

Les Cahiers de l'Internat *en Odontologie*

Numéro présenté par

**LE CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
FACULTÉ ET SERVICE D'ODONTOLOGIE
DE TOULOUSE**

Question 1

Le syndrome du biberon

Question 2

**Objectifs et avantages de la
temporisation en prothèse fixée**

Question 3

Lésions cervicales non carieuses

Question 4

**Une patiente présente un accroissement
gingival généralisé, démarche
diagnostique et thérapeutique.**

octobre 2003

n° 2

"Les éléments de réponse donnés ici ne sont pas des réponses types mais doivent être considérés comme un élément de travail".

anthogyr



INSTRUMENTS IMPLANTS

Fabricant Français d'Instruments
et d'Implants dentaires



Pr. F. Predine-Hug
PU-PH Brest



Pr. J-P LODTER
PU-PH Toulouse



Ludovic GRAND
Société anthogyr

Nous voudrions tout d'abord vous remercier pour vos encouragements qui ont suivi la parution du premier numéro des Cahiers de l'Internat en Odontologie. Vous avez été en effet très nombreux à nous faire part de votre soutien dans ce projet et nous en sommes très touchés.

Enflammés par votre enthousiasme, et dans une moindre mesure, par les chaleurs estivales, nous nous sommes attelés à la préparation du deuxième numéro que nous avons le plaisir de vous présenter à l'occasion de cette rentrée 2003. Pour ce faire, le Service d'Odontologie de Toulouse et le Pr. LODTER ont apporté une aide précieuse en sélectionnant pour vous les meilleurs sujets.

Nous vous souhaitons d'ores-et-déjà bonne lecture et restons à votre écoute pour toutes remarques et suggestions que vous désiriez nous communiquer.

Ludovic Grand
Conseiller Technique et Marketing

www.anthogyr.com

DECouvrez D'AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCOURS DE L'INTERNAT

Informations liées à l'Internat en collaboration avec le Pr. LODTER, Président du Conseil Scientifique de l'Internat qui peut répondre à vos questions.

- Note synthétique
- Programme du concours
- Annales

anthogyr

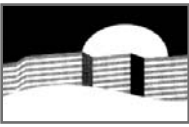


Ecrivez-nous à

ANTHOGR

"Les Cahiers de l'Internat en Odontologie"

M. Ludovic Grand
164, rue des trois lacs
74700 SALLANCHES
Tél.. 04 50 58 02 37



Service d'odontologie
Prof. J-P LODTER
Chef de Service

LE SYNDROME DU BIBERON : DEFINITION, ETIOLOGIES, DIAGNOSTIC, CONDUITE A TENIR PROPHYLACTIQUE ET THERAPEUTIQUE

I - INTRODUCTION

- Définition

Le syndrome du biberon est un syndrome carieux touchant le jeune enfant, caractérisé par la présence de caries évolutives, en relation avec une alimentation sucrée du biberon en continu et persistant après 12 mois.

- Epidémiologie

Ce syndrome est en régression grâce aux nombreuses mesures préventives mais continue à toucher environ 11% des enfants de 2 à 4 ans.

II - ETIOLOGIES

- La principale étiologie est la consommation de sucre par l'enfant :

- Biberon d'eau sucrée, miel
- Biberon de sodas gazeux (souvent acides)
- Sirops sucrés donnés le soir avant le coucher.

- L'excès d'indulgence des parents permettent à l'enfant d'ingérer les boissons sucrées tout au long de la journée (biberon en permanence).

- Mauvaise Hygiène :

- Absence de rinçage de la bouche des enfants par les parents avant le coucher
- Aucune hygiène locale (brossage, compresses imbibées d'eau ou de produit antiseptique).

Ainsi, le sucre sous forme collante va être présent dans la bouche de l'enfant toute la journée et toute la nuit et donc va servir de substrat aux bactéries cariogènes de la flore buccale (production d'acides, caries).

L'absence de mastication (aliments durs) ne permet pas d'assurer l'autonettoyage de surcroît.

III - DESCRIPTION CLINIQUE

Le syndrome du biberon est caractérisé par la présence de caries rampantes touchant les dents au fur et à mesure de leur éruption. Toutes les dents sont touchées à l'exception du bloc incisivo-canin inférieur : on pense que l'action de la langue lors de la succion exerce un autonettoyage de ces dents.

Il s'agit de caries évolutives se développant au niveau :

- Des faces vestibulaires et proximales des incisives et des canines plus au niveau cervical
- Des faces occlusales et proximales des molaires de lait.

L'évolution de ces caries est rapide et aboutit le plus souvent :

- A la fracture coronoradiculaire des incisives et des canines maxillaires qui vont donc persister sous forme de moignons et restes radiculaires
- Tardivement au syndrome du septum
- Douleur accentuée au moment des repas, localisée à une hémis-arcade
- Douleur qui cède aux antalgiques
- En relation avec les caries à évolution rapide touchant la face mésiale des V et la face distale des IV (caries jumelles)
- Papille enflammée œdématisée
- Cède à l'effondrement des pans proximaux permettant l'auto nettoyage
- A des syndromes de la furcation au niveau des molaires de lait : radiographie retro alvéolaire objective la perte osseuse inter radiculaire.
- A des nécroses pulpaire avec ou sans réaction périodontale :
 - aiguës = cellulite cervico-facial
 - chronique = le plus souvent présence de parulies.

L'émail au début de l'évolution prend un aspect de déminéralisation généralisée (crazeux) puis après l'évolution de la carie, s'effondre. La dentine d'aspect jaunâtre, est de consistance molle. La rapidité de l'évolution ne permet pas la formation de la dentine réactionnelle. Si un traitement étiologique précoce est mis en place, on a " transformation " des caries à évolution rapide en caries arrêtées/dentine dure, aspect brunâtre grâce à la reminéralisation et au rétablissement d'un pH buccal neutre associé à une hygiène correcte.

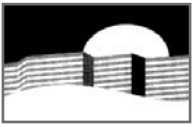
IV - DIAGNOSTIC

- Diagnostic positif

- Age de l'enfant (2-4 ans)
- Présence de caries généralisées épargnant le bloc incisivo-canin mandibulaire
- Notion d'alimentation sucrée en continu associé à l'absence d'hygiène.

- Diagnostic différentiel

- Anomalie de structure : - Dentinogénèse imparfaite (type I, II ou III)
 - Dentine brune opalescente
 - Dysplasie dentinaire - radiculaire (racines courtes)
 - coronaires (cavité pulpaire).



- Amélogénèse imparfaite hypoplasie : - Hypomature
- Hypocalcifié.

Ces anomalies ont un contexte héréditaire toutes les dents sont touchées. On ne retrouve pas l'alimentation sucrée.

V - CONSÉQUENCES

La présence de ce syndrome peut avoir des conséquences, non seulement locales mais générales.

1) CONSÉQUENCES LOCALES ET LOCO-RÉGIONALES

- Esthétiques et psychologiques
 - Atteinte des faces occlusales avec diminution de la DVO (dimension verticale d'occlusion) aspect de " petit vieux " avec affaissement de l'étage inférieur de la face,
 - Moignons radiculaires au niveau incisivo-canin supérieur = atteinte du sourire.
- Au niveau des dents successionales
 - Possible atteinte infectieuse du sac péri coronaire (conséquence possible = dent de Turner voire folliculite expulsive avec expulsion de la dent définitive concernée),
 - Plus de guide lors de l'éruption constitué par les racines des dents de lait (conséquence de l'avulsion : des dents de lait atteintes souvent nécessaire).
- Au niveau de l'éruption de la dent de 6 ans (première molaire définitive dent accessionnelle)
Plus de guide d'éruption constitué par la face distale de la V (extraction ou absence de reconstitution de la V cariée).
- Osseuses et parodontales
 - Si extraction précoce des dents de lait, cicatrisation ostéofibreuse faisant obstacle à l'éruption de dent permanentes
 - Risque d'inclusion
 - Eruption dans la gencive marginale.
 - Contexte infectieux et mauvaise hygiène
 - Gingivite généralisée
 - Parulies.
- Au niveau de la morphogénèse des arcades
 - Souvent mésialisation des 6 à l'origine d'une diminution pathologique de la flèche d'arcade et à l'origine de la rétention de la 5
 - Diminution de la largeur d'arcade
 - Absence de sollicitation des muscles masticateurs
 - Langue basse ; pas ou peu d'action morphogénétique au niveau de la voûte palatine.

2) CONSÉQUENCES GÉNÉRALES

- Contexte infectieux majeur : - répercussion sur la croissance globale de l'enfant
 - sommeil de mauvaise qualité
 - alimentation limitée (douleur + habitude).
- Si pathologie générale : - cardiaque : risque d'endocardite
 - déséquilibre du diabète
 - problèmes rénaux.

IV - THÉRAPEUTIQUE

Après avoir considéré les conséquences du syndrome du biberon, il semble évident que le traitement prophylactique soit à privilégier. Toutefois, devant de tels symptômes, nous devons être capables de soulager et traiter toutes les lésions.
Le traitement curatif ne peut que s'envisager en association avec une approche prophylactique.

1) THÉRAPEUTIQUE PROPHYLACTIQUE

- Hygiène

Dès le plus jeune âge, il faut enseigner à l'enfant et aussi et surtout aux parents, les règles élémentaires d'hygiène.

Brossage avec un dentifrice non fluoré (pour éviter la fluorose car les jeunes enfants ne savent pas cracher) ou nettoyage de la bouche de l'enfant avec une compresse imbibée d'eau ou de produit antiseptique (chlorhexidine).

- Diététique

Expliquer l'action importante que jouent les sucres dans le développement des caries.

Conseiller aux parents :

- De supprimer le biberon en permanence à l'enfant
- Si nécessaire une dilution progressive de la boisson sera réalisée.
- Ne pas donner à manger à l'enfant en dehors des repas et des collations.
- Et avant de dormir éviter de donner du sucre (boisson). Si l'enfant a soif lui donner de l'eau. Si un sirop, il est nécessaire de rincer sa bouche ensuite.

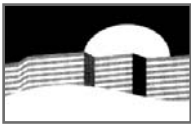
- Motivation

Expliquer votre démarche à l'enfant, aux parents. Montrer si nécessaire les conséquences.

- Fluoration générale

Pour les dents de lait concerne les femmes enceinte (1 mg par jour)

- Dépistage = Radio Bite Wing.



Service d'odontologie
Prof. J-P LODTER
Chef de Service

2) TRAITEMENT CURATIF (EN ASSOCIATION AVEC L'APPROCHE PRÉVENTIVE LÉSION DÉBUTANTE = FLUORATION TOPIQUE)

Carie sans conséquence pulpaire : reconstitution conservatrice (CIV)

Carie importante avec atteinte pulpaire.

- Pulpo ou pulpectomie avec reconstitution coronaire
 - Coiffe pédiatrique en postérieur
 - Couronnes celluloides en antérieur.
- Le plus souvent extractions multiples sous anesthésie générale et réhabilitation prothétique (prothèse adjointe) ou mainteneur d'espace (fixe ou amovible).

Les contrôles fréquents seront indispensables avec bilan Diététique Hygiénique, clinique et radiographique (Bite Wing) pour détecter et traiter toute lésion débutante (contrôles prothétiques indispensables également = l'action rétention esthétique suivi de la croissance).

Suivi de l'éruption des dents définitives, intervention si inclusion ou éruption dystrophique.

Le plus souvent un traitement orthodontique s'avérera indispensable.

CONCLUSION

Le syndrome du biberon est de moins en moins fréquent mais est retrouvé encore chez de nombreux enfants. Les conséquences tant sur le plan local que général mettent en évidence l'importance de la thérapeutique prophylactique, la motivation de l'enfant est indispensable mais l'adhésion des parents est nécessaire à l'établissement d'une hygiène de vie élémentaire.

Il est donc de notre devoir de prévenir les lésions carieuses par des gestes simples et adaptés.

OBJECTIFS ET AVANTAGES DE LA TEMPORISATION EN PROTHESE FIXEE

On ne peut pas toujours réaliser directement une prothèse fixée. Si la majorité des cas en prothèse fixée, en pratique quotidienne, sont heureusement simples (couronnes unitaires, petits bridges encastrés latéraux...), il en est d'autres, plus complexes, qui nécessiteront, de par leur difficulté technique, de par le contexte occlusal, de par l'étendue des travaux nécessaires pour une réhabilitation adéquate, de passer par une phase de temporisation plus ou moins longue sur prothèses provisoires. Pourquoi ? Quels en sont les avantages ? Comment y parvenir ?

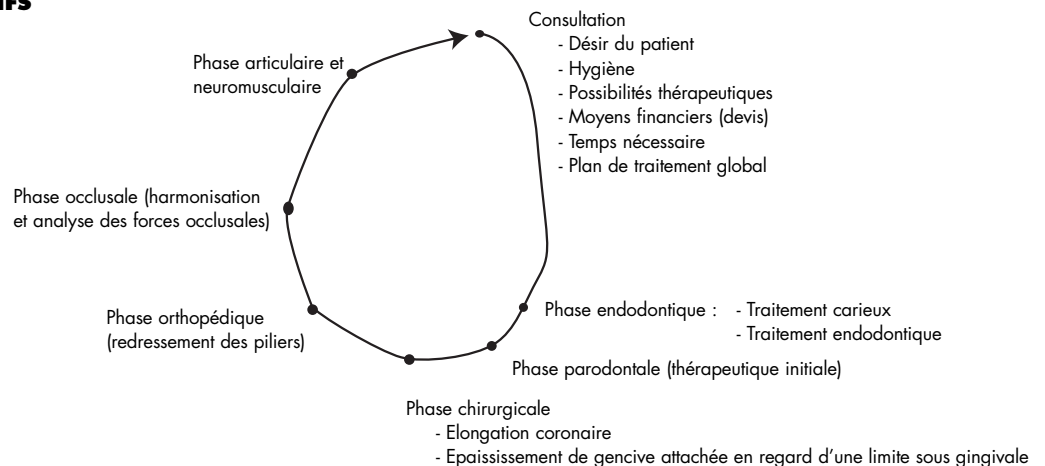
I - DÉFINITION

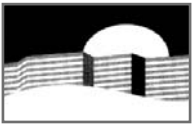
La temporisation est une période, un laps de temps, que l'on s'accorde pour valider un choix thérapeutique. Au bout de cette période, s'effectue une réévaluation ; les questions qui se posent alors sont : mon choix thérapeutique initial est-il valable ? Dois-je complètement en changer ? Qu'est ce que je peux garder ?

Il est certains cas où elle est nécessaire :

- Changement du concept occlusal dimension verticale d'occlusion (DVO), engrènement (ORC), guide antérieur (GA) ;
- Reconstitution de grande étendue, totale ou subtotaie
- Changements esthétiques
- Attente de cicatrisation après chirurgie parodontale
- Mise en charge implantaire progressive
- Pour un traitement orthodontique
- En cas de pathologie neuromusculaire et articulaire.

II - OBJECTIFS





L'objectif de la temporisation va permettre d'organiser toute cette phase de mise en l'état de la cavité buccale dans le but du projet prothétique initial. A son issue, une réévaluation est nécessaire pour voir comment le patient a répondu à cette première vague de soins et décider du plan de traitement final.

A - CONSULTATION

Il faut bien le soigner pour :

- Bien poser le plan de traitement,
- Et éviter de se lancer dans quelque chose d'ambitieux, si le patient ne peut pas suivre, soit par non coopération (impatience, pas de motivation), soit par manque d'argent, ce qui malheureusement doit être pris en considération.

On fait donc le premier jour :

- L'examen de la cavité buccale : dento parodontal, avec clichés long cône des dents, éventuellement piliers prothétiques. On en déduit les besoins endodontiques et parodontaux.
- On fait quatre empreintes alginate pour modèle d'étude (2 seront gardées pour avoir la bouche de départ, ce qui est intéressant quant à la réévaluation mais aussi au point de vue médico légal) et deux qui seront montés sur articulateurs semi-adaptables avec cire de centrée et arc facial.

On fait ainsi l'étude de l'occlusion et on décide :

- Du concept occlusal : le change-t-on ou pas ? Si oui, comment ?
- Du réajustement.

Si on change le concept occlusal, il faudra faire une phase de temporisation pour voir si le patient supporte ce changement du point de vue musculaire et articulaire.

- On examine l'ATM : y a-t'il des gouttières si oui, de quel type (de programmation, décontraction...).

A l'issue de l'examen complet de la bouche et des modèles, se dessinent des choix prothétiques. Ils sont proposés au patient, chiffrés sur devis et on prend la décision.

Dans les cas cités en I, une prothèse de temporisation, de laboratoire pour être solide, sera réalisée. Elle a un coût.

Le traitement est en outre rallongé : le prothésiste doit être sûr de lui.

B - REMISE EN L'ÉTAT BUCCAL. PRÉPARATION PRÉ-PROTHÉTIQUE. POSE DES PROTHÈSES PROVISOIRES. NB : CET ORDRE DE PLAN N'EST PAS CHRONOLOGIQUE.

1) Phase endodontique

On curette les caries. On fait le traitement ou retraitement endodontique nécessaire (cas où on a besoin d'ancrage radiculaire notamment). C'est le plus simple, elle se fait souvent en premier mais certains praticiens font d'abord toutes les tailles.

2) Phase parodontale et chirurgicale

Elle peut être faite avant la précédente. Elle consiste en :

- La motivation à l'hygiène, qui doit être impeccable, particulièrement en prothèse fixée et si temporisation il y a, c'est que le plan de traitement est complexe et l'hygiène doit suivre. La temporisation permet de bien évaluer cela et peut modifier le choix thérapeutique.
- Un détartrage, surfaçage (éventuellement), supra et sus gingival.
- Extraction des dents irrécupérables.
- Décision et réalisation de chirurgie prothétique, chirurgie muco-gingivale, élongation coronaire, épaissement d'une crête pour esthétique du pontic de bridge...). La prothèse provisoire en place permet d'attendre la cicatrisation.

3) Phase orthodontique

Si cette option est choisie, on peut redresser les piliers sur les provisoires mis en place (Il est alors souhaitable d'avoir déjà scellé les inlays pour ne pas avoir de jeu au niveau extra radiculaire). On fait une traction chirurgico-orthodontique de bris radiculaires pour éviter l'élongation coronaire.

4) Phase articulaire et neuromusculaire

Si un problème avait été détecté, il faut avoir utilisé et suivi les gouttières

- de déprogrammation neuromusculaire (luxation des cols réductibles-irréductibles)
- de décompression
- de repositionnement des condyles afin de revenir à une occlusion de relation centrée thérapeutique (ORCT).

C - RÉ-ÉVALUATION

On refait le point sur l'état :

- dentaire
- parodontal
- occlusal
- articulaire et neuro-musculaire.

Et on valide ou pas les changements apportés par le plan de traitement. Si tout va bien, on passe à la réalisation de la prothèse d'usage, sinon on revoit le traitement.

Les objectifs de la prothèse de temporisation sont de reconfigurer la cavité buccale et de tester dans le temps la validité de ces transformations.

NiTi Control

Tout est dans la tête...





COUPLE RÉGLABLE
DÉBRAYAGE AUTOMATIQUE
SÉCURITÉ MAXIMUM

6

Newton.cm

4

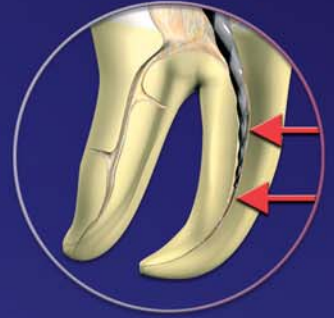
Newton.cm

2

Newton.cm

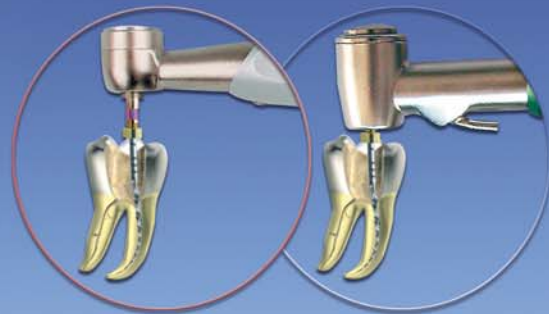
0,9

Newton.cm



La plus petite tête du marché

- IDÉALE POUR LES LIMES "MINI"
- VISIBILITÉ MAXIMUM



NOUVELLE TÊTE MICRO

INSERTION DE LA LIME PLUS
RAPIDE (SANS PRESSION SUR
LE BOUTON POUSSOIR)



RÉGLAGE DU COUPLE
D'UNE MAIN SANS MODIFICATION
DE LA POSITION DE TRAVAIL



MÉCANISME PLUS SOUPLE





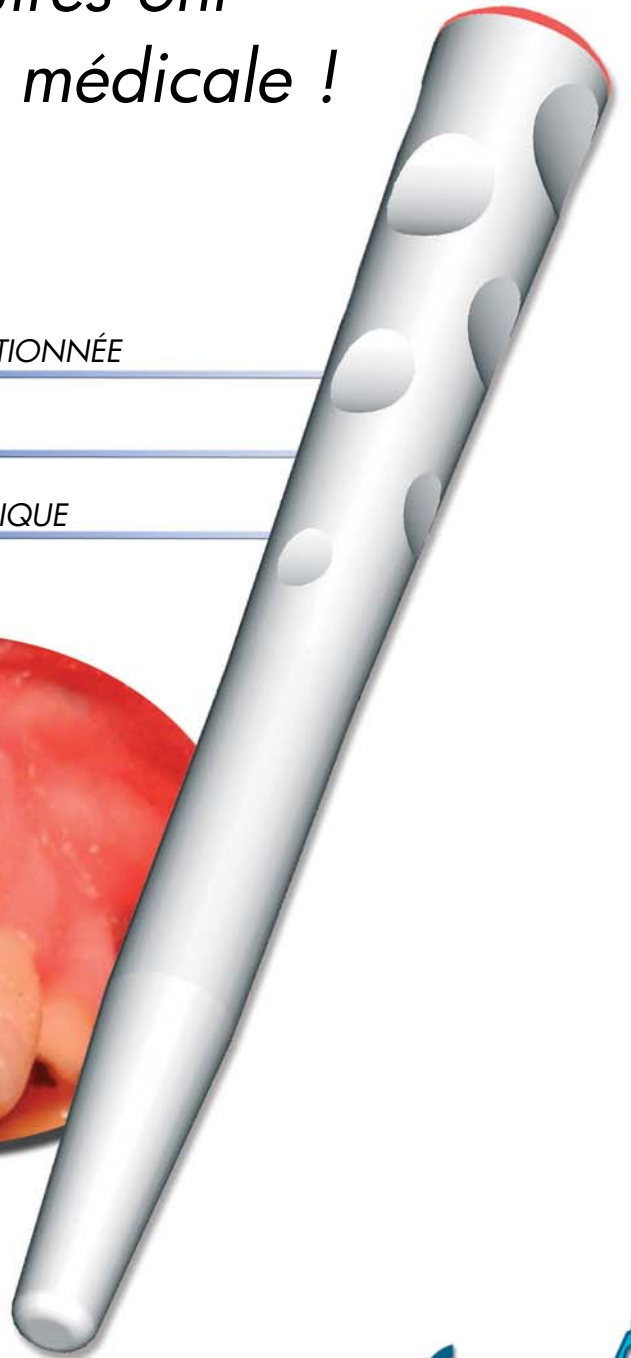
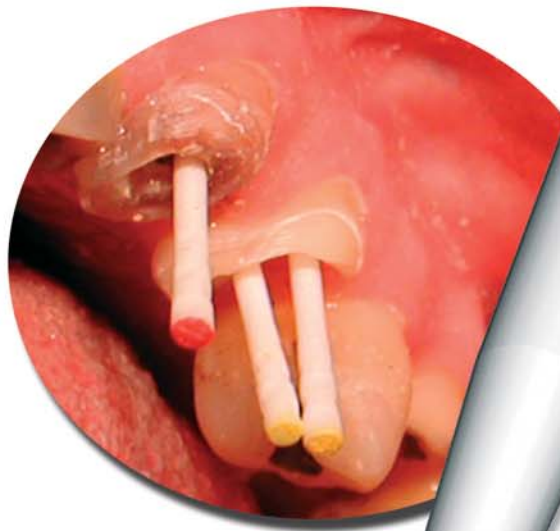
Certains ont
la fibre commerciale...

... d'autres ont
la fibre médicale !

FIBRE DE VERRE SÉLECTIONNÉE

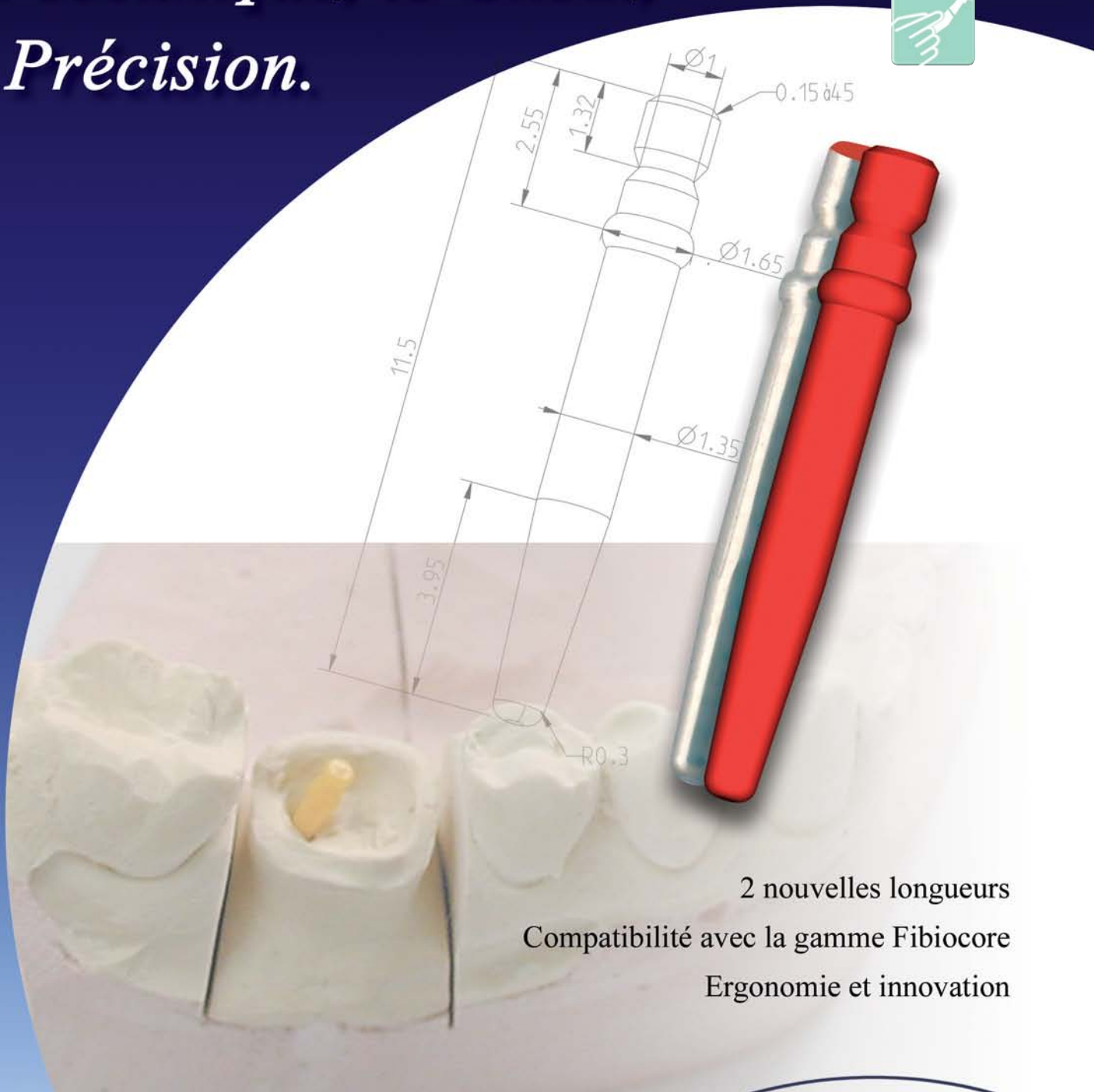
FORME RÉTENTIVE

PROTOCOLE ANATOMIQUE



*La Technique, le Choix,
la Précision.*

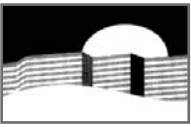
INSTRUMENTS
anthogyr



2 nouvelles longueurs
Compatibilité avec la gamme Fibiocore
Ergonomie et innovation

 **Pivot**
MASTER
POST-MASTER





Service d'odontologie
Prof. J-P LODTER
Chef de Service

III - AVANTAGES DE LA PROTHÈSE DE TEMPORISATION EN PF : QUAND Y A-T-ON RECOURS ET POURQUOI ?

A) AVANTAGES DE LA PROTHÈSE DE TEMPORISATION

Elle est souple et adaptable, tout en étant solide, car elle est réalisée en résine : on peut donc rebaser si on abaisse une limite, retoucher l'occlusion, et en outre elle marque les trajets occlusaux du patient. C'est un formidable patron, très riche de renseignements qui pourront permettre une parfaite intégration de la future prothèse d'usage.

Elle permet une attente assez longue (trois mois en moyenne) car elle est résistante : en effet, elle est réalisée, le plus souvent au laboratoire, par adjonction d'une attèle coulée dans la coque de résine ou par l'utilisation de résine chargée en fibre de verre.

Comme elle est construite au laboratoire, souvent à partir d'un WAX-UP (cire de diagnostic imaginant la future prothèse) elle est très bien construite d'un point de vue anatomique.

En outre, on peut la maquiller et donc la rendre esthétique quand on réhabilite un secteur antérieur.

Mais il convient :

- de bien la polir, surtout à la limite

- de sceller de préférence avec un ciment définitif type CROWN & BRIDGE VASELINE (un ciment provisoire doit en effet se changer environ tous les 15 jours) quant aux ciment verre ionomère (CVI), il faut les éviter si la préparation est fragile car, étant très collant, il y a des risques de fracture des facettes à la dépose.

Elle maintient enfin : l'occlusion, les rapports intra-arcade (absence de version/éggression). Elle protège mécaniquement la dent préparée, assure le maintien de la vitalité.

B) QUAND A-T-ON RECOURS A LA PROTHÈSE DE TEMPORISATION ? POURQUOI ? QUELS AVANTAGES ?

1) Dans le cas de bridges de longue portée

Quand la travée est longue, quand il y a peu de piliers d'appui, la prothèse de temporisation permet de tester le bridge : est-ce vraiment réalisable ou doit-on changer de choix prothétique ? Elle permet la validation d'un choix thérapeutique.

2) Dans le cas de bridges où l'un des piliers est douteux

Imaginons un bridge où l'un des piliers est atteint de maladie parodontale, ce qui le rend plus ou moins mobile. Un bridge, par solidarisation des piliers, fait contention. On fait un traitement d'assainissement parodontal. La prothèse de temporisation permet de valider son choix : est-ce que je garde cette dent ou ne vaut-il pas mieux l'extraire ?

3) Reconstitution de grande étendue (totale ou subtotale)

C'est le cas du bridge complet où les piliers sont atteints de maladie parodontale et où on va faire une contention en solidarisant toutes les dents par le bridge.

La prothèse de temporisation permet :

- De valider le choix bien sûr,

- De garder les références occlusales au cours de la taille du bridge. Les préparations vont se faire par secteur. Le provisoire permet de maintenir l'occlusion du côté préparé, dès qu'on prépare un autre secteur.

En outre, on réalise souvent les reconstitutions en DRC ; la prothèse de temporisation permet d'ajuster cette modification.

4) Attendre la cicatrisation parodontale

Une chirurgie parodontale est imposée par le cas.

La préparation est faite, avec des limites supragingivales, la prothèse de temporisation en place permet le maintien de rapports harmonieux inter- et intra-arcades, la protection de la dent préparée... la chirurgie est réalisée.

La prothèse servira de protection en l'attente de la cicatrisation (environ 2 mois) puis elle permettra d'organiser cette cicatrisation : la limite est positionnée à sa place définitive, la prothèse ajustée par rebasage, polie... la cicatrisation s'organisera autour de cette prothèse.

Elle sert de guide cicatriciel.

5) Valider un changement de concept occlusal

La prothèse de temporisation est alors impérative. Elle va servir de testeur du concept occlusal nouvellement choisi.

C'est particulièrement le cas quand :

- On décide de modifier le DVO

- Ou de réhabiliter un guide antérieur, particulièrement dans le cas de CII2 d'angle (i.e. avec palato version des incisives supérieures), traumatologie pour l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), où on peut décider d'ouvrir l'occlusion ; mais aussi lorsqu'on réhabilite une fonction canine ou une fonction de groupe.

En quoi la prothèse de temporisation est-elle intéressante ?

- Elle permet de tester de valider les changements dans le temps : le patient les supporte-t-il ?

- La prothèse étant souple, la résine marque les trajets nouvellement imprimés : on pourra ainsi faire une empreinte de ces provisoires et s'en servir de référence. On réalisera un enregistrement stéréographique (clé incisale) qui reporte les trajets de latéralité - propulsion sur un plot de résine. Le prothésiste pourra ainsi réaliser l'anatomie adéquate des faces de guidage des incisives et canines maxillaires et en obtenir une prothèse d'usage bien intégrée dans l'appareil odontostomatognathique (ce qui est le but de toute prothèse !)

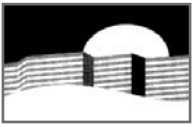
La prothèse de temporisation sert de patron, de brouillon pour la future prothèse : on pourra la retravailler à loisir jusqu'à obtenir le résultat souhaité.

6) Permettre la mise en charge progressive implantaire

Ceci laisse le temps à l'ostéointégration de se faire tout en permettant l'occlusion.

De même, si une chirurgie d'aménagement est réalisée (greffe de gencive attachée ou greffée), elle guide la cicatrisation.

On voit ainsi si l'implant s'intègre bien.



7) *Servir de base au traitement ODF*

Quand on utilise cette solution pour corriger les problèmes d'espace et de parallélisme dans les bridges : le traitement orthodontique se fait directement sur les provisoires, Inlay Core en place.

8) *Protection pulpaire et dentaire*

Comme toute prothèse provisoire, elle protège la dent préparée de la fracture (car les dents sont fragilisées par les traitements radiculaires et coronaires), prévient versions et égressions en maintenant les rapports intra-arcades, permet l'esthétique et la mastication (donc l'alimentation), protège le traitement endodontique de l'ensemencement bactérien, et si la dent est intacte, protège des agressions physiques (notamment thermiques), chimiques, bactériennes, qui pourraient entraîner sa mort.

9) *Enfin, valider les modifications esthétiques*

- De teinte, par le maquillage des résines ;
- De forme et d'agencement, dans le cas de chevauchements ou d'anomalies de formes (incisives latérales en grain de riz, par exemple) ou de diastèmes. Ceci est particulièrement intéressant dans les bridges antérieurs ou la réalisation de facettes céramiques. Le patient vit avec sa prothèse provisoire, voit si cela lui convient... et comme cette prothèse est facilement retouchable on peut la modifier jusqu'à atteindre la solution qui convient au patient. Ceci renforce la nécessité aussi de bien cerner psychologiquement son patient à la 1ère consultation. Il faut bien repérer celui chez qui la temporisation est nécessaire (cas de l'inquiet, du dépressif, du coquet...). Cette technique est aussi intéressante dans le cas de plan incisif occlusal oblique (asymétrie), souvent inesthétique à corréler avec le sourire. Si on redresse le plan d'occlusion pour le remettre à plat, il peut être préférable de tester cela par une prothèse de temporisation.

Mais la décision finale, de modification ou pas, revient au patient, car c'est son sourire et certains préfèrent parfois garder leur petit défaut qui les caractérise et les rend unique, ou le modifier plus légèrement que prévu, après le vécu de la transformation par la prothèse de temporisation.

CONCLUSION

La prothèse de temporisation est une solution intéressante dans bien des cas cliniques mais vu son coût, il faut aussi être sûr au départ de ne pas " se lancer pour rien ".

La 1ère consultation est une étape clé, qui ne doit pas être bâclée : il faut poser les bonnes indications, évaluer les choses avec honnêteté et lucidité, et proposer toutes les différentes possibilités.

Le principe du consentement éclairé oblige à expliquer au patient la durée et la complexité, ainsi que le coût du traitement esthétique. Si une phase de temporisation est nécessaire, c'est souvent que le cas est complexe, nécessitant plusieurs phases de thérapie, ce qui est long et contraignant.

Il faut aussi insister sur la nécessité de maintenance :

- Pendant la phase de temporisation (hygiène et suivi)
- Aussi bien que dès la pose de la prothèse d'usage.

Il faut donc d'entrée bien cerner son patient et évaluer sa motivation et sa capacité de suivi, pour éviter de perdre tous deux un temps précieux.

LÉSIONS CERVICALES NON CARIEUSES : STRATEGIE THERAPEUTIQUES EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE

A côté de lésions cervicales carieuses, dont le traitement et l'étiologie sont actuellement bien codifiés, on distingue aujourd'hui les lésions cervicales non carieuses où, par contre, l'étiologie et le traitement sont en développement. Elles doivent être prises en compte pour l'inquiétude qu'elles éveillent chez le patient, la gêne qu'elles entraînent pour hypersensibilité dentinaire et leur aspect inesthétique. On recourt souvent, pour leur traitement, à l'obturation pure et simple. Avec cette attitude, l'échec est loin d'être rare. C'est pourquoi on doit garder à l'esprit qu'elles correspondent à des entités d'étiologies différentes et le traitement devra être conduit en fonction de celles-ci.

Le premier mécanisme reconnu des lésions cervicales non carieuses (LCNC) l'a été par Miller au début du siècle : il s'agit de l'abrasion. Elle correspond à une usure mécanique de la surface dentaire par un mouvement de brossage mal approprié (horizontal), une brosse à dents à poils trop durs, un dentifrice trop abrasif. Cela se retrouve le plus souvent en vestibulaire du côté où le patient est le plus à l'aise (à gauche pour les droitiers, à droite pour les gauchers) et sur plusieurs dents contigües (souvent prémolaires et molaires).

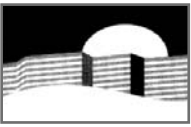
Le fait que la zone cervicale soit la plus attaquée s'explique par sa structure : à la jonction émail-cément, l'émail est très fin (son épaisseur décroît d'occlusal vers cervical) et souvent aprismatique, le cément est peu dur (comparable à la dentine) et quelquefois la jonction émail-cément n'existe pas, laissant une portion de dentine à découvert. A cela s'ajoute le fait que la jonction émail-cément, recouverte par la gencive dans le jeune âge, est découverte petit à petit avec l'âge et les processus pathologiques (récession gingivale, rétraction parodontale, atrophie gingivale sénile).

Ceci est également valable pour les autres mécanismes.

Le diagnostic étiologique d'abrasion est à poser devant :

- Un interrogatoire du patient, révélant une mauvaise méthode de brossage ;
- L'aspect " en coin ", en " coup d'ongle ", anguleux à bords arrondis de la lésion et à fond dur ;
- Présence de récessions gingivales à ces mêmes niveaux.

Le traitement consistera en :



Service d'odontologie
Prof. J-P LODTER
Chef de Service

- L'enseignement d'une méthode adaptée de brossage " en rouleaux ",
- La prescription d'un dentifrice non abrasif, d'une brosse à dents à poils souples (20/100),
- La méthode d'obturation : le composite microfin est recommandé si possibilité de mettre la digue. Si proximité pulpaire, mise en place d'un ciment verre ionomère recouvrant un hydroxyde de calcium si proximité pulpaire (inférieure à 1 mm). On effectuera un mordantage de l'émail (30 secondes) et de la dentine (20 secondes) et un conditionnement de la dentine (promoteur d'adhésion). Puis adhésif.

Le composite (mais aussi le compomère ou le CVI) est recommandé car il adhère (par système adhésif) aux tissus dentaires et permet par là leur renforcement et leur économie. Le composite microchargé, plus élastique, dissipe les contraintes.

Le 2ème mécanisme que l'on peut trouver dans l'étiologie des LCNC est l'abfraction. Elle désigne une usure progressive par microfêlures, fatigue mécanique provoquée par une force à distance. Elle se rencontre sur des dents présentant des interférences non travaillantes (par exemple) en latéralité. La contrainte de type torsion exercée va entraîner une tension du côté vestibulaire, provoquant des microfêlures au niveau de la zone cervicale (zone la plus fragile), qui vont secondairement se combler d'eau et aboutir à une dislocation de l'émail et de la dentine.

Il est noté que si le parodontale de la dent en question est fragile, les contraintes vont se dissiper à son niveau et aboutir à une ostéolyse.

Le diagnostic d'abfraction (ou contrainte mécanique) se fait devant :

- Une lésion cunéiforme, en coup d'angle, anguleuse, fond dur,
- Atteinte d'une dent isolée dont l'étude occlusale révèle une surcharge occlusale.

Le traitement comprendra :

- Une équilibration occlusale
- Une reconstitution au composite microchargé dont le module d'élasticité faible permet une dissipation des contraintes exercées dans cette zone, sans fracture du joint.

La faible dureté du composite microchargé n'a pas d'importance dans cette zone non soumise à l'occlusion.

S'il y a risque carieux, on mettra en place un CVI, lui aussi élastique mais moins esthétique (réservé aux secteurs postérieurs). Le composite sera réservé aux secteurs antérieurs.

La dernière cause des LCNC est l'érosion. C'est un processus chimique qui aboutit à la dissolution des sels minéraux constituant les cristaux d'hydroxyapatite. Le seuil de pH critique est 5,7. L'érosion chimique aboutit à des pertes de substance en cupule, plus étendues et moins bien délimitées et anguleuses que les précédentes. La situation de la perte de substance se fera sur plusieurs dents contiguës où l'attaque acide est la plus forte.

Les différentes étiologies sont :

- Les régurgitations acides (reflux gastro-œsophagien) et les vomissements provoqués de la boulimie, aboutissent à des érosions des collets linguaux du bloc incisivo-canin (mais aussi à moindre degré molaire et prémolaire) inférieur
- Les aliments (médicaments) et boissons acides (citron, coca-cola gardé longtemps en bouche) aboutissent à des érosions vestibulaires
- Les expositions professionnelles (à des gaz acides)
- Parfois facteur aggravant : ileostomie

Diagnostic :

- Recherche du facteur étiologique par l'interrogatoire
- Aspect des lésions, atteinte de nombreuses dents contiguës.

Traitement :

- Suppression des aliments favorisants
- Correction des facteurs aggravants
- Boulimie, reflux : correction difficile (mise en place d'un matériau de reconstitution non érodable par l'acide).

Reconstitution de la perte de substance :

- Composite
- Si perte vestibulaire importante : composite, facette, couronne
- Si perte linguale importante, composite, onlay, couronne.

Le ciment verre ionomère est déconseillé car il est soluble, donc attaqué par l'acide.

Les LCNC posent donc un défi diagnostique et thérapeutique. En outre, la diversité des moyens thérapeutiques disponibles actuellement ne doivent pas faire oublier la spécificité de leurs propriétés qui les rend applicables dans des situations bien précises qui devront être clairement identifiées.

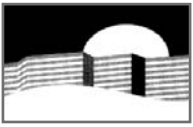
De plus, le diagnostic différentiel devra être fait avec :

- Une lésion carieuse
- Une hypoplasie de l'émail : répartie en bandes, cupules alignées sur des dents symétriques, bilatérales et à un même niveau (fond dur).

Traitement :

- Composite ou coiffe préformée chez l'enfant
- Composite ou couronne chez l'adulte.

Les mécanismes à l'origine d'une hypoplasie sont post-nataux (ou anté) pendant la formation du germe.



UNE PATIENTE PRESENTE UN ACCROISSEMENT GINGIVAL GENERALISE. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE.

Un accroissement gingival généralisé correspond à une

- Hyperplasie (augmentation du nombre de cellules gingivales)
ou
- Hypertrophie (augmentation de la taille des cellules gingivales)

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

A) INTERROGATION

On recherche :

- La forme héréditaire récidivante
- La prise de médicaments générateurs d'hypertrophie gingivale dont les plus connus sont :
 - Les dérivés du dihydantoïnate de sodium ou phénytoïne. Utilisé pour le traitement épilepsie et convulsions,
 - Les dérivés de cyclosporine: utilisé dans les traitements anti-rejet post greffe. Attention, l'absence de résultat positif dans le traitement du psoriasis augmente son utilisation,
 - Certains antihypertenseurs dont les dérivés du nifédipine. Mais moins importants en nombre que les précédents,
 - La prise de contraceptifs oraux, la grossesse, l'augmentation du taux de progestérone se traduit par des hyperplasies mais rarement généralisé,
 - Des signes de maladies hématologiques à type d'envahissement tissulaire qui accompagnent (entre autre l'hyperplasie) : leucémie aiguë, lymphome, poly-globulie.

Le diagnostic est confirmée par la présence de signes d'accompagnement généraux ou locaux, des saignement, infections buccales, ulcères.

On peut demander la NFS, l'avis du médecin traitant.

Si le patient est au courant de sa maladie prendre contact avec le praticien traitant.

B) EXAMEN ENDOBUCCAL

Noter les signes accompagnant l'hypertrophie :

- Le niveau d'hygiène orale (plaque et tartre)
 - faire un relevé de plaque
 - motiver à l'hygiène
- Interférence occlusale
- L'épaisseur de l'hyperplasie

A l'issue de l'examen, on sait si un facteur général est impliqué, ce qui est important pour la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

A) AU NIVEAU GÉNÉRAL

Si on ne peut pas arrêter la prise de médicament incriminé ni en changer.

En cas de problème hormonal, voir avec le médecin traitant. On peut le juguler (changer de contraception). Chez la femme enceinte, attendre la fin de la grossesse (souvent l'atteinte régresse).

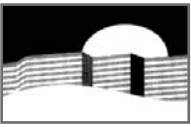
En cas de pathologie hémato, le traitement prend en compte le niveau d'atteinte. En phase aiguë de maladie, avec forte déplétion hémato (notamment hémostatique et infectieuse), on ne traite pas car le seul traitement est chirurgical,

Il faut évaluer avec le médecin traitant :

- Les risques hémorragiques et infectieux.
- La contre indication de ces risques si l'intervention est décidée (Antiprofilaxie, transfusion plaquettaire)
- L'atteinte éventuelle de plusieurs lignées.

B) MOTIVATION À L'HYGIÈNE

Notamment dans le cas où l'étiologie est la prise de médicaments, car il est prouvé que si l'hygiène orale est très bonne, il y a peu d'hyperplasie. L'hygiène doit donc être enseignée et accompagnée.



Service d'odontologie
Prof. J-P LODTER
Chef de Service

C) CHIRURGIE

Il faut enlever la gencive en excès : gingivectomie à biseau externe

- Désinfection locale (bains de bouche chlorhexidine)
- Anesthésie locale : para apicale
- Mesure de la " profondeur de la poche " (fausse poche) et marquage des points sanglants avec une sonde ou une pince
- Incisions :
 - A biseau externe : modulé en fonction de l'épaisseur à enlever : en moyenne 45°.
 - Puis incisions intra sulculaire

Les incisions sont festonnées dans le plan frontal et occlusal pour respecter l'architecture parodontale.

- Elimination de la gencive en excès (à la curette par exemple)
- Désinfection (sérum physiologique)
- Détartrage au besoin
- Compression et hémostase longue.
- Mise en place d'un pack paro (cœpack) 8 jours

La cicatrisation de 2ème intention est longue. Revoir le patient dans 8 jours.

En post opératoire :

- Prescriptions d'antalgique de niveau 2 type Diantalvic à dose maximale pendant deux jours puis si douloureux
- Bains de bouche à la chlorhexidine (Paroex) 3 fois par jour après chaque brossage
- Hygiène à la brosse à dents chirurgicale 15 jours à 3 semaines
- Antibiotiques si risques infectieux.

En l'absence d'hygiène et de mise en évidence des facteurs étiologiques (ainsi que sa maîtrise si elle est possible), on travaille par quadrant dans le cas présent ou l'atteinte est généralisée (éventuellement par demi-arcade).

L'os étant un tissu vivant en permanent remodelage (pour maintenir l'homeostasie calcique (l'orthodontie est un traitement possible chez l'adulte). Elle peut servir dans le cas de réhabilitation prothétique, si le patient accepte d'y avoir recours.

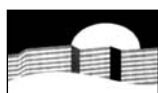
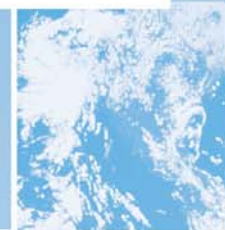
Elle peut servir à :

- Redresser les piliers d'un futur bridge, qui s'étaient versés du fait d'une extraction non compensée, on se remet dans de bonnes conditions de parallélisme et on laisse une vraie place pour la pontic.
- Eviter une élévation coronaire sur un débris radiculaire. L'alternative à l'élévation, si la racine est suffisamment longue et sa courbure prononcée, est la traction chirurgico-orthopédique. On amène ainsi le bord de la dent à un niveau plus coronaire et l'os est amené avec la dent.

L'orthodontie peut aussi être utilisée dans le cas de réhabilitation occlusale.

Elle fait partie des thérapeutiques réversibles, des traitements dans les désordres chroniques mandibulaires, quand la cause est une anomalie squelettique (CII1, CII2, CIII) ou associée à de la chirurgie en fonction du décalage. Ainsi, on recrée une occlusion pour une période de port de gouttières et on maintient cette réhabilitation stable dans le temps.

L'orthodontie est donc une solution alternative et conservatrice. L'action est rapide (six mois en moyenne) et permet la reconfiguration des paramètres cliniques. Elle appartient aux thérapeutiques préprothétiques. Cependant il faut l'accord de l'adulte ce qui n'est pas toujours aisé d'obtenir.



Le Service d'Odontologie de Toulouse

Professeur J.Ph. LODTER

Le Service d'Odontologie occupe une place majeure au sein de la grande communauté médicale du C.H.U. de Toulouse. Avec 40 000 consultations par an, issues de la région Midi-Pyrénées, l'activité du service n'a pas cessé de croître durant ces 5 dernières années.

Implanté sur l'ensemble des sites hospitaliers, il s'est toujours efforcé d'offrir non seulement des soins généralistes et spécialisés de qualité, mais aussi de faciliter son accès au plus grand nombre et de mener des actions d'information et de prévention.

L'implication du Service d'Odontologie dans des structures associées telles que la Permanence d'accès aux soins pour les plus démunis, l'unité de soins ambulatoires (UCSA) qui assure les soins en milieu pénitentiaire et les antennes de soins de Casselardit-La Grave et de l'Hôpital des Enfants en sont le vivant témoignage.

Le Service d'Odontologie est composé essentiellement de deux Unités Fonctionnelles (U.F.) situées l'une dans l'ensemble hospitalier de Rangueil, l'autre dans celui de l'Hôtel-Dieu La Grave. Ces U.F. sont équipées de 71 postes de soins répartis dans chacun des deux Centres.

La patientèle est différente dans les deux centres.

- Le site de l'Hôtel-Dieu, par sa situation au centre ville, favorise une importante consultation de patients externes. Ce sont des patients aux revenus modestes.
- Le centre de Rangueil est plutôt fréquenté par des patients à budget moyen qui veulent faire réaliser des travaux de qualité à un prix raisonnable.
- Toutes les activités spécialisées sont rassemblées au sein de l'U.F. de Rangueil.

CONTACTS

Pr PREDINE-HUG

Rédacteur en chef
Service d'Odontologie de Brest
Rue Auguste Le Faux
29605 BREST

Pr LODTER

Chef de service d'Odontologie
Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
Tél.. 05 61 32 20 30
Fax 05 61 32 20 40

U.F. ODONTOLOGIE RANGUEIL

3, chemin des Maraichers
31403 Toulouse cedex 4

U.F. ODONTOLOGIE HOTEL-DIEU

2, rue Viguerie
31052 Toulouse cedex

ANTHOGYR

M. Ludovic Grand

164, rue des trois lacs
74700 SALLANCHES
Tél.. 04 50 58 02 37
Fax 04 50 93 78 60

Email : sales@anthogyr.com

www.anthogyr.com

