



L'amalgame et le composite

FEUILLET D'INFORMATION

L'amalgame et le composite

Le souhait exprimé par un grand nombre de patients d'avoir des restaurations sans métal ou alliage métallique conduit les dentistes à utiliser les composites (« plombages blancs ») de manière fréquente. Les techniques adhésives de plus en plus performantes permettent depuis maintenant plusieurs années de réaliser des restaurations postérieures (dents arrière) en composite, une solution de rechange esthétique intéressante aux amalgames.

La réalité

Lorsqu'ils détectent de la carie, les dentistes doivent l'éliminer puis réaliser une réparation qui garantira le meilleur compromis entre mastication, apparence et sécurité, pour une plus grande durabilité possible. Actuellement, deux matériaux permettent cette fonction : l'amalgame (« plombage gris »), qui malgré les débats actuels reste un produit irremplaçable, et le composite (insertion directe), plus moderne, mais non dénué d'inconvénients. Ces deux matériaux de restauration peuvent fréquemment cohabiter dans une même bouche.

La variabilité des situations cliniques en matière de restauration des dents postérieures oblige à suivre une démarche raisonnée pour aboutir au choix de l'une ou l'autre des techniques. À partir d'un examen clinique et radiographique, 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 peser 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 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 toxicité possible à cause de la présence du mercure. Bien que la littérature scientifique démontre que l'amalgame dentaire ne présente pas de risque notable pour la santé, quelques remarques s'imposent.

- 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.
- 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, 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 très rares et habituellement de courte durée.
- 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 diminuée de façon importante. Par conséquent, la seule raison cliniquement acceptable d'enlever un amalgame est de le remplacer pour une raison médicale.
- Les femmes enceintes ou qui allaitent ainsi que les enfants doivent faire l'objet d'une analyse approfondie des risques et 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 les preuves scientifiques n'excluent 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 solutions de rechange à l'amalgame chez les enfants.



Le point sur le composite

On oppose souvent à tort l'amalgame et le composite, ce dernier étant un matériau plus récent. Les composites sont très esthétiques et permettent des restaurations imperceptibles grâce à une multitude de teintes. Au départ, ils ont été utilisés pour



les dents antérieures (avant) ; la mise au point de composites plus résistants à l'usure et à la fracture a permis d'étendre leurs indications aux dents postérieures (arrière). Les composites se présentent sous la forme de pâte (résine) contenant des microparticules et des macroparticules constituées de quartz, de silice et 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. Tous les 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 sur une dent postérieure 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 coûteuse.

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

Il n'existe aucune raison de remplacer systématiquement les obturations en amalgame. 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 fonctionnel 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 composites quand vient le temps de restaurer une dent postérieure (arrière)

Indications relatives aux composites postérieurs

- Prévention.
- Cavités conservatrices pour petites caries.
- Préservation de l'intégrité de la structure de la dent.
- Dent dont l'intégrité structurale est menacée (dent à risque de fracture).
- Décision du patient de recevoir une obturation non métallique.

Contre-indications aux composites postérieurs

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

Problèmes rencontrés avec les composites (insertion directe)

- Sensibilité postopératoire
 1. Sensibilité immédiate : sensibilité normale et passagère soulagée par la prise d'analgésiques.
 2. 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.
- Joint au pourtour de la restauration, surtout aux endroits où il ne reste plus d'émail dentaire (p. ex., sous la gencive).
- Point de contact entre deux dents adjacentes parfois difficile à obtenir.
- Longévité clinique : dans les cas d'obturations extensives impliquant plusieurs surfaces de la dent, les composites ont une durée moyenne de vie plus courte que les amalgames.

J'ai remis au patient (nom) : _____ ce feuillet d'information.

Date : _____ Signature du dentiste : _____