

## Flash-back / Voyage-congrès



### Un TP réservé aux confrères mauriciens



Comme chaque année désormais, une séance de TP réservée aux confrères mauriciens était proposée. Une formation qui s'est taillé un franc succès grâce évidemment au concours de Claude Launois, qui animait cet atelier consacré, pour ces 16<sup>es</sup> Journées à Maurice, aux préparations endo-canales avec la réalisation de différents types de reconstitution.





Sarah  
Cousty



Jean-Yves  
Cochet



Claude  
Launois



## Le 16<sup>e</sup> congrès SOP à Maurice sous l'œil des médias

**S**ous l'égide de la SOP et de son partenaire mauricien, la Mauritius Dental Association (MDA), ce sont plus de 80 praticiens mauriciens qui sont venus se former dans le cadre des 16es Journées de chirurgie dentaire à l'Île Maurice, en avril dernier. Ce congrès de la SOP est véritablement devenu un rendez-vous incontournable dans l'île, à tel point que la presse écrite et télévisée couvre désormais largement cet événement. Une

couverture médiatique qui constitue d'ailleurs un vrai levier de promotion de l'odontologie mauricienne où le congrès de la SOP est présenté comme un acteur important contribuant à faire vivre une formation continue de qualité sur l'île. L'Ambassade de France ne s'y trompe pas non plus car, cette année comme les précédentes, elle a donné son imprimatur à ce rendez-vous scientifique et convivial. Quant aux confrères français et, plus largement, européens, qui

participaient à cette 16e édition du congrès de la SOP à Maurice, ils ont pour une large part contribué au succès de cet événement. Cette année, le programme scientifique, dense et riche, était orchestré par trois conférenciers de renom : Jean-Yves Cochet, Sarah Cousty et Claude Launois. Ce sont eux, avant tout, qui ont contribué au succès de cette édition. Qu'ils en soient ici remerciés.

**Marc Roché**



## Les conférences de Sarah Cousty

### Le bilan préopératoire locorégional en chirurgie orale : l'exemple de la dent de sagesse mandibulaire incluse

Le bilan préopératoire locorégional est primordial afin d'évaluer les risques de complications et les difficultés de l'intervention. Il permet au chirurgien de préparer son intervention. Il complète le bilan préopératoire médical et débute par un examen clinique soigneux exo- et endobuccal. Le bilan radiologique revêt une importance toute particulière. Dans le cadre de l'avulsion de la dent de sagesse mandibulaire, le cliché rétro-alvéolaire ne suffit pas et doit être complété notamment par un panoramique dentaire. C'est un examen de première intention qui permet d'évaluer la localisation de la dent à extraire, sa morphologie, ses principaux rapports anatomiques, en particulier avec le nerf alvéolaire inférieur. L'orthopantomogramme peut être complété par un examen tomodontométrique CT Scan ou CBCT.

#### CBCT ou CT Scan ?

##### CBCT

- Limitation du faisceau de rayons X
- Qualité de l'image (voxel isotropique)
  - Temps de scannérisation rapide
- Réduction de la dose de rayonnement X
- Réduction des artefacts de l'image

##### CBCT > CT Scan

##### Résolution spatiale

Capacité à distinguer la structure la plus petite/taille pixel

##### CBCT < CT Scan

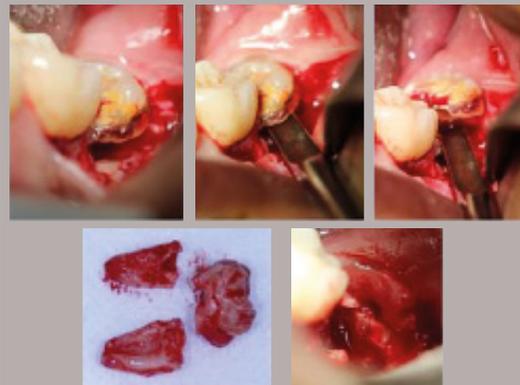
##### Résolution en densité

Capacité à distinguer des structures anatomiques de densités voisines/unités Hounsfield

### La chirurgie des dents de sagesse

Les techniques d'avulsion de dents de sagesse sont multiples et bien documentées. Leur position peut varier, en particulier selon qu'elles sont totalement incluses, enclavées ou sur l'arcade. De même, leur orientation et les rapports anatomiques qu'elles entretiennent avec les structures nobles environnantes, conditionnent le choix de la technique d'avulsion. La chirurgie des dents de sagesse est une chirurgie « à quatre mains », un matériel spécifique est nécessaire, notamment moteur et pièce à main chirurgicaux, aspiration chirurgicale efficace, éclairage adapté. La première étape est le tracé d'incision et la réalisation d'un lambeau mucopériosté associé éventuellement au dégagement osseux de la couronne de la dent de sagesse. Les différents temps chirurgicaux ont pour objet de ménager un point d'appui pour permettre la luxation ainsi que la suppression des contraintes. Des séparations coronoradiculaires et inter-radicaulaires peuvent être associées.

#### DDS MANDIBULAIRE TECHNIQUE



### Les cellulites cervico-faciales

Les cellulites cervico-faciales sont des infections du tissu cellulaire de la tête et du cou. Elles sont fréquemment d'origine dentaire. Ces affections peuvent être graves. Localisées au niveau des espaces aponévrotiques profonds, elles peuvent avoir une extension rapide et diffuser de la base du crâne au diaphragme. Le pronostic vital peut être engagé. La base de la prise en charge repose sur un diagnostic précoce, un traitement étiologique bien conduit et une prescription adaptée. Les signes d'aggravation sont à rechercher systématiquement. Il existe différentes formes topographiques des cellulites cervico-faciales. La position des apex de la dent causale par rapport aux insertions musculaires (buccinateur, orbiculaire des lèvres, mylohyoïdien, etc.) ainsi que leur proximité par rapport aux corticales vestibulaires ou linguales, conditionnent la localisation de la cellulite, sa voie de drainage privilégiée et son caractère dangereux. En fonction du stade évolutif, le traitement des cellulites nécessite un drainage associé à une antibiothérapie large spectre.

#### VERS LA CELLULITE DIFFUSE

##### SIGNES DE GRAVITÉ

- Extension d'un érythème la partie basse du cou/ creux susclaviculaires/fourchette sternale
- Progression d'une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale vers la région cervicale médiane
- Crépitation neigeuse au palper de la tuméfaction
- Tuméfaction du plancher buccal + œdème lingual
- Douleur oropharyngée très vive
- Gêne à la déglutition y compris salivaire avec trismus très serré
- Tuméfaction jugale qui ferme l'œil du patient



## Les conférences de Jean-Yves Cochet

### Préparation et obturation canalaire ou coiffage pulpaire : un grand tournant pour l'omniratique !

Ces dernières années, les concepts endodontiques ont terriblement évolué. Tournés vers la simplicité et une meilleure adaptabilité en omniratique, de nouveaux instruments ont rendu l'endodontie plus séduisante. Longtemps décrié et controversé, le laser prend progressivement sa place en endodontie, et tout particulièrement l'Er: YAG qui répond aux exigences d'irrigation du réseau canalaire en assurant sa stérilisation et répondant aux objectifs de l'endodontie moderne. Ceci bouleverse nos concepts, et répond aux critères d'économie tissulaire. L'obturation « mono-cône », critiquée à juste titre avec l'utilisation de ciments conventionnels, deviendrait la technique de référence, associée aux ciments biocéramiques. Et puisque la meilleure obturation reste la pulpe, pourquoi ne pas la coiffer !



### Lésions apicales et lésions endo-paro : utilisons les nouvelles technologies

La réussite des traitements des lésions d'origine endodontique est conditionnée par un protocole rigoureux de diagnostic et de traitement. Côté diagnostic, l'utilisation du CBCT dans la mise en évidence de lésions non visibles sur des clichés traditionnels nous donne des indications sur la taille et les rapports anatomiques des lésions, permet et oriente notre stratégie thérapeutique. Côté traitement, l'éradication de la flore bactérienne ne peut se faire que par l'association d'une préparation canalaire rigoureuse et d'une irrigation complémentaire qui constituent le prérequis à sa réussite. Par ailleurs, l'activation des solutions d'irrigation est primordiale, le laser ER: YAG l'optimise particulièrement dans le traitement des lésions endo-parodontales et le traitement des perforations.



### Urgence et thérapeutique en traumatologie : conserver et régénérer

La gestion de l'urgence conditionne l'avenir des dents traumatisées et des tissus de soutien. Il s'agit de conserver la pulpe, prévenir des résorptions radiculaires et diagnostiquer d'éventuelles fractures radiculaires et osseuses. Des gestes inadéquats auront des conséquences fâcheuses. La problématique des dents immatures est abordée et les nombreux choix thérapeutiques discutés. Le coiffage pulpaire avec un silicate tri-calcique, la biodentine, permettra la conservation de la vitalité pulpaire sans risque de dyschromie secondaire. Dans les cas de dents nécrotiques immatures, une régénération pulpaire devra être tentée. En cas de résorptions intraitables, la conservation du capital osseux est primordiale et permettra, si besoin, la mise en place future d'un implant dans de bonnes conditions.





## Les conférences de Claude Launois

### L'amélioration du sourire : le step by step par facettes

La notion de « beau sourire » et ses composantes doivent être expliquées au patient. Les pôles attractifs du visage, la forme des lèvres, la longueur dentaire exposée, la prééminence des incisives centrales, la ligne du sourire, l'importance des corridors de Frush et Fischer, l'agencement des diamètres dentaires, etc. Pour éviter toute anxiété du patient, la première étape du traitement consiste à visualiser le futur sourire par la réalisation de « masques » de composite qui peuvent être fixés sur les dents non préparées ou non collées que le patient positionne lui-même quand il le souhaite. Une fois le nouveau sourire validé, les étapes de la réalisation sont classiques, préparation ou sans préparation dentaire, l'empreinte, les provisoires, le choix de la céramique, l'essai et l'assemblage par collage ainsi que les contrôles occlusaux indispensables.



### Le traitement de la carie par inlay

La demande esthétique des patients ne se borne pas au sourire et refuse les traitements « non blancs ». Le traitement de la carie par inlay de composite ou de céramique collés se caractérise par une intégration biologique et esthétique indéniable ainsi que d'une pérennité maintes fois vantée dans les publications. La réussite du traitement est le résultat d'une maîtrise des différentes étapes du traitement. L'évaluation des contraintes mécaniques, occlusales et les malpositions dentaires sont capitales dans la mise en forme des préparations. La mise en place d'un substitut dentinaire, verre ionomère ou composite fluide, assure une protection dentinaire efficace. L'assemblage obligatoire par collage peut se faire à l'aide de colles « tout en un », de colles associées à un adhésif SAM ou M & R.



### La reconstitution d'une dent dépulpée délabrée : le step

Les reconstitutions corono-radiculaires (RCR) représentent encore l'infrastructure de nombreuses restaurations dentaires unitaires ou plurales. Elles constituent une réhabilitation complexe intéressant les portions coronaires et radiculaires de la dent. De nombreuses idées reçues perdurent et doivent être combattues. Retenons que la restauration d'une dent dépulpée ne nécessite pas obligatoirement la pose d'un tenon radiculaire, la perte d'eau ne représente que 2 % par rapport à la dent pulpée, etc. La longueur, la forme, le matériau du tenon, le nombre de clavettes sont les principales causes d'échecs. Donnons préférence aux RMIPP (Restauration par matériau inséré en phase plastique), à condition que la hauteur dentinaire résiduelle, par rapport au niveau de la limite cervicale, soit au moins de 1,5 mm.

