Les ulcérations buccales: est-ce toujours grave?



Une ulcération correspond à une perte de substance profonde intéressant tout ou partie du chorion. Le fond de la lésion est en dessous des bords mugueux adjacents non atteints.



Une érosion correspond à une perte de substance superficielle, sans destruction du chorion sous-jacent. Le fond de la lésion est pratiquement au même niveau que les bords muqueux adjacents non atteints.



substance totale correspond à une destruction complète du atteint avec tissu sous-jacent (l'os dans le cas



Sophie-Myriam Dridi

correspond à une perte de substance épithélio-

conjonctive, qu'il convient de distinguer de l'érosion (perte de substance uniquement épithéliale) et de la perte totale du tissu initialement atteint (fig. 1, 2, 3).

Deux critères cliniques guident le raisonnement clinique: existeil une ou plusieurs ulcérations? Sont-elles aiguës, récurrentes ou chroniques (présentes depuis plus de 6 semaines)?

Les principales ulcérations isolées

- Ulcération traumatique (fig. 4): ulcération de cause connue, aiguë et douloureuse, ou chronique et peu sensible si le trauma est entretenu, avec des bords réguliers, une base ferme non indurée, sans adénopathie et qui guérit entre 10 et 15 jours si le trauma est éliminé. - Ulcération cancéreuse maligne (ex: carcinomes épidermoïdes, lymphome, cancers des glandes salivaires) (fig. 5): nodule ulcéré ou ulcération chronique, hémorragique, de forme variable irrégulière, avec des bords surélevés, éversés, durs, un fond granité, végétant ou bourgeonnant, une base indurée et une adénopathie dure non douloureuse en cas de métastase.

- Ulcération infectieuse (ex: chancre tuberculeux): ulcération chronique, douloureuse, avec un fond irrégu-

ne ulcération lier jaunâtre, une base ferme non indurée, une adénopathie satellite, chez un individu qui tousse et dont l'état général est altéré.

Les principales ulcérations multiples

- Gingivite et parodontite ulcéronécrotiques: ulcérations aiguës, nécrotiques des papilles, douloureuses, associées à une gingivorragie et une algie gingivale prononcée.
- Aphtoses commune et miliaire (fig. 6): ulcérations aiguës, récurrentes (4 crises par an), avec un fond beurre frais, entourées d'un halo érythémateux, pouvant siéger sur toutes les muqueuses sauf la gencive, sans adénopathie chez un individu en bonne santé générale non médiqué.
- Ulcérations révélatrices d'une hémopathie: ulcérations chroniques douloureuses, avec adénopathie, atteinte de l'état général et sensibles aux antibiotiques.

Les principales ulcérations qui peuvent être isolées ou multiples

- Ulcérations médicamenteuses (fig. 7): ulcérations de formes atypiques, douloureuses, survenant généralement quelques semaines après le début du traitement, sans ATCD d'aphtose et qui guérissent rapidement à l'arrêt du médicament incriminé.

- Aphtose géante: 1 à 3 aphtes > à

1 cm (fig. 8) extrêmement douloureux, entourés d'un halo érythémateux, avec des bords surélevés oedématiés, une base ferme non indurée, présents pendant des semaines et laissant des cicatrices.

- Maladies inflammatoires du tube digestif: ulcérations multiples chroniques et douloureuses chez un patient présentant souvent des

troubles digestifs.

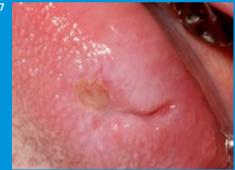
- Sialométaplasie nécrosante : ulcérations palatines postérieures. chroniques, souvent symétriques, non douloureuses, en présence de facteurs de risque (tabagisme, vomissement) et qui guérissent spontanément en 3 à 12 semaines.

- Automutilations: ulcérations atvpiques chez un individu atteint sur le plan psychiatrique. 🗸



Carcinome épidermoïde

Aphtose multiple



Ulcération d'origine médicamenteuse.

Aphte géant.

Candidoses buccales: du diagnostic à la thérapeutique

Les caries et les maladies parodontales d'origine bactérienne sont bien connues des odontologistes. Les candidoses buccales, générées par des champignons microscopiques du genre Candida, le sont moins. Pourtant ces maladies sont fréquentes et peuvent se manifester à tous les âges. Très souvent superficielles, tantôt douloureuses, parfois invalidantes, les candidoses buccales peuvent également devenir profondes ou exacerber l'expression clinique des maladies parodontales. Plusieurs formes cliniques de candidoses superficielles peuvent être différenciées: les formes aiguës, symptomatiques, blanches

(efflorescences blanchâtres détachables) ou érythémateuses, diffuses ou localisées (fig. 1); les formes chroniques, peu ou non symptomatiques, blanches (hyperkératinisation) ou



Candidose aiguë érythémateuse de la langue, apparue après une prescription d'une antibiothérapie à large spectre.

en foyers (perlèches, glossite losangique médiane, ouranite palatine) (fig. 2).

érythémateuses, diffuses ou



Glossite losangique médiane chez un patient fumeur.

Le diagnostic est essentiellement clinique même si certaines situations imposent un examen complémentaire (prélèvement et/ou biopsie). Le traitement doit tenir de l'état immunitaire du patient, des médications qu'il prend et de l'espèce de Candida incriminé. Ce traitement repose sur: - l'élimination du facteur favorisant la transformation du candida commensal en parasite pathogène (si possible); - la prescription d'un antifongique topique en première intention (amphotéricine B, nystatine). La prescription d'un antifongique systémique est réservée aux situations d'immunodépression prononcée et de candidose majeure

(fluconazole).

Inlay-onlay en méthode indirecte: analyse clinique

Claude Launois



décrite par de nombreux auteurs, demeure cependant pour les praticiens une angoisse concernant le choix du matériau entre céramique, composite et métal. Cette présentation concerne les inlays esthétiques dont la demande croît d'année en année.

Chaque praticien a été confronté au moins une fois dans son exercice à une fracture du matériau (fig. 1), à la fracture superficielle, profonde ou axiale d'un pan cuspidien pouvant entraîner la perte de la dent (fig. 2) ou l'obligation de réaliser une dépulpation pour cause de douleurs postopératoires. Ces situations cliniques illustrent les trois chapitres développés dans cette présentation. Ouel matériau choisir entre céramique et composite? Quels principes de préparation respecter? Quelle protection dentinaire mettre en place?

Céramique ou composite

Les indications pour ces deux matériaux sont identiques: en odontologie restauratrice pour le traitement de lésions carieuses et le remplacement d'amalgames défectueux, dans

le traitement de restaurations volumineuses ou multiples. dans le traitement d'une réhabilitation occlusale. Les caractéristiques mécaniques des matériaux doivent orienter le choix du praticien en fonction de la situation clinique. Le composite assure une abrasion moindre des dents, joue un rôle d'amortisseur, son polissage est facile, sa réparation en bouche est possible et son coût de fabrication abordable. Les caractéristiques mécaniques de la céramique sont opposées à celles du composite. Plusieurs céramiques sont à notre disposition. La céramique feldspathique élaborée sur revêtement réfractaire est d'utilisation délicate: la céramique renforcée, plus résistante et élaborée par technique de pressée, est plus pratique (fig. 3). La zircone, ne pouvant être collée, ne peut être utilisée pour la réalisation des inlays et onlays.

S'agissant des principes de préparation, pour assurer la pérennité de ces éléments, la qualité des préparations est capitale. On distingue six critères:

- · Éliminer tous les tissus infiltrés par la carie;
- Respecter le principe d'économie tissulaire en comblant

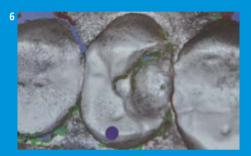


Exemples de préparations pour inlays et

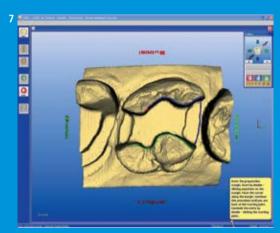
onlays après dépose des amalgames



Préparations achevées après mise en place d'un fond de verre ionomère.



Empreinte numérique défectueuse par excès de poudre. La limite cervicale est illisible.



Modélisation d'un inlay (document: S. Cazier).



Vue occlusale d'inlays en céramique feldspathique élaborés en 1998 sur revêtement.

les contre-dépouilles;

- Respecter les épaisseurs minimales des matériaux prothétiques;
- Proscrire tout angle aigu;
- Placer les limites occlusales à distance des points de contacts des dents antagonistes;
- Créer un profil de congé rond ou d'épaulement à angle interne arrondi pour les limites cervicales (fig. 4).

En cas de présence de fêlures, fréquentes après 40 ans sur les molaires mandibulaires, les préparations sont aménagées pour créer un frettage des parois. Les cavités doivent présenter un fond plat pour éviter un « effet coin ».

Concernant la protection dentinaire, pour les cavités profondes sur dents pulpées. certaines douleurs postopératoires imposent une dépulpation comme seul traitement curatif. La protection pulpaire peut être assurée par la réalisation d'une couche hybride à l'aide d'un adhésif SAM par imprégnation des boues dentinaires. Pour une cavité supérieure à 2 mm de profondeur, la réalisation d'une couche « tampon » s'avère indispensable pour jouer le rôle d'amortisseur. Les composites fluides, les verres ionomères et la biodentine peuvent être utilisés (fig. 5). 🗸

Empreinte, élaboration prothétique et assemblage

L'empreinte « classique » (utilisation de silicones) faite en un temps avec un porte-empreinte individuel garni d'un silicone de moyenne viscosité associé à un silicone de basse viscosité demeure l'empreinte de choix. En empreinte « optique » (réalisée avec une caméra numérique) un poudrage est parfois nécessaire, qui se révèle délicat (fig. 6). Plusieurs études, surtout in vitro, démontrent que la précision des empreintes optiques est identique à celle de l'empreinte avec silicones. L'élaboration prothétique des inlays et onlays est

multiple: sur revêtement

réfractaire, par technique

de pressée, et par CFAO

(fig. 7). L'assemblage par

inlay ou onlay, peut être

collage, dernière étape

de la réalisation d'un

assuré selon les situations cliniques à l'aide d'une colle autoadhésive duale, d'une colle micro-chargée sans pouvoir adhésif associée à un adhésif SAM ou M & R, ou d'une colle avec pouvoir adhésif (Super-bond ou Panavia). Les critères essentiels pour la réussite et la pérennité de l'assemblage sont de coller sur des surfaces dentaires et céramique très propres et de respecter absolument les protocoles. Le taux de succès à dix ans est supérieur à 85 %. Retenons que leur pérennité dépend essentiellement de l'hygiène du patient, que la dégradation colorimétrique du joint dento-prothétique est fonction du tabagisme et qu'une équilibration occlusale régulière est obligatoire (fig. 8).

Les empreintes en prothèse complète amovible et en prothèse amovible sur implants

Jean-Paul Louis



es thérapeutiques actuelles de l'édenté total sont actuellement les suivantes: la prothèse amo-

vible complète traditionnelle (PAC) (fig. 1), la prothèse amovible complète sur implants (PACSI) (fig. 2) et la prothèse fixée sur implants, scellée ou transvissée (fig. 3). Quelle que soit l'option retenue, il faut établir le cadre prothétique fonctionnel et esthétique avant de placer les implants. La prothèse est la vraie finalité clinique. Elle est la « maîtresse » de l'implant.

Avant tout traitement prothétique, le patient doit être préparé sur le plan psychologique, anatomique, physiologique. On ne peut pas élaborer un traitement prothétique si le patient n'est pas demandeur, et si le terrain n'est pas préparé.

Les empreintes en PAC

Empreintes primaires ou préliminaires: il s'agit de refléter le terrain au repos, c'est-àdire que les empreintes soient réellement anatomiques, mucostatiques. Il faut éviter créer des surextensions au niveau des bords et des surpressions au niveau de l'intrados. Le plâtre à empreinte reste le matériau de choix (s'il est bien utilisé...) (fig. 4), mais actuellement, il est largement remplacé par les alginates.

Il est impératif de respecter quelques règles de base:

- choix correct du porte-empreinte;
- personnalisation éventuelle de celui-ci avec des butées de centrage et d'espacement en cire molle;
- préparation correcte du matériau et enduction de ce dernier dans les zones difficiles d'accès:

-manipulation constante des tissus jusqu'à la prise du matériau pour enregistrer les fonds de sillon à l'état de repos, mais surtout, quel que soit le matériau utilisé, le praticien, qui est le concepteur de la prothèse, doit effectuer la cartographie de l'empreinte d'après une observation clinique rigoureuse pour corriger les erreurs enregistrées (surextensions, sous extensions, surpressions). Il doit donner au prothésiste de laboratoire la dimension clinique de l'empreinte afin que ce dernier confectionne un porte-empreinte individuel idéal (PEI) (fig. 5).

Empreintes secondaires: contrairement aux empreintes primaires, elles sont anatomo-physiologiques et doivent enregistrer l'enveloppe fonctionnelle idéale pour définir les bords et l'extrados prothétique permettant de « lover » les futures prothèses au sein de la musculature périphérique, et pour obtenir un joint efficace pour la rétention des prothèses. Elles se déroulent selon trois étapes:

- essai des porte-empreintes individuels qui doivent rester stables lors des mouvements musculaires moyens, et qui doivent également soutenir correctement les tissus (joues, lèvres...);
- réalisation du joint périphérique par modelage d'un matériau sous l'action de la physiologie, muscle par muscle, selon des mouvements bien codifiés et exécutés par le patient lui-même (fig. 6);
- empreinte finale proprement dite à l'aide d'un matériau indiqué selon le cas consi-

Le laboratoire doit couler les modèles de travail en conservant tous les volumes



Prothèse amovible complète traditionnelle



PACS



Prothèse fixée sur implant (praticien J.G. Voiry, prothésiste J.M. Étienne).



Empreinte primaire au plâtre.

obtenus par les empreintes (coffrage du modèle, clés pour les extrados...) (fig. 7). Les empreintes en PACSI (fig. 8): elles sont destinées au positionnement idéal des systèmes d'attache de précision qui vont retenir la prothèse complète au niveau des implants. Selon le système choisi, elles utilisent ou non des transferts spécifiques (exemple: Locator). Elles sont réalisées en général à l'aide de silicones

ou de polyethers disposés sous l'intrados prothétique évidé au niveau des attachements. Ces empreintes sont effectuées sous contrôle occlusal sans exercer une pression excessive.

Au laboratoire, le prothésiste positionne les analogues avec précision et peut ainsi couler le modèle de travail sur lequel seront positionnées les parties correspondantes des systèmes d'attache sélectionnés.



Cartographie de l'empreinte primaire.

Le volume fonctionnel et esthétique chez l'édenté total

Le praticien doit construire le volume idéal de la future prothèse en amont du positionnement des implants pour toute prothèse envisagée.

Pour ce faire, le prothésiste de laboratoire dispose de modèles de travail sur lesquels il construit des maquettes d'occlusion. Quel que soit le matériau utilisé, celles-ci doivent être rigides, stables, calibrées. Les bourrelets d'occlusion doivent être situés correctement selon des critères moyens qui seront affinés par le praticien. Enregistrement des rapports intermaxillaires (fig. 1): pour toutes



Enregistrement des rapports intermaxillaires.

les techniques de montage des dents prothétiques, le prothésiste débute toujours par le positionnement du bloc incisivo-canin maxillaire. Il est donc impératif que le praticien règle parfaitement le secteur antérieur du bourrelet maxillaire selon des références cliniques (soutien de lèvre, découvrement du bord libre, parallélisme à la ligne bi pupillaire, vérification phonétique...). La partie postérieure du bourrelet maxillaire peut être parallélisée au plan de CAMPER. Ainsi, le modèle maxillaire peut être positionné au laboratoire, soit par la table de transfert, soit par l'aide d'un arc facial. Le praticien recherche ensuite la dimension verticale d'occlusion en ne retouchant que le bourrelet de la

maquette mandibulaire. Cette dimension verticale est trouvée selon des critères esthétiques et fonctionnels (phonation, déglutition...).

Enfin, l'enregistrement de l'occlusion de la relation centrée est exécuté par le praticien, pour permettre au prothésiste de monter le modèle mandibulaire sur l'articulateur.

Essayage(s) fonctionnel(s) et esthétique(s) (fig. 2): il est impératif que le praticien



Essayage fonctionnel et esthétique.

puisse dialoguer avec le prothésiste lors de ces séquences d'essayage clinique, afin d'être certain du bon positionnement des dents. Plusieurs points fondamentaux sont à vérifier:- respect de l'occlusion bilatéralement équilibrée;

- respect des aires de tolérance de montage des dents;

implants.

- vérification du bon positionnement du plan occlusal mandibulaire;
- validations fonctionnelle et esthétique, et assentiment du patient.

C'est seulement lorsque toutes les conditions seront remplies que le praticien pourra demander au prothésiste de polymériser les prothèses. Il est également fondamental de procéder aux équilibrations prothétiques (immédiate et différée) pour assurer la parfaite intégration des prothèses, au'elles soient ou non supportées par des



Marginage du PEI.



Empreinte secondaire.



Empreinte de PACSI (pour le positionnement des attachements par le laboratoire).

Aborder sereinement les traumatismes alvéolo-dentaires

- Michèle Muller-Bolla* —



à l'occasion d'un appel téléphonique qui va permettre d'évaluer l'urgence bucco-dentaire après élimination du risque de traumatisme crânien (perte de connaissance, vomissements...). En cas d'expulsion dentaire ou d'exposition pulpaire, il est en effet capital que le patient consulte dans l'heure suivant le traumatisme. Une fois arrivé au cabinet dentaire, sa prise en charge doit obéir à une certaine chronologie à l'occasion du questionnaire (historique du traumatisme et anamnèse) puis de l'examen clinique. Le premier va permettre de définir la zone à investiguer et les précautions particulières à éventuellement prendre (antibiothérapie, rappel antitétanique). À l'examen exo-buccal incluant inspection visuelle, palpation des tissus mous et des rebords osseux, succède un examen endo-buccal

minutieux intéressant l'occlusion, les tissus muqueux, la ou les dents impliquées ainsi que leur parodonte. Cet examen visuel est complété par des tests cliniques de mobilité, percussion et sensibilité pulpaire qui vont permettre une première approche diagnostique (schéma 1) confirmée ou infirmée par les examens radiographiques variables en fonction des situations cliniques.

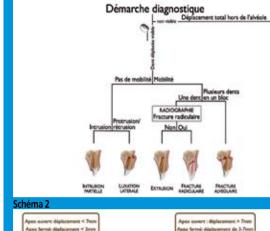
L'ensemble de ces étapes diagnostiques permettent également de déterminer le pronostic de la dent, dépendant du stade de maturité radiculaire, de la réponse aux tests de sensibilité pulpaire du jour de la première consultation, de l'amplitude du déplacement et/ou de la taille de l'exposition pulpaire, c'est-à-dire des traumatismes éventuellement associés, et du temps écoulé avant la prise en charge thérapeutique. Par exemple, dans le cas d'une fracture amélo-dentinaire traitée par restauration ou collage du fragment coronaire fracturé, le risque de nécrose augmente significativement si la prise en charge permettant une oblitération des tubuli dentinaires ne se fait pas dans les trois jours.

En cas d'exposition pulpaire, ce délai doit passer à une heure afin d'effectuer un coiffage direct ou une pulpotomie partielle à l'hydroxyde de calcium ou au MTA (ou Biodentine) le plus rapidement possible pour préserver la vitalité pulpaire de la dent fracturée.

Dans le cas des intrusions, c'est le stade de maturité radiculaire et l'amplitude du déplacement qui constituent les facteurs pronostiques le plus importants à l'origine du choix de la meilleure des trois solutions thérapeutiques envisageables, la surveillance de l'éruption spontannée (schéma 2). Enfin, ces éléments pronostiques sont à compléter par le milieu de conservation adéquat (lait écrémé) ou non (eau du robinet) de la dent expulsée (schéma 3).

D'une façon générale, la vitalité pulpaire sera évaluée à 6-8 semaines. 6 mois et 1 an par un double examen clinique et radiographique mais d'autres visites peuvent être envisagées en amont du fait de la contention à retirer (schéma 4) ou de la surveillance de l'éruption spontanée d'une dent intruse. 🗸

*L'auteur souhaite associer le Dr Chantal Naulin-Ifi à cette présentation réalisée avec sa collaboration à l'occasion de la journée traumatologie de la SOP.



Dent immature

Milieu de conservation

considération dans le cas d'une dent partiellement ou totalement déplacée pour orienter le diagnostie (www.dentaltramaguide

à adopter en fonction de la maturité et de l'amplitude du déplacement d'une dent permanente intruse.

Dent mature

± Trt endodontique

Nessayer la dens avec du sérum

rise en charge hérapeutique des dents Milieu de conservation permanentes immatures inadéquat Réimplantation après 60° et du délai de prise en tharge. Les milieux de onservation adéquats sont merger dent 20 mn dans une solution de NaF à 2% oar ordre décroissant de alité la SOS Dentobox e lait écrémé, le sérum physiologique et la salive

rôle RxI), susure des lacéracions el Contention 2 semaines Contention 4 semaines Trt endodontique avec Ca OH: 7 à 10 jours après (pendant contention), si non réalisé avant PericillinesV (< 12 ans) Doxycycline (Tétracyclines) > 12 ans Apexification si signes de nécross Obturation endodontique définitive I mois après Ca OH-4 semaines 3 mois 6 mois 1 ar Traumatismes Type de contention Durée de la contention Contention non systématique Subluxation Flexible 2 semaines au maximum pour le confort Extrusion Flexible 2 semaines uxation Flexible 4 semaines Expulsion Flexible racture mois si proche du colle racture Flexible légèremen 4 semaines

plus rigide

en fonction du type de

Le cas particulier des dents temporaires

Dans le cas des traumatismes des tissus parodontaux, la première question que se pose le praticien est la conservation de la dent temporaire traumatisée.

Pour optimiser le pronostic de la dent successionnelle, elle doit être extraite si elle est au stade de stabilité ou de résorption (après l'âge de 3 ans pour une incisive supérieure), si son apex se situe à proximité du germe (rapport mis en évidence sur un



Luxation des 51 et 61 versées en direction palatine à extraire du fait de la sévérité du déplacement.

mordu occlusal ou un cliché latéral) et/ou si le déplacement sévère de la dent temporaire perturbe l'occlusion (photo 1). Si le déplacement est limité à 2-3 mm, la dent est remise en place par pression digitale douce. En revanche, s'il n'y a pas d'interférence occlusale, il y aura abstention thérapeutique. À l'exception du collage du fragment dentaire, les prises en charge des fractures coronaires sont comparables à celles des dents permanentes. Cependant, l'extraction peut également être envisagée (absence de possibilité de restauration ou de coopération de l'enfant, stade de résorption, délai de prise en charge). La conservation du fragment coronaire suite à une fracture radiculaire peut être envisagée s'il n'est pas mobile et/ou faiblement déplacé. De même, il ne doit pas y avoir de communication entre le trait de fracture et la cavité orale. C'est un des deux cas où une contention peut être réalisée pendant quatre



Enfant de 18 mois affecté par la carie précoce de la petite enfance ayant consulté immédiatement après sa chute. La 51 (facture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire) a dû être extraite du fait des difficultés de restauration alors que la 61 a été reconstituée après élimination du fragment coronaire (fracture corono-radiculaire sans exposition pulpaire).

semaines; l'autre correspondant à la situation de fracture alvéolaire. Dans le cas contraire, le fragment coronaire est extrait et, la résorption du fragment radiculaire surveillée dans le temps.

emaines est prolongée de 2 semaines en cas de durer 4 mois en cas de racture radiculaire dans le tiers coronaire responsable d'une importante mobilité

Chirurgie orthognatique: de l'indispensable au superflu

Catherine Galletti



Quand l'hyperdivergence est trop marquée, une chirurgie orthognathique de diminution de l'étage inférieure devra être associée à l'orthodontie. L'impaction du maxillaire sera alors indiquée plus ou moins complétée par une génioplastie.

Les décalages de classe III squelettique: ces décalages se caractérisent cliniquement par un inversé d'occlusion antérieur avec une prognathie mandibulaire souvent associée à une rétrognathie maxillaire. L'hérédité est un facteur récurrent ici. Il existe, bien sûr. des situations modérées ou des pseudo-classes III qui pourront être corrigées sans chirurgie. Les vrais patients prognathes ont souvent à l'âge adulte un lourd passé orthodontique. Il est difficile de lutter contre le facteur génétique. Ce sont souvent des chirurgies bimaxillaires afin de ménager le volume de la « boîte à langue ».

Les décalages de classe II squelettique: la nécessité de correction est beaucoup plus discutable. Le sens vertical sera le paramètre clé. Un effondrement de la dimension verticale ou au contraire une hyperdivergence marquée qui projette fortement le menton en arrière vieilliront prématurément nos patients.

Il est, cependant, important de bien évaluer la morphologie de la mandibule avant traitement. L'avancée mandibulaire sera peu heureuse dans le cas de mandibule carrée avec un angle goniaque marqué, surtout chez la femme. L'âge du patient est enfin un facteur décisif. Plus la chirurgie est tardive et plus les suites sont importantes. Le nerf dentaire étiré a plus de mal à récupérer aussi. Le décalage de classe II, n'est souvent pas le problème fonctionnel majeur. La correction d'une courbe de Spee marquée traumatisante pour la muqueuse palatine, d'un encombrement évolutif inesthétique ou perturbant le contrôle de plaque ou encore la fermeture d'espaces projetant les incisives en avant sera souvent beaucoup plus indispensable, du moment qu'un centrage, calage et guidage de la mandibule sont possibles. 🗸

Situation de classe III squelettique avec prognathie mandibulaire héréditaire. Le traitement d'orthodontie devra obligatoirement être associé dans ces ces à une chirurgie orthognathique pour l'obtention d'un résultat esthétique et fonctionnel stable.



L'environnement péri-implantaire, clé de la réussite du traitement



Avant de pratiquer une extraction, il est fondamental de ne pas se précipiter. Ici, le défaut osseux qui semble important peut encore être corrigé par une régénération osseuse guidée.



L'extraction est pratiquée sous lambeau. Le curetage doit être méticuleux.



Régénération osseuse et aménagement gingival sont pratiqués.



La préservation de la crête est assurée.

Corinne Touboul

'environnement péri-implantaire doit être une pré-occupation constante à chaque étape du traitement. Le volume osseux et la qualité des tissus mous auront un rôle déterminant dans le succès à court et à long terme.

Lors de la phase pré-implantaire, il conviendra d'évaluer le biotype gingival, apprécier la ligne des collets, l'environnement parodontal et avoir une approche des volumes osseux. Il s'agira d'anticiper afin d'informer le patient de la nécessité fréquente de reconstruire le volume osseux et gingival lors la mise en place des implants. La phase pré-implantaire confronte également l'omnipraticien à la nécessité de pratiquer une extraction. La réflexion, à ce stade, sera déterminante concernant l'environnement péri-implantaire futur. Il conviendra avant tout d'évaluer l'état infectieux. la possibilité de stabilisation primaire d'un implant, de sonder pour s'assurer de la présence ou absence de corticale vestibulaire, et une fois encore, de s'assurer de l'épaisseur du biotype gingival. À cette étape, des décisions déterminantes seront prises et devront être planifiées.

Lors de la mise en place chirur-

gicale, il conviendra de créer les conditions pour reconstituer un environnement péri-implantaire idéal: positionnement rigoureux des implants dans les trois plans de l'espace, reconstruction des tissus durs (au moven de régénération osseuse guidée ou de greffes osseuses) et réaménagement des tissus mous (greffes conjonctives, épaississement vestibulaire par la technique du rouleau, ou reconstructions papillaires entre autres). La temporisation au stade 1 de la mise en place de l'implant au stade 2 ou au stade prothétique aura un rôle essentiel

Mais cet environnement ne pourra s'exprimer que si la reconstruction prothétique finalise cette compréhension de la biologie, et permet aux tissus péri-implantaires de trouver leur place (bon positionnement du point de contact, profil d'émergence, matériaux parfaitement biocompatibles). Une fois cet environnement correct obtenu, il conviendra d'en assurer la maintenance, et de savoir contrôler et réagir le plus rapidement possible dans le cas où des signes d'instabilité se feraient sentir.

N'oublions pas que le péri-implant est le marqueur d'une bonne compréhension de la biologie et du bon déroulement du traitement implantaire.

Deux séances de TP pour les confrères mauriciens

Sophie Myriam Dridi



Lors du TP

« Les lambeaux
d'assainissement,
pourquoi, quand,
comment?
dirigé par Sophie
Myriam Dridi,
les praticiens
ont réalisé
une chirurgie
parodontale
d'assainissement
en respectant
les étapes
chirurgicales,
des incisions aux
sutures.





Claude Launois



Le deuxième atelier de travaux pratiques, conduit par Claude Launois, avait pour thème « Inlay-onlay en méthode indirecte ».





JSOP N° 9 NOVEMBRE 2014 • 43