

Définition :

L'érosion dentaire est une perte de substance coronaire non carieuse, progressive et irréversible, sous l'effet d'un phénomène de dissolution acide de l'hydroxyapatite de l'émail et de la dentine sans implication de la plaque bactérienne. (Lussi et Ganss, 2014)

Description

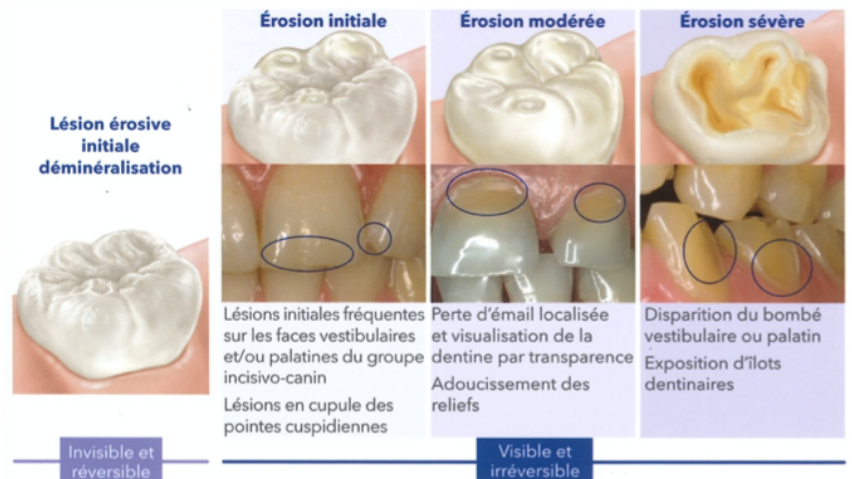
Contrairement aux lésions carieuses qui sont localisées et progressent généralement en profondeur, les lésions érosives sont plus diffuses, elles progressent en surface et sont dépourvues de plaque dentaire.

L'aspect clinique des lésions érosives est variable en fonction du stade, du site et de l'étiologie (une atteinte des faces palatines signe plutôt une origine endogène alors qu'une asymétrie relève d'un reflux, ...).

Aux premiers stades, on observe une perte de substance homogène en surface avec altération de la surface parfois difficile à diagnostiquer.

Aux stades plus avancés, on observe une disparition des cuspidés avec l'apparition de cupules et de larges plages d'exposition dentinaire

d'aspect satiné. Une hypersensibilité dentinaire peut alors être associée. L'émail périphérique est souvent maintenu. Les matériaux de restauration coronaire ne sont pas affectés. Aux stades les plus sévères, une perte de dimension verticale entraîne des troubles fonctionnels et un préjudice esthétique important.



Etiologie :

L'acidité responsable de l'érosion peut avoir 2 origines :

- Acides endogènes : reflux gastro-œsophagien et vomissements.
- Acides exogènes : consommations de substances acides (alimentation, médicaments, stupéfiants).
- L'altération du flux salivaire aggrave le phénomène.

Epidémiologie :

La prévalence a été estimée entre 20 et 45% en denture permanente. (Schlueter et Luka 2018)

Il semblerait que la prévalence soit en hausse chez les jeunes patients. Une étude française concluait à une prévalence de 39% chez l'adolescent (Muller-Bolla et al. 2015)

Diagnostic et Évaluation

Lorsque des lésions érosives sont détectées, l'utilisation du score BEWE (Basic Erosive Wear Examination) est recommandé pour quantifier le niveau de risque. L'index d'érosion évalue la sévérité de l'atteinte par un grade de 0 à 3 : (d'après Bartlett et al., 2007) L'examen buccal se fait par sextant, le grade le plus sévère est retenu pour chaque sextant, un score total est calculé pour exprimer le niveau de risque

:

Valeur	
0	Absence d'érosion
1	Perte de substance initiale en surface
2*	Perte de substance nette, <50% de la surface
3*	Perte de substance importante, >50% de la surface
*	Exposition et atteinte dentinaire

	18- 14	13- 23	24- 28				
Maxillaire		+		+		=	
	48- 44	43- 33	34- 38				
Mandibule		+		+		=	
							Score BEWE

Prévention

La prévention primaire repose sur l'adoption de comportements individuels favorables à la santé orale, essentiellement le maintien d'une alimentation variée et équilibrée et une hygiène bucco-dentaire adaptée (utilisation d'un dentifrice fluoré).

Les dentifrices contenant du fluorure d'amines, du chlorure d'étain et du chitosan ont aussi prouvé leur efficacité (Ganss et al 2012) en favorisant la formation d'une couche protectrice. Des résultats cliniques probants ont aussi montré l'intérêt d'associer ces

dentifrices avec un bain de bouche à base de chlorure d'étain et fluorure d'amines (Frese et al 2019).

La prévention secondaire repose sur l'identification de l'étiologie de l'exposition acide de manière à maîtriser ou supprimer les facteurs de risque.

Une fluoration topique peut être proposée pour renforcer l'émail et la dentine et limiter l'hypersensibilité dentinaire consécutive à l'érosion (voir fiche Vernis fluorés).

RISQUE	BEWE	PREVENTION
Aucun	<2	Suivi de routine, réévaluation tous les 3 ans.
Faible	3 - 8	Evaluation des habitudes d'hygiène et alimentaires, conseils individualisés pour limiter le risque, suivi de routine, réévaluation tous les 2 ans.
Modéré	9 - 13	Identification des facteurs étiologiques pour les contrôler, fluoration recommandée pour protéger les tissus durs et réévaluation à 6 et 12 mois
Élevé	>14	Identification des facteurs étiologiques pour les contrôler, fluoration recommandée pour protéger les tissus durs. Maîtriser le risque avant de réaliser les restaurations et réévaluation à 6 et 12 mois

Quelques références pour aller plus loin ...

Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Investig. 2008;12 Suppl 1(Suppl 1):S65-S68.

Frese C, Wohlrab T, Sheng L, Kieser M, Krisam J, Wolff D. Clinical effect of stannous fluoride and amine fluoride containing oral hygiene products: A 4-year randomized controlled pilot study. Sci Rep. 2019 May 22;9(1):7681.

Ganss C, von Hinckeldey J, Tolle A, Schulze K, Klimek J, Schlueter N. Efficacy of the stannous ion and a biopolymer in toothpastes on enamel erosion/abrasion. J Dent. 2012 Dec;40(12):1036-43.

d'Incau E et al, Usure dentaire ID référentiel ID 2018 Usure dentaire : origines et formes des lésions Muller-Bolla M, Courson F, Smail-Faugeron V, Bernardin T, Lupi-Pégurier L. Dental erosion in French adolescents. BMC Oral Health. 2015;15:147.

Lussi A, Ganss C. Erosive tooth wear from diagnosis to therapy. 2nd ed. Basel: Ed Karger; 2014. p. 278

Lussi A, Jaeggi T, 19 L'érosion dentaire, Evolution en odontologie restauratrice, Quintessence International, 2013