



Cas clinique

Gestion des défauts esthétiques gingivaux par épithèse au cours d'un traitement parodontal : à propos d'un cas clinique

Management of gingival aesthetic defects using prostheses during periodontal treatment: a clinical case study

A Nimaga*¹, Fe Baglo¹, NL Mbow¹, AMA Seck-Diallo¹, HM Benoist¹

Résumé

Introduction : Les récessions gingivales sont des défauts parodontaux pouvant s'accompagner de perte des papilles interdentaires. L'objectif de ce travail était de montrer l'intérêt d'une épithèse gingivale dans la prise en charge des récessions antérieurs multiples maxillaires de type RT3 de Cairo associées à des pertes papillaires de classe III de Tarnow.

Cas clinique et prise en charge : N.S., âgée de 31 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, a été reçue en consultation pour des mobilités dentaires et pertes papillaires interdentaires laissant apparaître des « triangles noirs » interdentaires évoluant depuis un an. L'examen parodontal a révélé un indice de saignement de 12 %, une perte d'attache interdentaire maximale de 10 mm et une profondeur de sondage maximale de 6 mm. Les récessions étaient de type RT3 de Cairo au niveau des dents 12, 11, 21 et 22. L'analyse radiographique a montré une alvéolyse essentiellement horizontale. Le diagnostic parodontal

retenu était une parodontite de stade 3 localisé, grade C. Après la phase de thérapeutique initiale et la réévaluation à 3 mois, l'indication d'une épithèse gingivale a été posée afin de prendre en charge les défauts interdentaire inesthétique. Cette épithèse a été réalisée en résine acrylique dans le secteur antérieur maxillaire.

Conclusion : En présence de défauts parodontaux, l'épithèse gingivale constitue une option pertinente pour restaurer l'esthétique gingivale. Elle est recommandée lorsque les techniques chirurgicales sont limitées pour les restaurations des pertes papillaires de classe III de Tarnow.

Mots-clés : parodontite, récession gingivale, esthétique, épithèse gingivale.

Abstract

Introduction: Gingival recessions are periodontal defects that may be accompanied by loss of interdental papillae. The aim of this study was to demonstrate

the benefits of gingival prostheses in the treatment of multiple anterior maxillary recessions of Cairo type RT3 associated with Tarnow class III papillary loss.

Clinical case and treatment: N.S., aged 31, with no medical or surgical history, was seen for consultation regarding tooth mobility and loss of interdental papillae, revealing interdental “black triangles” that had been developing for a year. The periodontal examination revealed a bleeding index of 12%, a maximum interdental attachment loss of 10 mm, and a maximum probing depth of 6 mm. The recessions were Cairo RT3 type at teeth 12, 11, 21, and 22. Radiographic analysis showed mainly horizontal alveolysis. The periodontal diagnosis was localized stage 3 periodontitis, grade C. After the initial treatment phase and reassessment at 3 months, a gingival prosthesis was recommended to address the unsightly interdental defects. This prosthesis was made of acrylic resin in the maxillary anterior region. Conclusion: In the presence of periodontal defects, gingival prostheses are a relevant option for restoring gingival aesthetics. They are recommended when surgical techniques are limited for restoring Tarnow class III papillary loss.

Keywords: periodontitis, gingival recession, aesthetics, gingival prosthesis.

Introduction

Les récessions gingivales sont définies comme le déplacement de la gencive marginale apicalement à la jonction amélo-cémentaire (1). Les causes sont multifactorielles et peuvent résulter de l'évolution des maladies parodontales, de traumatisme dentaire, de déplacement dentaire, d'un brossage traumatique, de soin iatrogène ainsi que de l'absence de point de contact interdentaire (2). Ces défauts parodontaux peuvent s'accompagner de perte des papilles

interdentaires. Il existe plusieurs classifications de ces pertes papillaires et la plus utilisée dans la pratique clinique est celle décrite par Nordland et Tarnow en (1998), qui ont proposé trois classes fondées sur des repères anatomiques. Dans la classe I, le sommet de la papille se situe entre le point de contact et le point le plus coronaire de la jonction émail-cément sur la face proximale ; dans la classe II, le sommet de la papille se situe au niveau du point le plus coronaire de la jonction émail-cément ou entre celui-ci et le point le plus apical de cette jonction sur la face vestibulaire ; enfin dans la classe III, le sommet de la papille se situe au niveau de la jonction émail-cément vestibulaire ou apicalement à cette dernière (3). Les conséquences de ces pertes papillaires compromettent l'esthétique du sourire et occasionnent des problèmes de phonation et des rétentions alimentaires. La prise en charge de ces défauts passe par les techniques de reconstructions chirurgicales après la thérapeutique initiale (4). En raison de la destruction importante du support parodontal notamment l'os alvéolaire et la gencive, les techniques de reconstruction papillaire n'offrent que des résultats limités dans les cas de pertes papillaires de classe III de Tarnow, rendant la restauration complète de la papille difficile ; voire impossible. Dans ce contexte, le recours aux épithèses gingivales sont particulièrement recommandé et ses indications incluent les récessions proximales/circulaires, les « trous noirs » interdentaires ; ainsi que les troubles phonétiques (5). L'objectif de ce rapport de cas est de montrer l'intérêt d'une épithèse gingivale dans la prise en charge des récessions antérieures multiples maxillaires de type RT3 de Cairo associées à des pertes papillaires de classe III de Tarnow.

Cas clinique

N.S., âgée de 31 ans, a été reçue en consultation à la clinique de parodontologie de l'Institut d'Odontolo-

gie et de Stomatologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar pour des mobilités dentaires et des « triangles noirs » interdentaires perçus comme inesthétiques, évoluant depuis un an sans notion de prise en charge antérieure. L'examen endobuccal avait mis en évidence un indice de plaque d'O'Leary de 54 % (6). Des diastèmes ont été observés entre les dents 13, 12, 21, 22 à 23 ainsi qu'entre 41 et 42. Une mobilité de degré 2 de Mühlemann a été objectivée sur les dents 12, 11, 22 et une mobilité de degré 3 sur la dent 21 (7). On notait également une égression de la dent 21. L'inflammation gingivale était caractérisée par un indice de saignement au sondage (bleeding on probing BOP d'Ainamo et Bay) de 43% (8). Le sondage parodontal a montré une perte d'attache interproximale maximale de 10 mm, une profondeur de sondage maximale de 6 mm ainsi qu'un phénotype gingival épais et plat selon la classification de Zweers et al, (9). Des récessions gingivales de type RT3 de Cairo ont été notés sur les dents 12, 11, 21, 22 et 23 associées à des pertes papillaires de classe III de Tarnow (figure 1a) (1). La radiographie panoramique dentaire et rétroalvéolaire ont mis en évidence une alvéolyse mixte (horizontale et verticale) avec une lyse osseuse à 60 % sur la dent 21 (figure 1b). Le diagnostic parodontal retenu était une parodontite de stade 3 généralisée grade C.

Prise en charge

Le consentement libre et éclairé de la patiente a été recueilli pour la mise en œuvre du plan de traitement. La prise en charge a débuté par la phase de thérapeutique initiale incluant une motivation et un enseignement à l'hygiène buccodentaire, un détartrage et polissage, ainsi qu'un débridement des poches supérieures ou égales à 5 mm de profondeur. Une attèle de contention intra coronaire allant des dents 13 à 23 a été réalisée (figure 1c).

La réévaluation à deux mois de la thérapeutique initiale a relevé une profondeur de sondage maximale à 3 mm, une perte d'attache interproximale maximale de 6 mm, un indice de plaque à 5,7 % ainsi qu'un BOP à 2,2 %. Afin de restaurer l'esthétique gingivale

altérée par des récessions associées à des pertes papillaires de classe III selon la classification de Tarnow en (1988), et en raison de l'impossibilité de recouvrement complet des récessions de type RT3 par les techniques chirurgicales conventionnelles, une épithèse gingivale a été retenue comme option thérapeutique. La réalisation de l'épithèse a débuté par une empreinte primaire à l'alginat, destinée à l'obtention d'un modèle de situation. Sur ce modèle, une clé palatine en silicone de haute viscosité a ensuite été confectionnée afin d'obturer les zones palatines des espaces interdentaires. Un essayage de la clé de silicone en bouche a été effectué afin de vérifier sa stabilité sur les vues occlusale (figure 2a) et vestibulaire (figure 2b). Une empreinte de précision du maxillaire a été réalisée en veillant au maintien rigoureux de la clé palatine en position, afin d'éviter toute fuite du matériau d'empreinte au niveau du palais (figure 2c). Le maître-modèle a été réalisé au laboratoire à partir de plâtre ultra dur. L'épithèse a été par la suite réalisée en résine acrylique avec une reproduction des contours gingivaux et des papilles interdentaires (figure 3a et 3b). Après la mise en bouche de l'appareil (figure 3c), la patiente a été instruite sur la manipulation et l'hygiène de l'épithèse. Elle était satisfaite du confort et de l'esthétique.

Le suivi à 3 mois a montré une bonne adaptation de l'épithèse, une stabilité des paramètres parodontaux, une amélioration significative de son expression orale et un rendu esthétique satisfaisant (figure 4a et 4b).

Une phase de thérapeutique parodontale de soutien a été instaurée tous les 3 mois pendant la première année puis tous les 6 mois dans le but de maintenir les résultats obtenus.



Figure 1 : (a) vue clinique initiale montrant des « triangles noirs », des pertes papillaires et des récessions de type RT3 ; (b) radiographie panoramique avec une alvéolyse mixte ; contention intra-coronaire de la 13 à 23



Figure 2: (a) vue occlusale montrant la clé palatine avec du silicone de haute viscosité ; (b) vue vestibulaire de la clé à travers les embrasures interdentaires ; (c) vue de l'empreinte de précision

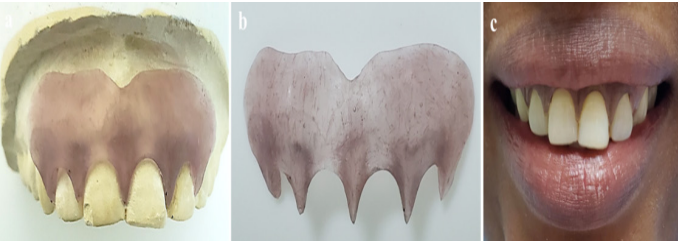


Figure 3 : (a) épithèse sur le modèle en plâtre ; (b) épithèse avant sa mise en bouche ; (c) vue clinique de l'épithèse en bouche

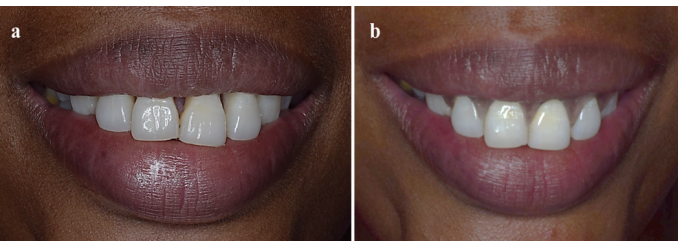


Figure 4 : (a) vue clinique initiale avec les « triangles noirs » ; (b) suivi à 3 mois avec une bonne adaptation de l'épithèse

Discussion

La parodontite est une pathologie inflammatoire chronique multifactorielle associée à une dysbiose du biofilm et caractérisée par une destruction progressive des tissus de soutien de la dent. Les principaux signes cliniques incluent la perte de tissu parodontal, représentée par la perte d'attache clinique (PAC) et la lyse osseuse visible radiologiquement, la formation de poches parodontales et le saignement gingival (10). La réduction du support parodontal peut engendrer des préjudices esthétiques majeurs : récessions parodontales, migrations dentaires et perte des papilles interdentaires. La prise en charge de ces préjudices

esthétiques et fonctionnels au cours du traitement parodontal requiert une approche pluridisciplinaire. La reconstruction chirurgicale des papilles interdentaires réduites ainsi que la prise en charge des « triangles noirs » restent un véritable défi ; en raison de la complexité anatomique, de la hauteur osseuse limitée et de la morphologie dentaire qui rendent les résultats souvent imprévisibles ; il n'est donc pas toujours possible d'obtenir des résultats présumables (11, 12). Dans les cas où les méthodes d'augmentation des tissus durs et mous sont limitées, une approche non chirurgicale au moyen d'une épithèse gingivale peut être utilisée pour remplacer les déficits importants de tissus durs et mous. L'épithèse gingivale est une option thérapeutique temporaire intéressante pour la réhabilitation de l'esthétique gingivale. Elle peut être réalisée avec différents matériaux notamment la résine acrylique ou la résine thermoplastique (5). Elle constitue une solution esthétiquement satisfaisante pour les patients présentant une perte papillaire dans les secteurs antérieur. Alani et al., proposent l'indication de l'épithèse gingivale chez les patients ayant une variation importante des hauteurs gingivales et ceux avec des classes de sourire parodontia 1 et 2. Ces types de sourire, correspondent respectivement à une ligne très haute et une ligne haute, et se caractérisent par une exposition gingivale continue d'au moins 3 mm pour le type 1 et d'au moins 2 mm de hauteur pour le type 2, mesurée à partir de la lèvre supérieure lors du sourire (13). L'épithèse gingivale à visée fonctionnelle permet de prévenir l'impaction alimentaire et les problèmes de phonation en réduisant les fuites d'air. C'est le cas de notre patiente, qui présente des récessions gingivales de type RT3 de Cairo sur les dents 12, 11, 21, 22 et 23 associées à des pertes papillaires de classe III de Tarnow. Ces défauts sont associés à des problèmes de phonation à type de fuite d'air. La prise en charge de ses problèmes esthétiques et fonctionnels a commencé par la thérapeutique initiale suivie par la confection d'une épithèse gingivale après une réévaluation au bout de deux mois comme suggère Hatz et al, (5). Les principales limites de cette approche thérapeutique

sont : l'inconfort engendrée par l'épithèse ainsi que la possible décoloration de cette dernière au cours du temps notamment en cas de consommation de tabac, du vin rouge, du thé, etc (13). La présence de l'épithèse peut également favoriser l'accumulation du biofilm dentaire et de débris alimentaires en cas de mauvais contrôle individuel de plaque dentaire (5). Le succès des épithèses gingivales dépend d'un bon diagnostic, d'une bonne prise d'empreinte et du respect des étapes de laboratoire, mais aussi d'une bonne compliance du patient. Cette approche a permis de répondre aux attentes de la patiente en ce qui concerne l'esthétique et la phonation et constitue par ailleurs un bon compromis socio-économique.

Conclusion

En présence de défauts parodontaux, l'épithèse gingivale constitue une option pertinente pour restaurer l'esthétique gingivale. Elle est recommandée lorsque les techniques chirurgicales sont limitées pour les restaurations des pertes papillaires de classe III de Tarnow. Cependant, la préparation initiale du patient reste un préalable important à toute prise en charge parodontale. Une collaboration interdisciplinaire parodontologie /prothèse est nécessaire afin d'optimiser le traitement et d'assurer une prise en charge complète du patient.

*Correspondance

NIMAGA Assetou

nimagaassetou148@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Octobre 2025

1 : Service de parodontologie, Institut d'Odontologie et de Stomatologie (IOS), Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie (FMPO), Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD), BP. 5005 Dakar, Sénégal

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* 2011;38(7):661-6.
- [2] Dhenain T, Khoury G, Missika P. Management of gingival black triangles in aesthetic implantology: from the surgical regeneration to the prosthetic illusion. *JPIO.* 2017;3.
- [3] Nordland WP, Tarnow DP. A classification system for loss of papillary height. *J Periodontol.* 1998;69(10):1124-6.
- [4] Borghetti A, Monnet-Corti V, Azzi R, Bouchard P, Cairo F, Davarpanah M, et al. Chirurgie plastique parodontale. 3e éd. Michigan: CdP; 2017.
- [5] Hatz CR, Bühler E, Schmidlin PR. Gingival epitheses: forgotten craft or technology with a future? - Case report of a epithesis fabricated with CAD/CAM. *Swiss Dent J.* 2023;133(1):23-8.
- [6] O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The Plaque Control Record. *J Periodontol.* 1972;43(1):38-8.
- [7] Mühlemann HR. Tooth Mobility: The measuring method. Initial and secondary tooth mobility. *J Periodontol.* 1954;25(1):22-9.
- [8] Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J.* 1975;25(4):229-35.
- [9] Zweers J, Thomas RZ, Slot DE, Weisgold AS, Van der Weijden FGA. Characteristics of periodontal biotype, its dimensions, associations and prevalence: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2014;41(10):958-71.
- [10] Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin*

Periodontol. 2018;45(20):S162-70.

- [11] Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S190-8.
- [12] Aroca S, Barbieri A, Clementini M, Renouard F, de Sanctis M. Treatment of class III multiple gingival recessions: Prognostic factors for achieving a complete root coverage. *J Clin Periodontol.* 2018;45(7):861-8.
- [13] Alani A, Maglad A, Nohl F. The prosthetic management of gingival aesthetics. *Br Dent J.* 2011;210(2):63-9.

Pour citer cet article :

A Nimaga, Fe Baglo, NL Mbow, AMA Seck-Diallo, HM Benoist. Gestion des défauts esthétiques gingivaux par épithèse au cours d'un traitement parodontal : à propos d'un cas clinique. *Jaccr Africa* 2025; 9(4):86-91

<https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.011L012010>