



Retour sur le voyage-congrès Maurice 2015

« C'est un honneur pour la SOP de savoir que son voyage-congrès à l'Île Maurice s'est au fil des ans installé comme le rendez-vous incontournable de la formation continue en odontologie », a rappelé Bernard Schweitz lors de l'inauguration des 14^{es} journées dentaires à l'Île Maurice organisées en collaboration avec la Mauritius dental association (MDA). Il n'a pas manqué

d'établir un lien entre ce statut (« la modestie de la SOP doit-elle en souffrir ») et les objectifs de qualité que la SOP s'assigne tout au long de l'année dans l'Hexagone : « les programmes de nos congrès sont le reflet des journées de formation que nous dispensons toute l'année à la maison de la chimie à Paris : des thèmes pluridisciplinaires présentés par des conférenciers et cliniciens de talent. »

Ce millésime 2015 résulte d'un assemblage à base de talent des conférenciers, soit d'apprendre des praticiens français et mauriciens dans une ambiance confraternelle alimentée par les nombreuses activités festives, sportives et conviviales. À découvrir dans les pages suivantes, un échantillon représentatif des conférences tenues pendant le voyage-congrès 2015.

Yvan Bismuth



Cette 14^e édition a été l'illustration que l'on peut allier formation continue et détente sur ces terres volcaniques au milieu de l'océan indien.



Une séance de TP pour les confrères mauriciens



Jean-Yves Cochet



Dominique Martin

Un TP réservé aux confrères mauriciens intitulé « *Nettoyage, mise en forme et obturation du système canalaire* » était animé par Jean-Yves Cochet et Dominique Martin.





Dominique Martin

Mise en forme du système canalaire

Le succès du traitement endodontique est directement lié à l'élimination du contenu canalaire, cet objectif est atteint à travers des objectifs mécaniques de mise en forme, ceux-ci ont été définis par H. Schilder : une forme conique continue depuis le foramen jusqu'à l'orifice coronaire, le respect de l'anatomie radiculaire, le respect de la position et du calibre du foramen. L'instrumentation rotative en nickel-titane permet d'atteindre ces objectifs avec plus de facilité, à



condition de respecter quelques règles d'utilisation : explorer préalablement le canal avec une instrumentation manuelle, travailler de façon corono-apicale, jauger le calibre du foramen, être le moins invasif possible dans les derniers millimètres apicaux.

Le retraitement endodontique non chirurgical

La reprise de traitement endodontique est une forme de traitement spécifique et complexe dont le pronostic est plus incertain que pour un traitement initial, il faut donc le considérer comme une tentative de traitement. La décision d'entreprendre un retraitement est un processus complexe qui fait intervenir des facteurs objectifs (signes cliniques et radiographiques) et des facteurs subjectifs « praticien-dépendants » (compétence, tropisme, matériel disponible, coopération du patient...). L'objectif de la thérapeutique est d'éliminer les restaurations coronaires et/ou corono-radiculaires, d'obtenir l'accès au foramen par l'élimination des obstacles canaux et de négocier la partie non obturée du canal.



Jean-Yves Cochet

Chirurgie endodontique ; le continuum de l'endodontie

L'objectif majeur de la chirurgie endodontique est la conservation de dents qui n'auraient pas pu être conservées par les traitements conventionnels seuls. C'est donc une alternative à l'extraction, principalement indiquée dans les cas d'échec endodontique, deux approches sont à distinguer : la chirurgie endodontique d'emblée ou de complément.

Pour atteindre chirurgicalement la zone apicale à traiter, une démarche parfaitement codifiée doit être mise en place. La voie d'abord doit être choisie de façon à pouvoir travailler sous microscope opératoire en utilisant des inserts ultrasonores pour une rétro-préparation la plus profonde possible. Le tracé d'incision respectera l'esthétique, prévoira le recouvrement de la zone opérée. L'IRM R® ou le MTA R® trouveront leurs indications. La régénération osseuse maximale est recherchée et est obtenue en empêchant l'invagination de tissus fibreux,



soit par l'utilisation de membranes résorbables soit, et c'est un apport de la piezo chirurgie, en repositionnant un volet osseux.

Les indications chirurgicales restent classiques, elles sont l'insuffisance des traitements endodontiques et l'impossibilité de les améliorer.



Jean-Pierre
Albouy

Influence des choix prothétiques sur la santé des tissus péri-implantaires

La nature trans-tissulaire, le type d'attache des tissus péri-implantaires et les connectiques sous-gingivales que nous imposent les solutions implanto-portées induisent une réponse inflammatoire agressive des tissus mous. Pour assurer un contrôle de plaque autour des restaurations implanto-portées, nous proposons de donner un accès à 360 degrés autour des restaurations au niveau de la jonction, tissus mous-piliers. Cet impératif impose d'éviter les sur-contours prothétiques. Les brosses et brossettes interdentaires doivent avoir accès à la limite tissus système implantaire. Des profils d'émergences les plus droits possible avec des embrasures aménagées sont recommandés.

Pour les unitaires, le choix entre prothèse vissée et scellée n'est pas essentiel alors que nous préférons des prothèses plurales vissées. En cas de prothèses scellées, il est essentiel d'assurer un contrôle visuel le plus direct possible en

sous gingival pour éliminer les excès de ciment et d'utiliser des piliers anatomiques.

Enfin un suivi au minimum tous les six mois avec nettoyage supra-gingival et sondage péri-implantaire assurera prévention et interception des complications, s'il en est.



Sophie-Myriam
Dridi

Le lichen plan gingival: quel traitement pour quelle forme clinique?

Le lichen plan gingival demeure une pathologie préoccupante pour l'omnipraticien.

Car, sa sémiologie est variable et la démarche diagnostique nécessite souvent la confrontation des données cliniques et histologiques.

Plusieurs expressions cliniques peuvent être différenciées:

- Les formes blanches, asymptomatiques, sont considérées comme quiescentes, à l'exception des formes verruqueuses;
- Les formes rouges témoignent de l'inflammation au sein du chorion gingival et donc de l'activité du lichen. Erythémateux, il n'est pas toujours symptomatique à l'inverse des formes érosives, bulleuses et pemphigoïdes;
- Les formes atrophiques sont anciennes et peu symptomatiques.

La prise en charge est difficile et doit sans cesse s'adapter à l'évolution de la maladie gingivale. La thérapeutique comprend généralement quatre étapes:



- Suppression des facteurs de risques et irritants;
- Traitement médical, dans les formes symptomatiques et évolutives;
- Surveillance des lésions risquant de se transformer en tumeurs malignes (formes érosives, atrophiques ou verruqueuses);
- Les thérapeutiques complémentaires, destinées à réduire le stress ou l'anxiété, doivent être discutées au cas par cas.



Catherine Galletti



Bernard Schweitz

Choix thérapeutiques du secteur incisif mandibulaire chez l'adulte : considérations orthodontiques et parodontales

L'encombrement du secteur incisif mandibulaire est évolutif et de plus en plus visible avec l'âge. Il est un motif récurrent de consultation chez l'adulte. Sous certaines conditions, sa correction ne nécessitera pas forcément un traitement d'orthodontie global, et des mécaniques orthodontiques relativement localisées peuvent traiter efficacement ce défaut.

Les orthodontistes peuvent être confrontés à deux types de problèmes parodontaux dans ce secteur :

- L'apparition de triangles noirs associés à l'alignement d'incisives de forme triangulaire.
- Un risque d'apparition de récessions gingivales car le remodelage osseux qui a lieu lors du déplacement orthodontique ne répond pas aux mêmes règles s'il est mené dans le sens vestibulo-lingual ou mésio-distal. Dans le sens vestibulo-lingual, le déplacement des racines au-delà des limites de l'enveloppe osseuse peut provoquer des déhiscences osseuses,

parfois des récessions gingivales. Pour des raisons anatomiques, ce risque est élevé dans la région antérieure mandibulaire.

Pour limiter et prévenir ces deux complications, il



peut être recommandé de proscrire les mouvements faisant « sortir » la racine de l'enveloppe osseuse et de recourir à des réductions amélaire proximales (stripping), ce qui limitera l'amplitude du déplacement radiculaire en direction vestibulaire et « apicalisera » les points de contact proximaux pour diminuer ou supprimer ces triangles noirs.



Corinne Taddei

Apport des implants en prothèse amovible

La prothèse partielle amovible (PPA) est indiquée chaque fois que les conditions locales et/ou générales, voire certaines dispositions personnelles, n'autorisent ni la construction par prothèse fixée conventionnelle, ni la mise en place de racines artificielles.

Dans l'approche multidisciplinaire d'un plan de traitement visant à la construction d'une PPA, l'incorporation d'un ou plusieurs implants, dans des secteurs édentés qui l'autorisent, contribue à améliorer le succès thérapeutique. Les améliorations fonctionnelles et esthétiques sont obtenues :

- En augmentant la rétention et la stabilité prothétique ;
- En préservant de l'os autour des implants ;
- En distribuant mieux les forces sur les implants et les dents naturelles ;
- En facilitant la liaison dents naturelles/dents postiches.

La pratique de la PPA n'est pas obsolète mais il est capital d'en améliorer les performances. C'est dans ce contexte que l'incorporation d'implants trouve son intérêt, pour réduire les inconvénients de ces prothèses, mais aussi pour faciliter leur intégration esthétique, biologique, fonctionnelle et psychologique.



Fermeture d'une brèche d'édentement encadrée pour permettre la construction d'un appareillage prothétique plus simple et moins étendu. Cette modification de classe améliore l'équilibre mécanique ainsi que l'esthétique du secteur antérieur.