



Un voyage-congrès à Maurice très international

« **C**e congrès est devenu *LE rendez-vous incontournable annuel au cours duquel on se forme, on s'informe et on échange entre cliniciens* », a rappelé Bernard Schweitz alors président de la SOP, en présence de Ragini Sonahjaria, présidente de la Mauritius Dental Association (MDA) lors de la séance inaugurale.

De nombreux confrères mauriciens ont répondu présent, sans compter sur le noyau d'« irréductibles » venu d'Europe qui, comme chaque année, contribuent au succès du congrès. La participation de confrères belges, suisses et même catalans a donné un rayonnement international

aussi inattendu que plaisant au congrès. S'agissant du programme scientifique, les conférenciers ont été à la hauteur de l'ambition de la SOP: richesse des connaissances, grande capacité de transmission et savoir-faire. Les sujets traités se voulaient en phase avec les préoccupations actuelles des congressistes mauriciens, français et francophones.

En somme, tous les ingrédients pour un voyage-congrès réussi étaient réunis : conférences de haut vol, nouveaux savoirs, pratiques cliniques, détente et bonne humeur.

Retrouvez, pages suivantes, des extraits représentatifs de chaque conférence.

Marc Roché

DEUX TP POUR LES CONFRÈRES MAURICIENS

Au cours du congrès, Isabelle Buchet et Marc Roché ont réalisé devant les confrères mauriciens une démonstration du traitement des SAHOS par OAM. Les congressistes ont ensuite réalisé une équilibration et une réhabilitation occlusive d'un modèle pédagogique, ce TP était par Claude Launois et Jean-François Carlier.



Claude Launois

Les conférences de Claude Launois

• Attrition, abrasion, érosion: quelle restauration prothétique proposer, quelle occlusion, quelle DVO ?

Les usures en bouche sont inévitables. Cette usure dentaire est un processus naturel multifactoriel. Le bruxisme d'éveil ou de sommeil participe à cette usure mais n'en est pas la cause principale. On distingue des lésions dues à l'attrition, à l'abrasion et à l'érosion. L'attrition est la conséquence des contacts répétés dento-dentaires. L'abrasion est la résultante de contacts répétés non dentaires, c'est un mécanisme tribologique à trois corps dont des particules abrasives. L'érosion dentaire est due à une attaque acide non bactérienne. Pour restaurer l'anatomie originelle des dents,

de nombreux éléments prothétiques peuvent être utilisés. Pour l'usure des dents antérieures maxillaires, selon le degré d'usure classé de 1 à 6 (ACE classification de Francesca Vailati), on peut associer des facettes de céramiques vestibulaires à des restaurations linguales (Technique sandwich). Pour les dents cuspidées, les onlays, overlays ou de simples Table TOP sont couramment employés. Dans le cas d'usure conséquente avec perte de DVO, la restauration est établie en ORC après détermination de la nouvelle DVO testée par la mise en place de composites occlusaux temporaires.



Exemple d'usures dentaires dues à l'attrition, à l'abrasion et à l'érosion accentuées par un bruxisme d'éveil.



Contrôle des contacts occlusaux après collage des éléments prothétiques.



Préparations pour overlays dans le cadre d'une restauration occlusale. La DVO est déterminée par les composites temporaires collés sur les incisives mandibulaires.

• Les inlays, onlays et overlays après équilibration occlusale: quel matériau, quelle préparation, quel protocole de fixation ?



Exemple clinique après équilibration, les contacts occlusaux étaient insuffisants au niveau des dents cuspidées. Contrôle de l'épaisseur dévolue au matériau pour respecter les contraintes physiques imposées par la céramique.



Détails des préparations. Des limites cervicales au profil de congé rond sont établies au niveau de la table occlusale y compris sur la céramique existante dont la dépose est inutile.



Rendu final après assemblage des overlays et onlays.

Après équilibration occlusale de la denture, afin de supprimer des symptômes douloureux articulaires, réalisés en ORC, il est nécessaire de pérenniser cette position de référence par la réalisation d'inlay, d'onlay ou d'overlay pour établir un maximum de contacts occlusaux stables. Le choix du matériau entre composite ou céramique n'est pas facile. Le taux moyen d'échecs annuels, des inlays en composite est de 2,9 % et de 1,9 % pour les inlays en céramique. Les taux de survie, pour les deux matériaux, sont satisfaisants. Ils sont de l'ordre, à

5 ans, de 95 %. À dix ans, ils sont encore de 90 % pour les inlays céramiques et de 83 % pour ceux en composite. La possibilité de réparation en bouche est l'avantage majeur du composite. La longévité et la résistance à l'usure sont ceux de la céramique. Les préparations sont identiques pour les deux matériaux. Les préparations doivent répondre aux contraintes de matériau (épaisseur, largeur, angle cavo-superficiel proche de 90°). L'assemblage doit se faire par collage en associant une colle duale, sans pouvoir adhésif, à un adhésif SAM ou M&R.

• Les agénésies des incisives maxillaires: quel choix orthodontique, que faire pour améliorer le sourire à l'adolescence, quelle occlusion préconiser ?

Les agénésies des incisives latérales maxillaires sont bien souvent traitées par la fermeture des espaces par la mésialisation des canines. Cette solution ne peut s'envisager que si: la canine est peu pointue, la face vestibulaire plate et le collet en position basse, la couleur peu saturée et le diamètre mésio-distal en rapport avec le diamètre de la centrale. Pour améliorer le sourire, les pointes canines sont généralement abrasées pour tenter de leur donner un aspect moins agressif mais la canine ne joue plus son rôle de personnalisa-

tion. Cette modification ne suffit pas à satisfaire le patient à l'adolescence. Le traitement proposé consiste à coller, selon les cas, six facettes de céramique en transformant les canines en incisives latérales et les prémolaires en canine. Le guidage en latéralité peut être assuré par la prémolaire mais c'est une dent fragile. Il est préférable d'établir le guidage canin par la canine transformée en latérale à condition de réaliser une facette avec un retour lingual. L'établissement d'une fonction de groupe est également possible.

Exemple clinique d'agénésies d'incisives latérales traitées orthodontiquement par déplacement des canines en position des latérales avec maintenance d'espaces résiduels.



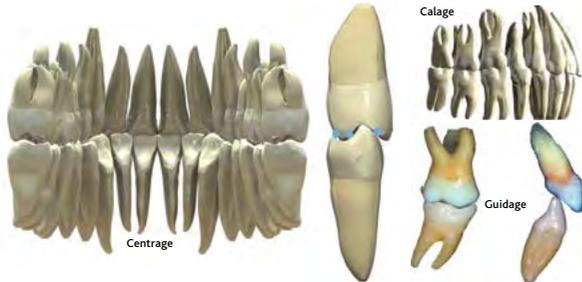
Rendu esthétique après collage de six facettes de céramiques.



Jean-François Carlier

Les conférences de Jean-François Carlier

• Relation maxillo-mandibulaire en prothèse



Chaque dent participe à la Relation Intermaxillaire selon une ou plusieurs des trois fonctions: fonction de Calage (1 dent sur 2 dents ou 1 dent sur 1 dent) ; fonction de centrage inter-arcade et fonction de guidage.

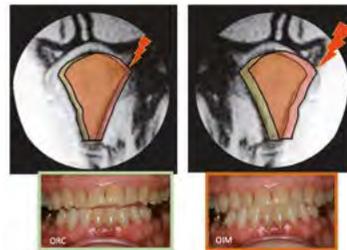


OIM initiale est stable mais la mandibule est déviée.
L'analyse de la position mandibulaire est un préalable à tout traitement prothétique pour évaluer le calage et le centrage de l'OIM.



ORC est instable car le calage est insuffisant.

L'analyse occlusale pré prothétique permet d'évaluer le rétablissement du calage mandibulaire, par soustraction ou par addition, voire orthodontie et prothèse.



L'équilibre des structures musculo-articulaires doit correspondre à un équilibre orthopédique des arcades dentaires (J. Okeson).

• Reconstruire les fonctions occlusales



En présence d'une luxation discale réductible par perte de calage postérieur, le port de l'orthèse pendant quelques mois place la mandibule en Relation centrée thérapeutique. L'enregistrement de la relation intermaxillaire fait appel à une cire Moyco rebasée à la pate ZNO et à une manipulation mandibulaire en rotation pure.



Un enregistrement mordu sur une pate silicone ne permet aucun contrôle du calage et du centrage et replace le patient dans une OIM pathogène. Son repositionnement sur le modèle est incontrôlable. La prothèse réalisée est en sous-occlusion dans l'ORC thérapeutique, objectivé par le rebasage Duralay.



Cette situation clinique, avec perte des informations de calage, de centrage et de guidage de la mandibule impose un enregistrement de la relation intermaxillaire en Relation Centrée, sans contact dento-dentaire et avec manipulation.



La relation intermaxillaire est stabilisée en OIM sur les bridges transitoires. Lors de l'enregistrement, le bridge provisoire mandibulaire maintient le calage et le centrage de l'arcade mandibulaire à l'enregistrement.



Isabelle Buchet



Marc Roché

La conférence d'Isabelle Buchet et Marc Roché

Orthèses d'avancées mandibulaire dans le traitement des SAOS: des recommandations à la pratique clinique

Seules des orthèses d'avancée mandibulaire stricte sont inscrites à la LPPR. En revanche dans environ 30 % des cas, elles ne suffisent pas à ouvrir suffisamment les voies aériennes supérieures. L'adjonction d'une enveloppe de langue sur une orthèse bibloc à bielles de Herbst permet l'élargissement de l'étage retro basi lingual et l'élargissement des indications des OAM.

Biblocs



Octobre 2008
ORM®
(Narval-Resmed)
339 euros



Janvier 2012
Somnodent®
274 euros



Octobre 2011
OHA®
274 euros



Avril 2012
Tali® OMT
289 euros

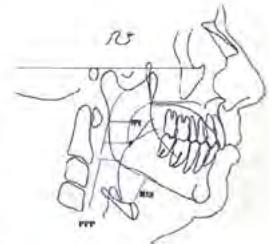
et les autres...

Etude de la filière aérienne

- PPV: point le plus postérieur de la convexité du voile du palais.
- P: extrémité de la luette.
- PPP: paroi pharyngée postérieure.
- PPV-PPP = 13 ± 5
- P-PPP = 14 ± 5

Espace rétrobasilingual:
Distance entre le point le plus postérieur de la base de langue et la paroi pharyngée postérieure.
 $11,5 \pm 3$ (F)
 $13,5 \pm 4$ (H)
MP-H = 12 à 16

N.B. variations selon la statique



OAM à enveloppe de langue



Catherine Galletti

La conférence de Catherine Galletti

Que faire avec des mini-vis en orthodontie ?

Figure 1 - Les mini-vis constituent un ancrage efficace qui nous offre la possibilité de réaliser des mouvements difficiles voire impossibles jusqu'alors en orthodontie, comme l'ingression molaire.

Dans certains cas, il sera possible de limiter les appareillages. Quand l'objectif est l'ingression d'une dent, 4 mini-vis posées à ses quatre coins peuvent servir d'ancrage à des chainettes de traction reliées à des boutons ou des brackets collés sur sa couronne. Ici pour l'ingression de 47 les mini-vis n'ont pu être posées en distal, 48 ayant été extraits le même jour. Le problème a été contourné par l'utilisation d'un sectionnel d'ingression à partir de mini-vis positionnées plus en mésial.



Figures 2, 3 et 4 - Dans le cadre de traitement global à visée fonctionnelle et esthétique, elles vont nous permettre de pallier un ancrage traditionnel insatisfaisant voire inexistant.

Certaines situations cliniques compliquées pourront être gérées en évitant des extractions ou encore une chirurgie orthognathique. Ici, un patient adulte (34 ans) consulte pour des espaces maxillaires à fermer et un surplomb incisif marqué. Le décalage antéropostérieur très important à droite ainsi que la courbe de Spee sévère à la mandibule ajoutent des difficultés à la correction.

Les mini-vis ont facilité la mécanique en renforçant l'ancrage maxillaire postérieur. Les incisives ont pu ainsi être rétractées sans mésialisation molaire, minimisant le port d'élastiques intermaxillaires et la vestibuloverision de l'incisive inférieure. Quatre mini-vis en titane ont été placées dans ce cas sous anesthésie locale entre les deuxièmes prémolaires et les premières molaires en vestibulaire et lingual. Le bloc incisivo-canin a été tracté en distal avec des chainettes élastiques à partir des mini-vis jusqu'aux canines.

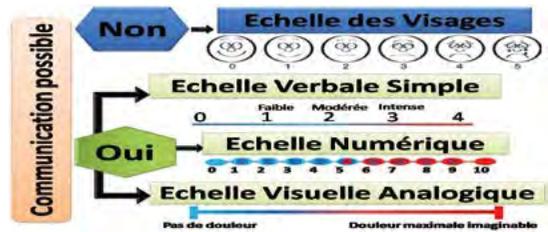
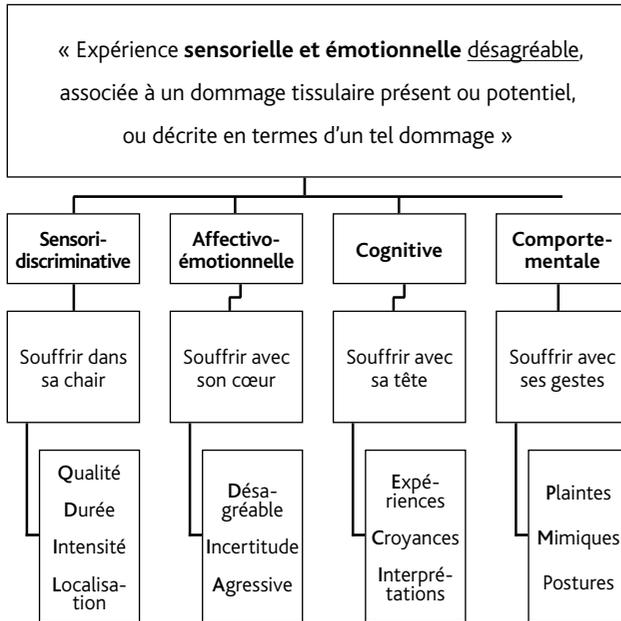




Sarah Cousty

Les conférences de Sarah Cousty

• La douleur inflammatoire aiguë: physiopathologie – évaluation – prise en charge



Douleur	Traitement	Modalités
Faible	Paracétamol	4 g / j
Modérée à intense	AINS per os	Durée maxi 72 h
	Tramadol	50 à 100 mg / 4 à 6 h
	Codéine + Paracétamol	Codéine : 60 mg / 6h Paracétamol : 1 g / 6h
	Tramadol + Paracétamol	Tramadol : 50 à 100 mg / 4 à 6h Paracétamol : 1 g / 6h
Persistante et résistante aux antalgiques précités	AINS + Paracétamol codéine ou tramadol Opioïde fort	Adapter durée (AINS ≤ 72 h) Rechercher une complication responsable de la persistance de la douleur

• Les douleurs neuropathiques: prescription anti-infectieuse

Sur le plan subjectif (deux composantes, isolées ou associées):

- Composante permanente: fond douloureux souvent décrit comme une brûlure, un étai, des tiraillements, picotements et fourmillements.
- Composante paroxystique: douleur fulgurante à type de décharges électriques, de coups de poignard se répétant spontanément et/ou lors d'un contact avec la zone douloureuse (zone gâchette) et/ou lors de certains mouvements.

Sur le plan objectif:
Altération de la sensibilité – hypoesthésie, anesthésie – hyperalgésie, allodynie (douleur provoquée par un stimulus non nociceptif) – si nerf mixte, déficit moteur possible – autres signes pouvant rendre compte de l'atteinte centrale ou périphérique.

Le diagnostic peut être facilité par l'échelle DN4.

• L'halitose: principales étiologies et prise en charge

- Identifier l'halitose vraie.
- Identifier/éliminer la cause buccale examen clinique/parodontal radiologique.
- Rechercher tabac/interroger sur habitudes alimentaires.
- Ne pas passer à côté d'une pathologie maligne!

• Prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte

Grossesse, répercussions buccales:

- Majoration de la flore buccale anaérobie;
- Lésions gingivales inflammatoires (gingivite gravidique, épulis...), fréquentes, douloureuses (hygiène bucco-dentaire difficile);
- Augmentation des risques carieux et parodontal (modifications alimentaires et diminution de l'hygiène);
- Hypersensibilité dentaire, conséquence non systématique des éléments ci-dessus: acidité endogène (vomissements, reflux gastro-œsophagien), accumulation de plaque dentaire...
- Hypersialorrhée;
- Granulome pyogénique / botryomycome.

Modifications hormonales: augmentation de la progestérone et des œstrogènes. Parodontites non traitées durant la grossesse/risques de prématurité.