



UFR Santé – Département d'odontologie de Rouen

LES RECESSIONS GINGIVALES (RG)

Etiopathogénie, classifications et diagnostics

DFASO2

ISABELLE FONTANILLE

Prérequis et objectifs pédagogiques

Prérequis

- Anatomie du parodonte (cours de 2eA)

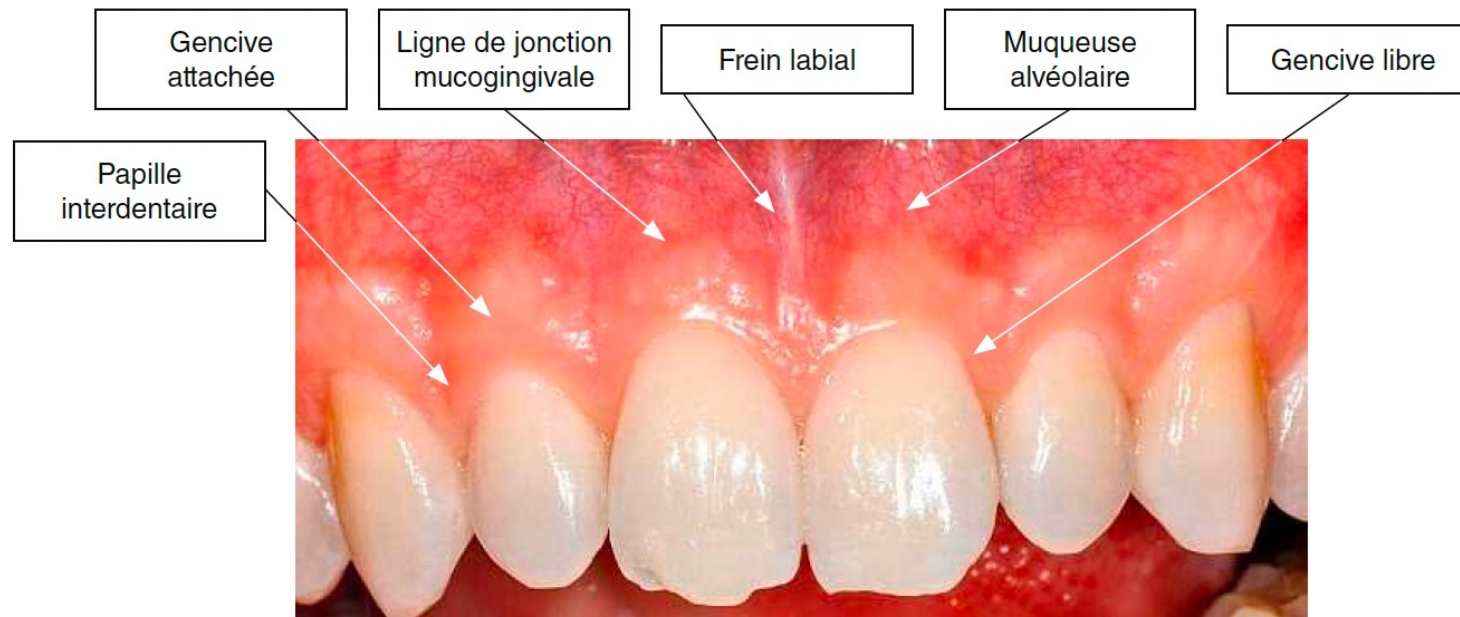
Objectifs

- Connaître la définition et les formes cliniques des récessions gingivales
- identifier les facteurs étiologiques des récessions gingivales
- expliquez le mécanisme de formation d'une récession gingivale
- reconnaître les conséquences des récessions gingivales sur la surface radiculaire
- diagnostiquer et classer les récessions

RAPPELS SUR LE COMPLEXE MUCOGINGIVAL

LE COMPLEXE MUCOGINGIVAL

- L'analyse clinique du complexe mucogingival est le prérequis à toute intervention pouvant en modifier l'aspect.



- L'examen clinique, associé à l'interrogatoire médical et dentaire, doit permettre d'identifier l'étiologie de la récession gingivale ainsi que les différents facteurs prédisposants ou favorisants.

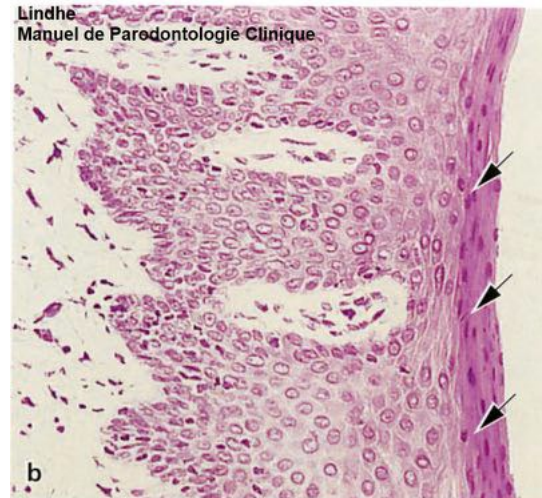
LE COMPLEXE MUCOGINGIVAL

Rôle du complexe muco-gingival : assurer la protection du parodonte profond

=> Point fort : présence de gencive attachée kératinisée

Epithélium pluristratifié kératinisé, d'épaisseur moyenne 250µm

- Présence et caractéristiques déterminées génétiquement (induction par le tissu conjonctif)*
- adaptation aux stimuli environnementaux (mastication, brossage...)*



LE BIOTYPE PARODONTAL

- Le « **biotype parodontal** » désigne les différences individuelles liées à la **morphologie gingivale et osseuse**.
- Il inclut l'épaisseur gingivale, la largeur de la gencive kératinisée, le morphotype osseux et la forme des dents.
- Son évaluation est importante pour plusieurs disciplines dentaires, comme la parodontie, l'implantologie, la prothèse et l'orthodontie.

LEBIOTYPE PARODONTAL

Biotype festonné fin : associé à une couronne triangulaire fine, une convexité cervicale discrète, des contacts interproximaux proches du bord incisif, une zone de kératinisation étroite, une gencive fine et délicate, et un os alvéolaire relativement mince.

- Biotype plat épais : caractérisé par des couronnes dentaires plus carrées, une convexité cervicale prononcée, un contact interproximal large et apical, une zone de kératinisation étendue, une gencive épaisse et fibreuse, et un os alvéolaire relativement épais.

- Biotype festonné épais : caractérisé par une gencive épaisse et fibreuse, des dents fines, une zone de kératinisation étroite et un festonnage gingival marqué.

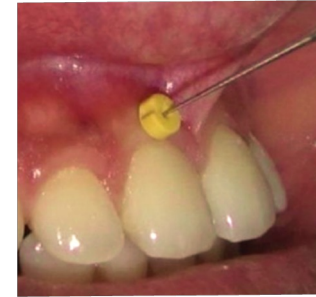


LA POSITION DES DENTS

- L'influence de la position des dents sur le processus alvéolaire est importante. La position vestibulo-linguale des dents présente une variabilité accrue de l'épaisseur gingivale (EG) ;
⇒ *la position vestibulaire des dents est fréquemment associée à une gencive fine et à une corticale osseuse labiale fine*
- Un biotype épais (51,9 %) est plus fréquemment observé qu'un biotype fin (42,3 %)
- Les biotypes fins ont tendance à développer davantage de récessions gingivales que les biotypes épais.
=> *Ceci peut influencer l'intégrité du parodonte tout au long de la vie du patient et constituer un risque lors de la mise en œuvre de traitements orthodontiques, implantaires et restaurateurs*

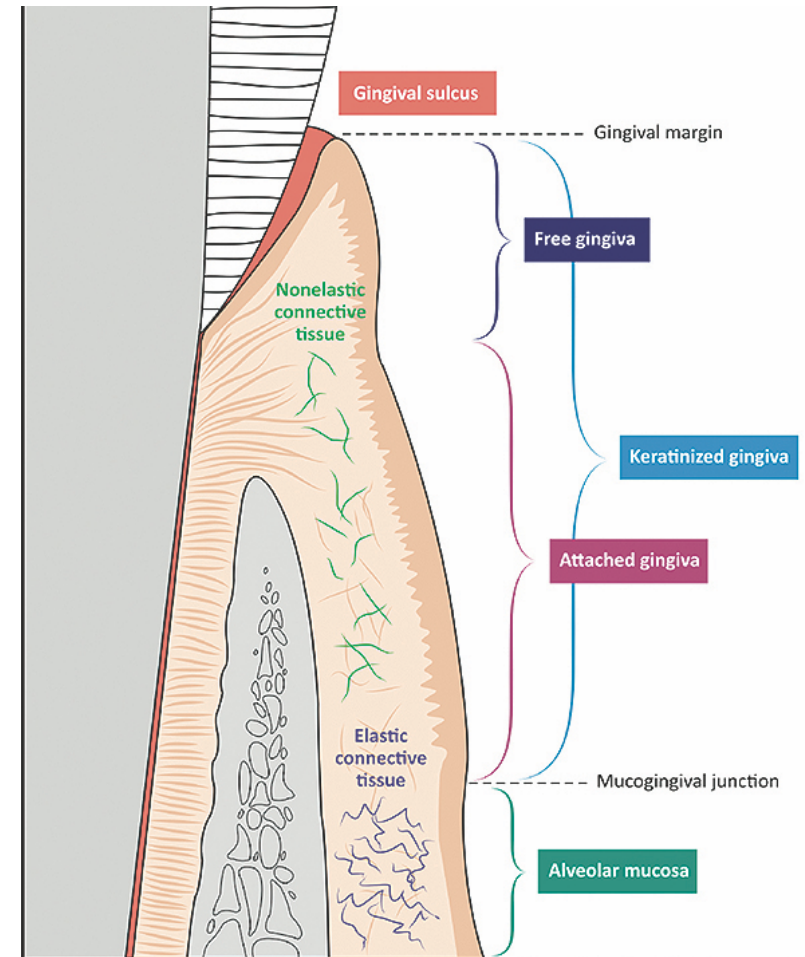
EVALUATION DE L'ÉPAISSEUR GINGIVALE

- Le sondage transgingival, réalisé sous anesthésie locale, une mesure précise mais peut causer un inconfort et un gonflement local.
- La mesure ultrasonique, très reproductible, classe l'épaisseur gingivale en plusieurs biotypes, avec une sonde à code couleur.
- La largeur du tissu kératinisé se mesure facilement avec une sonde parodontale entre le bord gingival et la jonction mucogingivale.
- La mesure de l'épaisseur osseuse par CBCT est précise, mais l'exposition aux radiations doit respecter le principe ALARA!



DEFORMATIONS ET AFFECTIONS MUCOGINGIVALES AUTOUR DES DENTS

1. Récession gingivale/des tissus mous
 - a. Faces vestibulaires ou linguales
 - b. Interproximale (papillaire)
2. Absence de gencive kératinisée
3. Diminution de la profondeur vestibulaire
4. Position anormale du frein/muscle
5. Excès gingival
 - a. Pseudo-poche
 - b. Marge gingivale irrégulière
 - c. Exposition gingivale excessive
 - d. Hypertrophie gingivale
6. Coloration anormale



DEFORMATIONS ET AFFECTIONS MUCOGINGIVALES AUTOUR DES DENTS

- Parmi les anomalies mucogingivales, l'absence de tissu kératinisé et la récession gingivale sont les plus répandues.
- Un biotype parodontal fin, l'absence de gencive attachée et une épaisseur réduite de l'os alvéolaire due à une position anormale des dents sur l'arcade sont considérés comme des facteurs de risque de récession gingivale.

BIOTYPE PARODONTAL (TK) & ROLE DE LA GENCIVE ATTACHEE(GA)

- une quantité minimale de TK n'est pas nécessaire pour prévenir la perte d'attache lorsque le contrôle de la plaque est optimal
- MAIS la faible hauteur ou l'absence de TK est un facteur de risque d'apparition de RG si le contrôle de plaque n'est pas adéquat, ou traction du frein, ou une faible profondeur du vestibule compliquant les manœuvres de brossage.
- Indications d'augmentation de gencive (Orsini et coll 2004) :
 - site de faible hauteur de gencive kératinisée (<1mm)
 - pas de profondeur de vestibule
 - contrôle de plaque difficile/ présence d'inflammation
- => 2 mm de TK et 1 mm de GA sont souhaitables autour des dents pour maintenir la santé parodontale

LES RECESSIONS GINGIVALES

DEFINITIONS

DEFINITION DES RECESSIONS GINGIVALES

- La récession parodontale est définie comme le déplacement de la gencive marginale apicalement à la jonction émail-cément. (American Academy of Periodontology 1992)
- Elle est associée à une perte d'attache et à l'exposition de la surface radiculaire au milieu buccal.
- La RG peut intéresser une ou plusieurs faces .



DEFINITION DES RECESSIONS GINGIVALES

- Récession gingivale, dénudation, radiculaire, déhiscence = même entité clinique



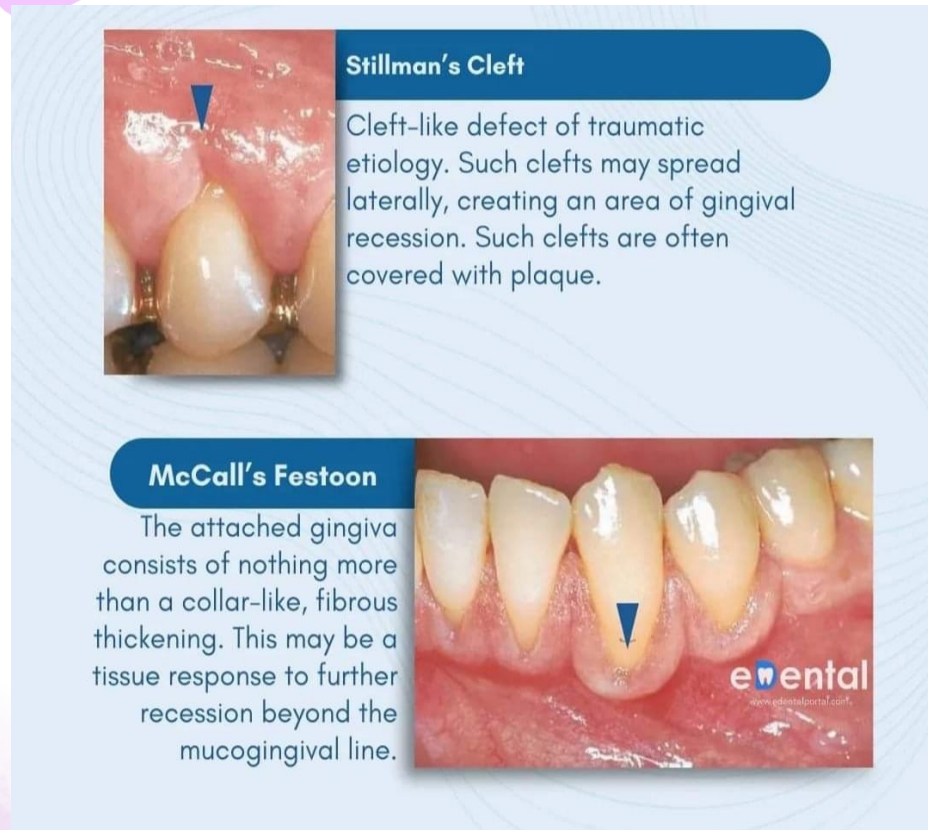
- La récession gingivale peut être localisée ou généralisée et concerner une ou plusieurs faces. L'exposition radiculaire qui en résulte est inesthétique et peut entraîner une sensibilité dentaire et des caries radiculaires. (Smith RG-1976)
- Motif de consultation fréquent

DEFINITION DES RECESSIONS GINGIVALES

- Les récessions gingivales peuvent être trouvées chez des patients présentant :
 - un parodonte réduit **sans** antécédent de parodontite
La RG intéresse une face, le plus souvent vestibulaire mais elle peut être linguale ou palatine
 - Un parodonte réduit **avec** antécédent de parodontite
La RG intéresse souvent plusieurs faces



DEFINITION DES RECESSIONS GINGIVALES (RG)



Les RG peuvent se présenter sous différentes formes cliniques:

- **Fente de Stillman**: RG étroite, lésion superficielle de l'épithélium et du tissu conjonctif, signe de progression d'une récession ou du déclenchement d'une future récession

- **Feston de Mc Call**: Bourrelet gingival, signe d'une agression mécanique récurrente du tissu gingival

- **RG établie** avec ou sans présence de TK



PREVALENCE DES RG



UFR SANTÉ

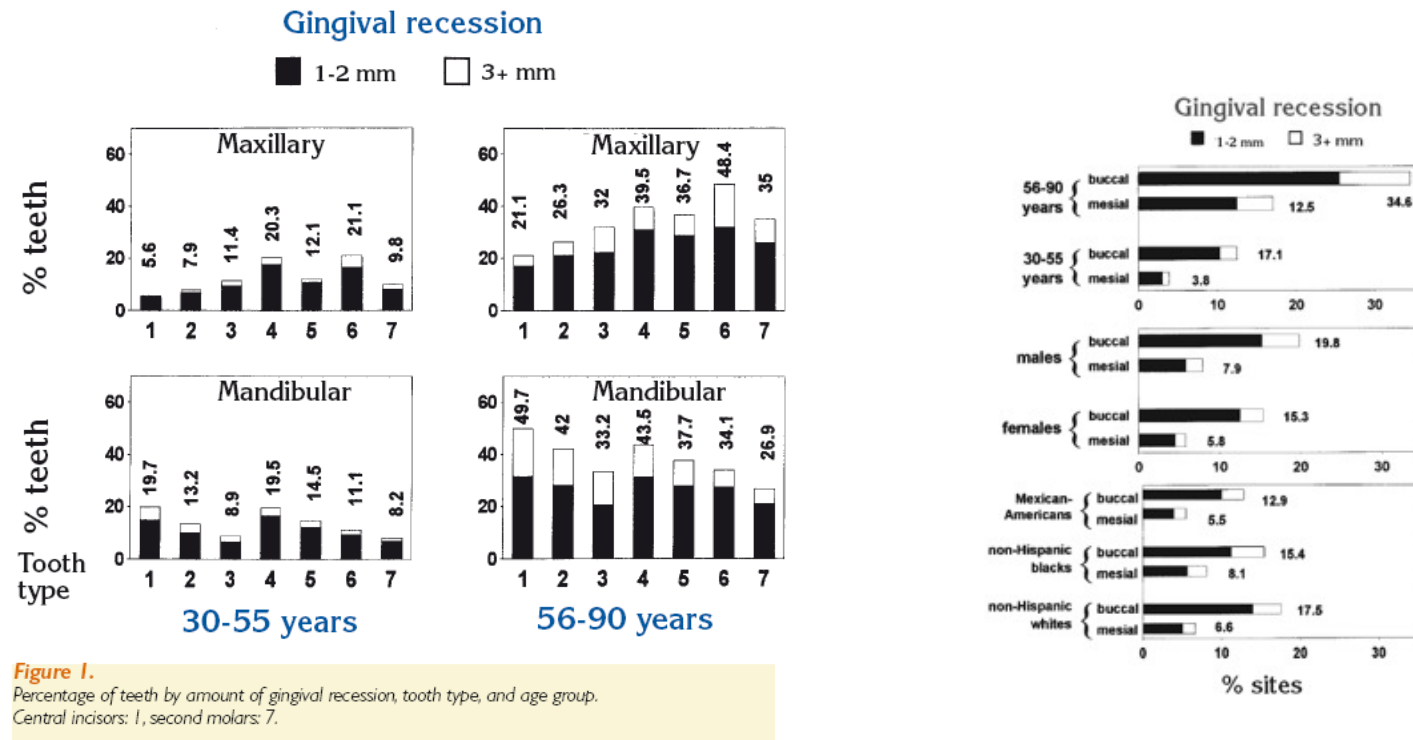


Département
d'odontologie

PREVALENCE DES RECESSIONS GINGIVALES

- 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus et 50 % des personnes âgées de 18 à 64 ans présentent au moins un site de récession gingivale
- 22.46% des sujets ont des récessions ≥ 3 mm

PREVALENCE DES RECESSIONS GINGIVALES



Plus de récession au maxillaire qu'à la mandibule
 Plus de récession chez les hommes
 Rôle de l'âge: augmentation

PREVALENCE DES RECESSIONS GINGIVALES

- 402 individus (6 862 dents) ont été suivis.
- L'incidence moyenne de la récession gingivale (RG) buccale et palatine/linguale était respectivement de 2,11 mm et 2,33 mm
- la progression de la RG buccale et palatine/linguale était de 0,40 mm et 0,48 mm.
- La prévalence d'une RG ≥ 3 mm a augmenté de 35,9 % à 47,4 % chez les individus atteints de parodontite versus 25,2 % à 41,5 % chez ceux non atteints de parodontite.
- Les RG > 6mm sont fréquentes

PREVALENCE DES RECESSIONS GINGIVALES

Revue systématique et méta-analyse sur Études interventionnelles et observationnelles d'une durée ≥ 24 mois

Patients adultes présentant des récessions gingivales localisées ou multiples non traitées par recouvrement radiculaire ou augmentation gingivale \Rightarrow 1 647 récessions gingivales pour lesquelles des données initiales et de suivi étaient disponibles

78,1 % ont présenté une augmentation de la profondeur de récession au cours du suivi

\Rightarrow Les récessions gingivales non traitées chez les personnes ayant une bonne hygiène bucco-dentaire présentent une forte probabilité de progression lors d'un suivi à long terme.

PREVALENCE DES RECESSIONS GINGIVALES

1460 patients ≥ 30 ans et présentant des RG ≥ 3 mm

⇒ Tabac, tartre et race sont des facteurs de risque

Variable	Localized		Generalized	
	RRR	CI	RRR	CI
Race				
White	1.0		1.0	
Non-white	2.8*	1.7-4.6	1.2	0.7-2.3
Smoking				
Non-smokers	1.0		1.0	
Light smokers	1.2	0.6-2.6	1.1	0.4-2.9
Moderate smokers	1.3	0.7-2.4	1.7	0.9-3.2
Heavy smokers	1.4	0.7-2.8	3.0*	1.4-6.3
Supragingival calculus				
<25%	1.0		1.0	
25%-50%	1.4	0.8-2.2	2.2*	1.3-3.8
>50%	1.6	0.9-2.7	6.4*	3.7-11.0

* P<0.01

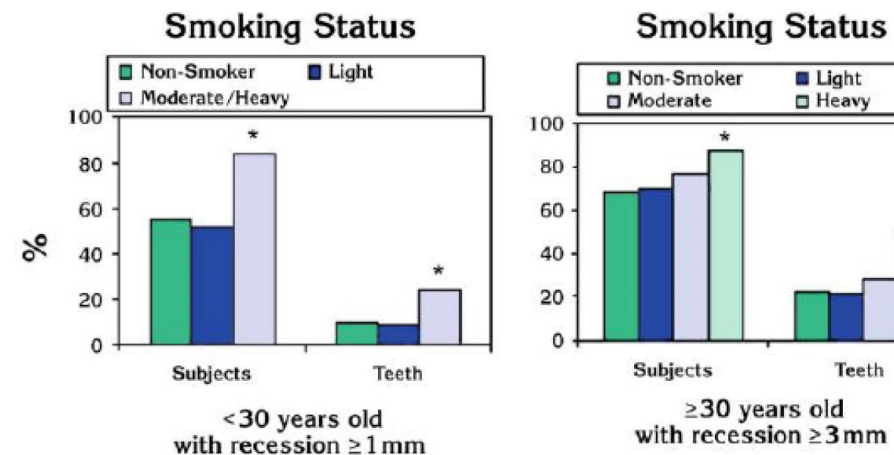


Figure 3.

Percentage of subjects and teeth per subject with gingival recession by smoking status. *P < 0.01 compared to non-smokers.

ETIOLOGIE et ETIOPATHOGENIE DES RG

ETIOLOGIE

- l'étiologie **pluri-factorielle** impliquant la présence de facteurs dont certains sont modifiables par le patient et/ou le praticien

Facteurs prédisposants

- Phénotype parodontal fin : dehiscence osseuse, fenestration osseuse, absence ou faible hauteur de TK (<2mm), faible épaisseur de TK (<1mm)
- Malposition dentaire : version rotation et agression
- Frein et bride : exerce une traction en direction apicale des tissus mous et ou une gêne lors du brossage
- Vestibule peu profond constitue une entrave aux manoeuvres d'hygiène orale
- Tabac
- Diabète
- Habitudes alimentaires néfaste : aliments ou boissons acides

ETIOLOGIE

Facteurs déclenchants

- Inflammation liée à la plaque, parodontite
- Brossage traumatique
- Facteur iatrogène : violation de l'attache supra crestale lors de la préparation et de la prise d'empreinte, restauration inadaptée incision de décharge mal positionnée, dispositif prothétique ou orthodontique
- Lésions cervicales non carieuses
- Traumatisme ou agression mécanique, habitudes nocives, automutilation, onychophagie, stylo..
- Traumatisme thermique, agression chimique ou médicamenteuse

ETIOLOGIE

Facteurs aggravants

- Malposition dentaire
- Déplacement orthodontique en dehors des bases osseuses

EIOPATHOGENIE

- les 2 principaux mécanismes étiopathogéniques sont
 - l'inflammation qui provoque la formation d'un infiltrant inflammatoire occupant la totalité du tissu conjonctif dans le cas d'un phénotype fin alors qu'il est limité à la partie située sous le sulcus en présence d'un phénotype épais
 - le traumatisme tissulaire direct qui engendre blessures dilacération ou arrachements des tissus parodontaux

CONSEQUENCE DES RG

SUR LA SURFACE RADICULAIRE EXPOSEE

- Des lésions cervicales non carieuses qui correspondent à une perte de tissu dentaire au niveau dentinaire dans la zone cervicale au-dessus ou au niveau de la JEC, voire en dessous.

Elles peuvent être dues à une abrasion (origine mécanique), une résorption (origine biologique) ou une érosion (origine chimique)

Elles peuvent être classées selon la visibilité ou non de la JEC et selon la profondeur de la lésion matérialisée par la présence ou l'absence de marche des caries radiculaires

- Une hypersensibilité radiculaire conséquence fréquente des récessions majorées en présence de LCNC qui se caractérise par une douleur brève vive et aiguë ressentie au niveau de la dentine exposée généralement en réponse à des stimuli thermiques tactile osmotique ou chimique

=> La prise en charge respecte la notion de gradient thérapeutique du moins invasif au plus invasif : suppression des facteurs étiologiques, utilisation d'agents des sensibilisants par le patient aux praticiens puis chirurgie parodontale de recouvrement.

CLASSIFICATION DES RG



UFR SANTÉ



Département
d'odontologie

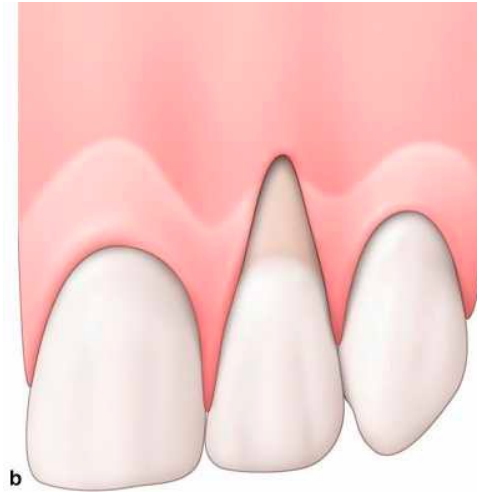
CLASSIFICATIONS DES RG

- Proposées dans le but de prévoir la faisabilité de recouvrement (% de la hauteur de la récession) et de choisir la technique chirurgicale adaptée
- => Ancienne classification Miller 1985
- => Nouvelle classification Cairo 2011

CLASSIFICATION DES RG: MILLER 1985



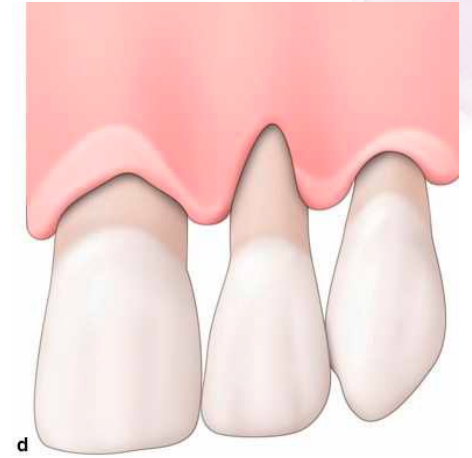
Classe I.
La récession n'atteint pas la ligne mucogingivale. Pas de perte tissulaire interdentaire



Classe II. La récession atteint/dépasse la ligne mucogingivale. Pas de perte tissulaire interdentaire.



Classe III. La récession atteint/dépasse ou non la ligne mucogingivale. Perte tissulaire interdentaire. Tissus marginaux coronaaires de la JEC Intéresse une face de la dent (vestibulaire).

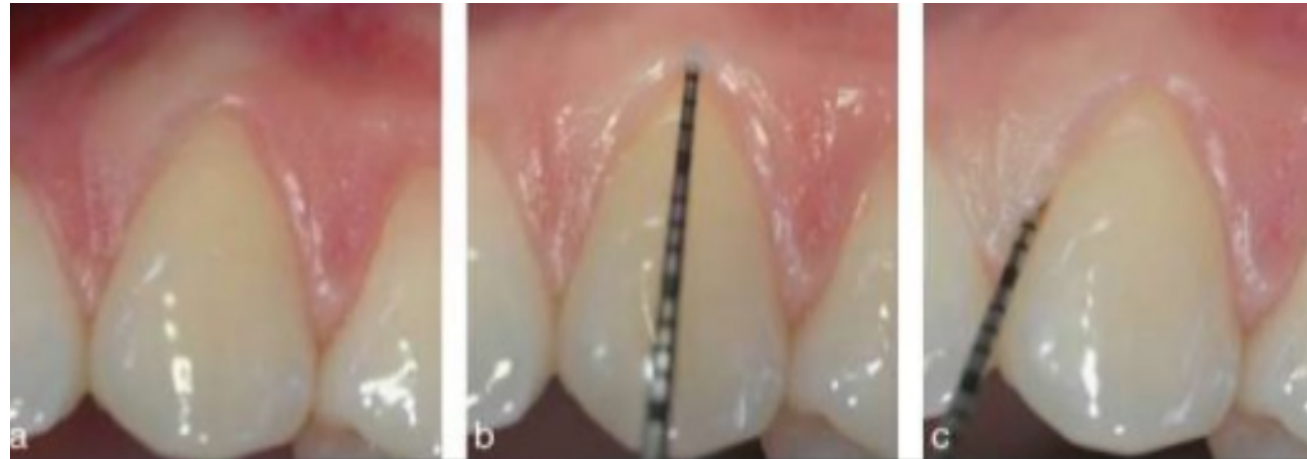


Classe IV. La récession atteint/dépasse ou non la ligne mucogingivale. Perte tissulaire interdentaire sévère. Tissus marginaux apicaux de la JEC. Intéresse plusieurs faces de la dent (faces proximales).

CLASSIFICATION DES RG: MILLER 1985

- Classe 1 & 2 : Recouvrement total possible
 - Classe 3: Recouvrement partiel possible
 - Classe 4: Pas de recouvrement total possible
- *Mais cette classification ne prend pas en compte la perte d'attache interproximale...Une nouvelle classification a donc été adoptée lors de la Conférence de Consensus en 2017: la classification de Cairo*

CLASSIFICATION DES RG: RT1 de CAIRO2011



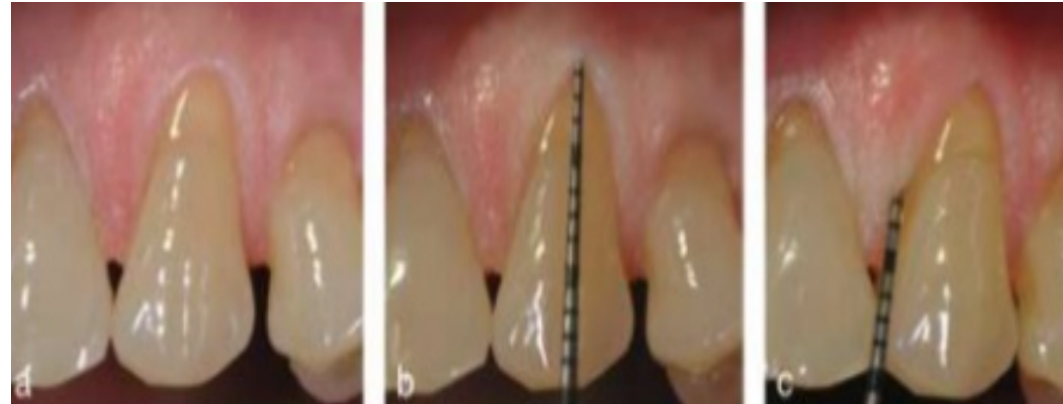
RT1: Récession vestibulaire

PAS de perte d'attache interproximale

En Mésial & Distal: la JEC n'est visible cliniquement

BON PRONOSTIC: Recouvrement complet prévisible

CLASSIFICATION DES RG: RT2 de CAIRO2011



RT2 :

Perte d'attache interproximale

sonde en **interproximal** de la JEC

au fond du sulcus ou de la poche



Perte d'attache vestibulaire

sonde en **vestibulaire** de la JEC

au fond du sulcus ou de la poche

PRONOSTIC MOYEN: Recouvrement complet possible mais non prévisible

CLASSIFICATION DES RG: RT3 de CAIRO 2011



RT3 :

Perte d'attache interproximale



Perte d'attache vestibulaire

MAUVAIS PRONOSTIC : Recouvrement complet impossible

ANALYSE DES RG

Paramètres à prendre en compte

EVALUATION DE LA ZONE CERVICALE

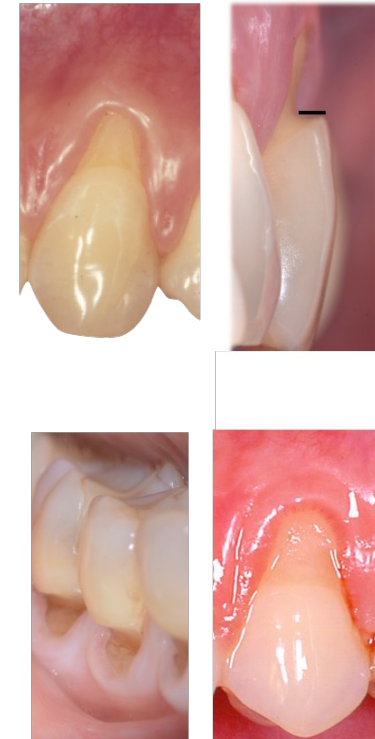
- La surface radiculaire doit être évaluée en étudiant les éventuelles présences de lésions cervicales non carieuses ou LCNC
- LCNC= perte de tissu dentaire amélio dentinaire dans la zone cervicale au-dessus ou au niveau de la JEC , pouvant affecter la surface radiculaire.
- Les LCNC sont classifiées en tenant compte de 2 facteurs:
 - la visibilité de la JEC
 - la profondeur de la lésion matérialisée par la présence d'une marche en bordure de l'abrasion

LCNC (lésions cervicales non carieuses)

- Lésions larges, peu profondes=> cause érosive extrinsèque
- Lésions abrasives => contours nets et rayures visibles
- Pas de preuve que charge occlusale anormale cause LCNC
- Forme non déterminante pour l'étiologie
- Prévalence de la NCCL varie entre 11,4 % et 62,2 %
- Gravité de la NCCL => augmente généralement avec l'âge

Classification des LCNC (lésions cervicales non carieuses)

/ Visibilité de la JEC	Concavité	Ex
Présence => A	$\leq 0.5\text{mm}$	A -
Présence => A	$> 0.5\text{mm}$	A +
Absence => B	$\leq 0.5\text{mm}$	B -
Absence => B	$> 0.5\text{mm}$	B +



CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES

ELEMENTS CLINIQUES PROPOSES POUR UNE CLASSIFICATION ORIENTEE VERS LE TRAITEMENT

- Profondeur de la récession : plus la récession est profonde, plus la probabilité d'un recouvrement radiculaire complet est faible.
- Épaisseur gingivale : une épaisseur inférieure à 1 mm est associée à une probabilité réduite de recouvrement radiculaire complet lors de l'application d'un lambeau avancé.
- Niveau d'attache clinique interdentaire (NAC) : les récessions associées à une intégrité de l'attache interdentaire permettent un recouvrement radiculaire complet, tandis qu'une perte d'attache interdentaire réduit cette possibilité et qu'une perte de NAC interdentaire très importante la compromet.

CRITERES DECISIONNELS D'INTERVENTION

4 critères sont à analyser

- Progression de la perte d'attache objectif valable par le suivi du patient dans le temps
- demande esthétique les analyses du sourire naturel et forcé du patient
- hyperesthésie dentinaire
- présence de lésions cervicales carieuses ou non carieuse

TAKE HOME MESSAGES

- Les paramètres cliniques qui permettent de décrire un état muco gingival avec une récession gingivale ont été édictés non le rapport de consensus de 2017 :
 - 1/le niveau d'attache clinique Inter proximale (classification de cairo)
 - 2/ le phénotype gingival : épaisseur gingivale et hauteur de TK
 - 3/l'état de surface radiculaire et la détection ou non de la JEC (Pini Prato 2010)
- Pas de hauteur de gencive minimale pour maintenir la santé parodontale en absence de plaque dentaire

TAKE HOME MESSAGES

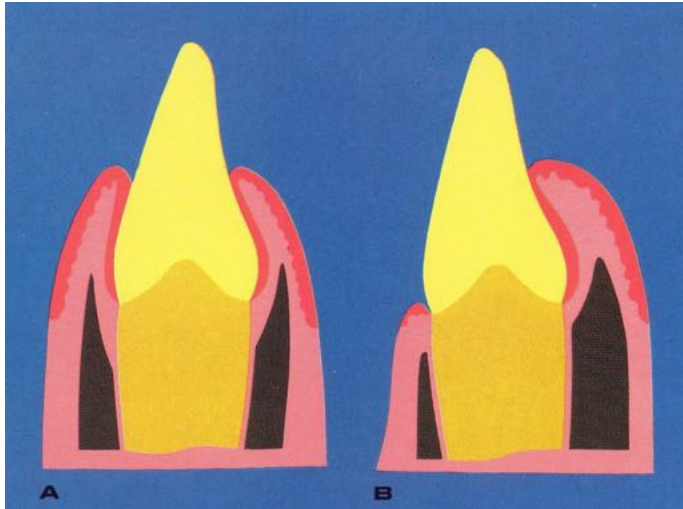
- La santé parodontale peut être préservée chez la majorité des patients présentant des conditions buccales optimales, même en cas de récession gingivale.
- Cette récession est plus fréquente chez les individus ayant un biotype parodontal fin.
- Une nouvelle classification axée sur le traitement, qui prend en compte l'évaluation du biotype gingival, la gravité de la récession gingivale et les lésions cervicales associées, est proposée afin de faciliter la prise de décision clinique.
- L'apparition d'hypersensibilité dentinaire, de lésions cervicales, ainsi que la présence de biotypes gingivaux fins et de déformations mucogingivales, sont généralement traitées par une intervention chirurgicale mucogingivale lorsque cela est jugé nécessaire.

ERUPTION PASSIVE ALTEREE

Courtoisie Pf Stéphane Kerner

GA et ERUPTION DENTAIRE

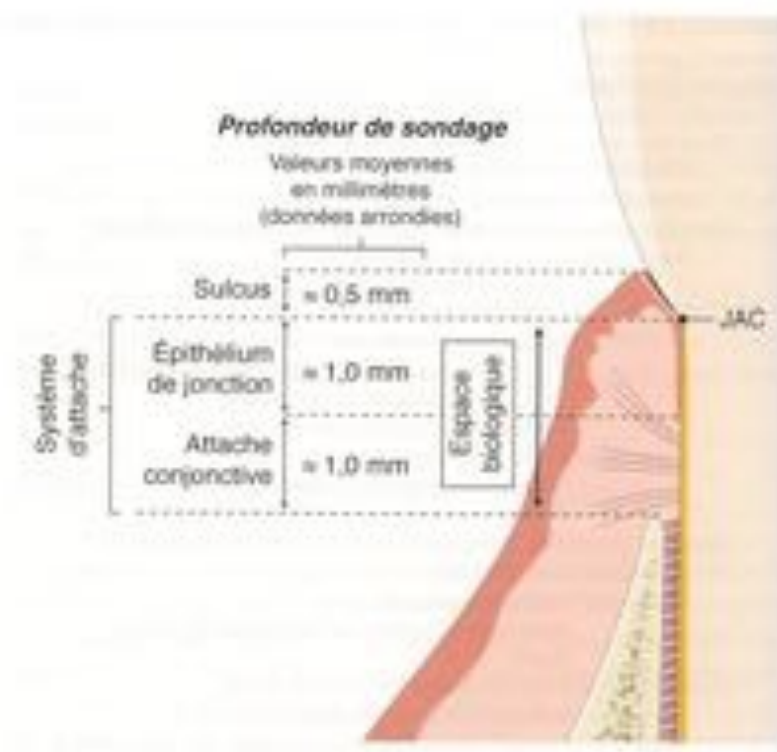
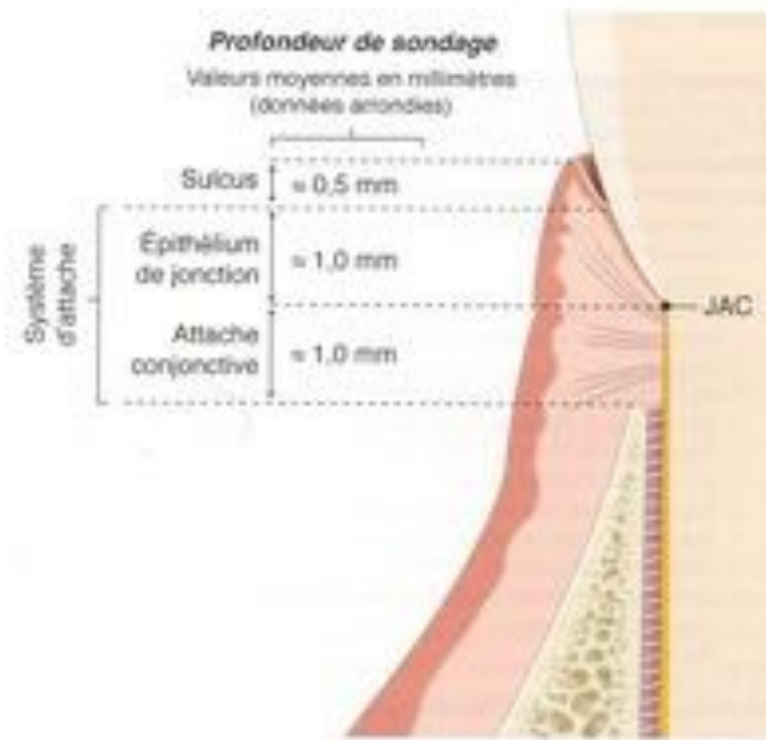
- *Localisation de l'émergence dentaire : effraction de la muqueuse gingivale ou alvéolaire*



*=> influence réciproque de la dimension parodontale VL
=> Influence sur la quantité de gencive*

ERUPTION PASSIVE

- *L'éruption passive accompagne l'éruption active et aboutit à la création de l'attache supracrestale physiologique*
- *Parodonte sain chez l'enfant* *chez l'adulte*



ERUPTION PASSIVE

- Eruption passive (Gargiulo et coll 1961) : 4 stades
 1. la dent atteint le plan occlusal : l'épithélium de jonction et la base du sillon gingivo-dentaire se trouvent sur l'émail
 2. l'épithélium de jonction prolifère et vient sur JEC. La base du sillon gingivo-dentaire est encore sur l'émail
 3. l'épithélium de jonction migre sur le cément : l'attache supracrestale est établie. Les stades 3) ne sont pas observés en dessous de 21 ans.. La distance JEC/crête osseuse s'accroît de 1,08mm au stade 1 à 2,81mm au stade 4.



ERUPTION PASSIVE

- *L'éruption passive peut être perturbée par un contexte inflammatoire et la position de la dent*



ERUPTION PASSIVE INCOMPLETE

- *Eruption passive incomplète (ou altérée ou retardée) : anomalie du développement*

Se manifeste cliniquement par le recouvrement 'une partie des couronnes dentaires par la gencive. : modification de l'harmonie dento-faciale

- *Type I : quantité excessive de gencive de la gencive marginale à la LMG*
- *Type II : dimension normale de gencive*



ERUPTION PASSIVE INCOMPLETE

- *la gencive marginale (et parfois l'os) située à un niveau plus coronairement
=> formation de pseudo-poches et/ou à des problèmes esthétiques.*

ERUPTION PASSIVE INCOMPLETE



PRESENCE ABHERANTE DES FREINS

Courtoisie Pf Stéphane Kerner

DEFINITIONS

- Un frein est un repli muqueux localisés entre deux structures anatomiques.
- Localisation : au niveau médian (freins incisifs maxillaire et mandibulaire) ou latéral vestibulaire, et sur la face ventrale de la langue.

CLASSIFICATIONS

Classification (PLACEK et coll., 1974) selon la localisation de leur insertion :

- *attache muqueuse : au niveau de la muqueuse alvéolaire à la limite de la LMG*



- *attache gingivale : au niveau de la gencive attachée*

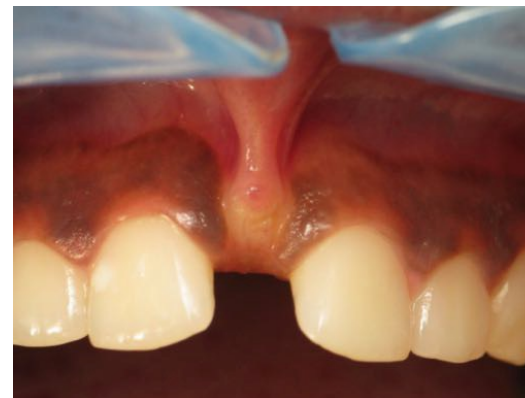


CLASSIFICATIONS

- *attache papillaire : au niveau de la papille*



- *attache interdendaire : l'insertion rejoint le sommet du septum gingival. La traction du frein fait blanchir la papille interdendaire. L'insertion du frein frein inter-incisif maxillaire peut même rejoindre la papille bunoïde et est souvent en en rapport avec la présence d'un diastème interincisif.*



CHIRURGIE DES FREINS: FRENECTOMIE

La frénectomie consiste à éliminer un frein avec ses insertions.

Indications de la frénectomie

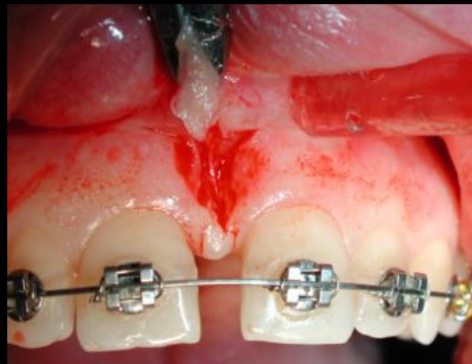
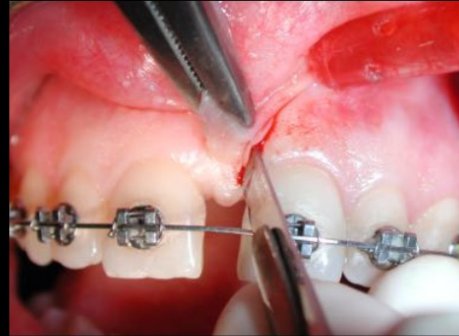
=> *Indications parodontales :*

- *mobilisation de la gencive marginale avec ouverture du sillon gingivodentaire*
- *frein entravant l'hygiène ou générant un problème esthétique (frein visible au moment du sourire)*
- *frein associé à une récession parodontale évolutive*

=> *Indications biomécaniques :*

- *frein hypertrophique associé à la présence d'un diastème antéro-supérieur et/ou à des incisives*
- *Incisives centrales divergentes ou en rotation*

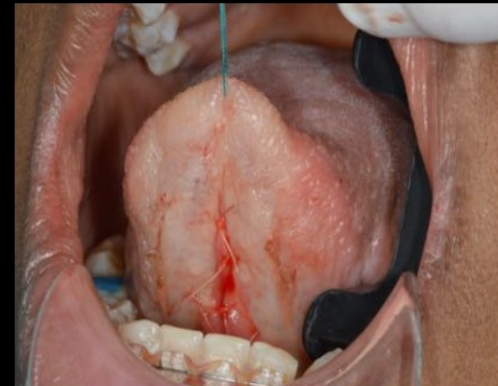
freinectomie labiale



La chirurgie des freins : frein lingual



La chirurgie des freins





UFR SANTÉ



UFR SANTÉ