

Dents postérieures (amalgame ou composite?)

Mise en situation

Le désir exprimé par un grand nombre de patients d'avoir des restaurations sans métal ou alliage métallique conduit les dentistes à utiliser de manière fréquente les composites. Les techniques adhésives de plus en plus performantes permettent depuis maintenant plusieurs années de réaliser des restaurations postérieures en composite, alternative esthétique intéressante aux amalgames.

La réalité

Lorsqu'il y a carie, les dentistes doivent en assurer l'élimination puis réaliser une réparation qui garantira au mieux le compromis entre restitution de la fonction masticatoire, exigence esthétique et moindre danger, pour une plus grande durabilité possible. Actuellement, deux matériaux permettent cette fonction: l'amalgame, qui malgré les débats actuels reste un produit irremplaçable, et les résines composites (insertion directe), certes plus modernes, mais non dénuées d'inconvénients. Ces deux matériaux de restauration peuvent fréquemment cohabiter dans une même bouche. La variabilité des situations cliniques concernant la restauration des dents postérieures oblige à suivre une démarche raisonnée pour aboutir au choix de l'une ou l'autre des techniques. C'est à partir d'un examen clinique et d'un examen radiographique que le dentiste prend une décision thérapeutique pertinente en orientant son choix vers une restauration fonctionnelle, de durabilité variable et, dans certains cas, esthétique. Il est évident que les restaurations faites de composites modernes, dont les qualités esthétiques et fonctionnelles peuvent se substituer valablement à celles des obturations métalliques traditionnelles, peuvent devenir des options de traitement très alléchantes. Il faut toutefois en mesurer le pour et le contre, et, avant toute chose, savoir à quel type de matériau on a affaire!

Le point sur l'amalgame

Souvent appelé à tort plombage, c'est le matériau le plus classique. Proposé depuis plus d'un siècle dans la restauration des dents, l'amalgame est composé d'un alliage d'argent (~22-32%), d'étain (~14%) et de cuivre (~8%) auquel on associe du mercure. Le malaxage de ces différents composants produit une « pâte » qui, une fois mise en place, durcit. Ce matériau est certes peu esthétique, mais il associe une excellente résistance à l'abrasion (usure) à une grande durabilité.

L'amalgame est très fiable et durable pour traiter les dents postérieures soumises aux forces mécaniques. De plus, avec le temps, l'amalgame a la propriété intéressante de se sceller et de devenir étanche. Une certaine controverse s'est créée au cours des dernières années à propos de sa potentielle toxicité à cause du mercure. Bien que la littérature scientifique démontre que l'amalgame dentaire ne présente pas de risque significatif pour la santé, quelques remarques s'imposent.

- 1) Le mercure contenu dans l'amalgame est enfermé dans sa structure. Une part infiniment petite est libérée dans la salive au cours de la mastication, et ce, à des doses très inférieures à celles contenues dans certains aliments comme le poisson.
- 2) Comme toute substance, le mercure peut donner lieu à des réactions allergiques, et c'est au dentiste de déterminer l'éventualité d'une sensibilisation. Dans la majorité des cas, les réactions d'hypersensibilité au mercure se présentent sous forme de réactions lichénoïdes (taches blanches réticulées, plaques rouges, papules, ulcères) sur les muqueuses directement en contact avec un amalgame après une période prolongée. Les réactions allergiques plus généralisées (œdème ou urticaire) survenant immédiatement après la mise en place d'un amalgame sont excessivement rares et habituellement de courte durée.
- 3) L'exposition au mercure de toute source peut être une préoccupation particulière pour certains patients ayant une condition médicale spécifique. Bien que l'amalgame dentaire ne soit pas lié à ces conditions, les règles de prudence doivent prendre en considération les cas suivants: patient sensible ou allergique à un des composants de l'amalgame, patient atteint de lichen plan et patient ayant une fonction rénale significativement diminuée. Par conséquent, la seule bonne raison d'enlever un amalgame cliniquement acceptable est le remplacement pour une raison médicale.
- 4) Les femmes enceintes ou qui allaitent ainsi que les enfants doivent faire l'objet d'une analyse approfondie des risques versus des bénéfices lors du choix d'un matériau de restauration. Dans plusieurs cas, il est possible que l'amalgame soit la meilleure option. Même si l'évidence scientifique n'exclut pas ce groupe de personnes en ce qui concerne la pose d'amalgames la prudence est de mise. On évite les traitements pendant la grossesse et l'allaitement dans la mesure du possible, et on considère les alternatives à l'amalgame chez les enfants.

Le point sur les composites

Matériau plus récent que les amalgames, on l'oppose à ces derniers, souvent à tort. Les composites sont très esthétiques et permettent des restaurations imperceptibles grâce à une multitude de teintes. Ils ont initialement été utilisés pour les dents antérieures; la mise au point de composites plus résistants à l'usure et à la fracture a permis d'étendre leurs indications aux dents postérieures. Les composites se présentent sous la forme de pâte (résine) contenant des microparticules et des macroparticules constituées de quartz, de silice, de zirconium. Ils ne sont pas dénués d'inconvénients: sensibilité à la contamination pendant leur mise en place, plus ou moins grande résistance à l'abrasion, étanchéité variable, potentiel irritant ou même allergène de certains composants. Les défauts microscopiques d'étanchéité qui permettent l'infiltration bactérienne entre l'obturation et la dent sont la principale cause de la douleur postopératoire et de la récurrence de carie. Toutes les



résines composites rétrécissent sous l'effet de la polymérisation (transformation à l'état solide), et aucun de ces matériaux n'est doté de la propriété d'autoscellement durable, caractéristique de l'amalgame. La mise en place d'un composite postérieur est une intervention plus complexe, qui exige plus de temps et qui est plus difficile à réaliser que celle de l'amalgame et, donc, plus chère.

Faut-il remplacer systématiquement les obturations en amalgame en bon état ?

Sommes-nous mieux servis par une restauration en amalgame ou en résine composite ? Devant la grande popularité des matériaux esthétiques, l'amalgame a-t-il encore sa place dans la panoplie thérapeutique contemporaine ? Peut-il être durablement remplacé par un autre matériau ? Il n'existe aucune raison de remplacer systématiquement les amalgames. L'amalgame demeure un excellent matériau de restauration dentaire, dont une des principales qualités est la durabilité. Il assure de façon satisfaisante l'étanchéité entre la dent et l'obturation et, par conséquent, limite ou empêche la récurrence de carie. Il reconstitue des points de contact interdentaires de bonne qualité et, de ce fait, assure la protection de la gencive. Sa résistance à la pression et à l'abrasion lui permet de répondre convenablement aux sollicitations mécaniques lors de la mastication. Remplacer un amalgame rien que pour le remplacer ne peut être acceptable que si une raison médicale le justifie ou encore si la dent démontre un réel besoin clinique d'être restaurée. C'est à ce moment que le patient doit connaître les enjeux. Une chose est certaine : les matériaux courants de restauration dentaire, y compris l'amalgame, sont sûrs et efficaces.

Ce qu'il faut savoir au sujet des résines composites quand vient le temps de restaurer une dent postérieure

Indications relatives aux composites postérieurs

- 1) Pour des fins de prévention.
- 2) Cavités conservatrices pour petites caries.
- 3) Pour préserver l'intégrité de la structure de la dent.
- 4) Dent dont l'intégrité structurale est menacée (dent à risque de fracture).
- 5) Décision du patient de recevoir une obturation non métallique.

Contre-indications aux composites postérieurs

- 1) Impossibilité d'obtenir et de maintenir un champ opératoire convenablement isolé.
- 2) Fonction occlusale excessive.
- 3) Hyperfonction (serrement des dents, grincement, etc.).
- 4) Étendue de la carie sous la gencive.

Problèmes rencontrés avec les résines composites (insertion directe)

- 1) **Sensibilité postopératoire.**
 - **Sensibilité immédiate:** sensibilité normale de nature transitoire soulagée par la prise d'analgésiques.
 - **Sensibilité permanente:** cette sensibilité est surtout associée à la technique opératoire.
 - **Thermique:** surtout au froid, elle vient du fait que le matériau n'est pas étanche.
 - **Mécanique:** surtout à la pression, elle est associée aux forces de la mastication.
- 2) **Joint au pourtour de la restauration, surtout aux endroits où il ne reste plus d'émail dentaire (sous la gencive par exemple).**
- 3) **Point de contact interproximal entre deux dents adjacentes parfois difficile à obtenir.**
- 4) **Longévité clinique:** dans les cas d'obturations extensives impliquant plusieurs surfaces de la dent, les composites ont une durée moyenne de vie moindre que les amalgames.

Le consentement éclairé

Votre pronostic est: Bon Moyen Défavorable

Le consentement éclairé est le résultat d'une discussion entre le patient et le dentiste. Le présent document est remis à titre d'information et pourra être complété ou nuancé lors des échanges avec votre dentiste. Certains dentistes pourront donner des explications satisfaisantes sans remettre ce document au patient.

Explications

Consentement éclairé quant au remplacement des amalgames par des résines composites sur des dents postérieures

Je comprends et j'accepte ce qui suit. La nature du traitement envisagé m'a été expliquée par mon dentiste. Il est possible que d'autres types d'interventions soient nécessaires et que mon dentiste ne puisse s'en charger. Les autres possibilités de traitement m'ont été présentées, y compris le non-traitement, comme l'ont été les avantages et les inconvénients (notamment les problèmes postopératoires) du traitement envisagé. Je comprends que même si le pronostic de départ est bon, ces problèmes postopératoires peuvent quand même survenir. Je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (être présent et ponctuel à mes rendez-vous, hygiène buccale et contrôles périodiques) et que si ma collaboration est jugée insuffisante par le dentiste, mon traitement sera interrompu.

J'ai discuté de tout ce qui précède avec mon dentiste, il a répondu à toutes mes questions et je témoigne de mon consentement éclairé au traitement.

Signature du patient

Date

Signature du dentiste

Date