 43 et 44 ont une singularité abrasive car plus profonde que celles en regard des dents 12 et 13.
b : Les lésions érosives sont d'origine intrinsèques, la patiente souffre de troubles alimentaires et se fait vomir régulièrement depuis des années.
c : On note l'usure tribo-érosive marquée au niveau des incisives maxillaires, la patiente a une perte de OVO. Noter la visibilité des différents tissus dentaires et le réseau canalaire par transparence, les surfaces semblent comme sablées.

CAUSES DE LA TRIBO-ÉROSION	
ORIGINE	CAUSES
Intrinsèques	Reflux gastro-oesophagien Troubles alimentaires Reflux, vomissements Alimentation et boissons acides
Extrinsèques	Boulimie, anorexie, rumination Alcoolisme, grossesse, médicaments Sodas, agrumes, vinaigrettes, boissons diététiques, jus de fruits, vin... Médicaments Drogues Environnement Végétarisme
	Tranquillisants, antihistaminiques, anti-émétiques, antiparkinsoniens, bêta-bloquants, etc. Cocaïne, ecstasy... Sportifs, professionnels

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DES LCU EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE			
	TRIBO-ÉROSION	ABRASION	ABFRACTION
Morphologie :	- Lésion en U, cuvette, « saucer shaped »	- Lésions en V, cunéiforme ou rainure, « wedge shaped »	- Lésions en V
■ Forme	- Plus large que profonde	- Plus profonde que large	- Limites tranchantes
■ Limites de la cavité	- Limites lisses	- Limites tranchantes	- Fond rugueux
■ État de surface	- Fond lisse, souvent poli	- Fond lisse ou rayé	
Localisation	- Vestibulaire ou palatin - Symétrique - Atteinte limitée à la couronne	- Vestibulaire - Asymétrique - Peut atteindre la racine	- Vestibulaire
Évolution	- Extension vers le bord libre - Effet « gommant » sur les reliefs dentaires	- Augmentation - Le parodonte modèle la lésion	- Augmentation
Signe(s) associé(s)	- Usure occlusale associée	- Récession gingivale	

