

Flash-back / Voyage-congrès





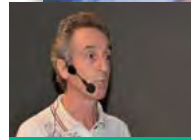
Jean-François Carlier



Corinne Taddéi-Gross



Virginie Monnet-Corti



Jérôme Corti



Retour sur le 17^e voyage-congrès de la SOP à l'Île Maurice

Trois têtes d'affiche, une formation aux gestes d'urgence mémorable, une virée en catamaran qui tourne au *dance floor*: le 17^e voyage-congrès à Maurice aura été un très bon millésime. À commencer par le plateau des conférenciers, qui réunissait la fine fleur de l'odontologie française: Corinne Taddéi-Gross, présidente de la Conférence des doyens, Virginie Monnet-Corti, ex-présidente de la Société française de parodontologie et d'implantologie orale (SFPIO) et, enfin, Jean-François Carlier, ex-président du Collège national d'occlusodontie (CNO). À leur côté, Jérôme Corti, médecin urgentiste, ne fut pas en reste. Sa formation aux gestes d'ur-

gence a déclenché l'inscription express du personnel de sécurité de l'hôtel. À noter: l'un des figurants qui jouait une personne à réanimer ne fut autre que Meyer Fitoussi, ex-président de la SOP et cheville ouvrière de l'organisation de ce congrès. Il n'avait pourtant nullement besoin d'être réveillé. Les conférences scientifiques furent de très haute tenue. Elles ont enthousiasmé les 40 praticiens européens ainsi que les 80 praticiens mauriciens, y compris lors du TP qui était réservé à ces derniers, conduit par Virginie Monnet-Corti. Côté loisirs, signalons une sortie en catamaran qui a tourné à la fête spontanée lorsque le bâtiment de la SOP a jeté l'ancre près d'un trimaran à

bord duquel une assemblée nippo-mauricienne faisait la fête en musique. Les congressistes de la SOP, d'une grande générosité, n'ont pas voulu les laisser seuls dans cette galère.

Marc Roché

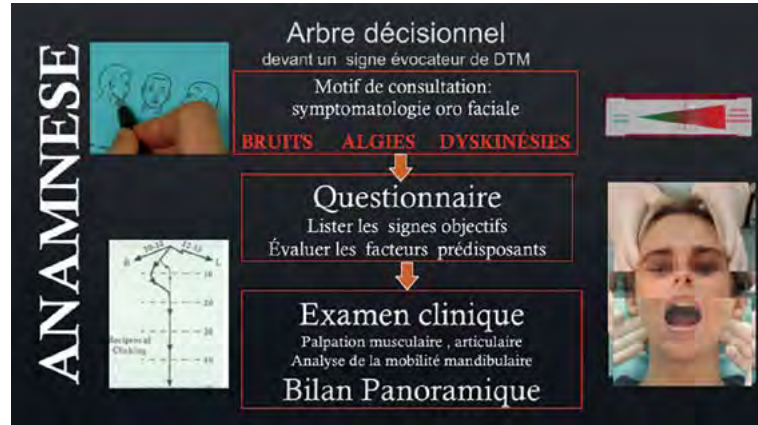




Aperçu des conférences de Jean-François Carlier

Diagnostic clinique des dysfonctions temporo-mandibulaires (DTM)

Lors de la consultation d'un patient DTM, le praticien s'entretient avec son patient afin de lui faire formuler sa demande (douleur ou handicap). Il procède à une anamnèse systématisée par un questionnaire (EACD), avant de procéder à un examen clinique, au fauteuil, exo-buccal dans un premier temps, révélant les habitudes posturales et asymétries. Puis dans un second temps, le praticien procède à un examen endo-buccal afin de détecter les facteurs favorisant ou déclenchant des DTM, (architecture d'arcade, articulé croisé, malocclusions et restaurations iatrogènes). Les palpations musculaires et articulaires détectent les anomalies de la cinématique mandibulaire et contribuent à définir l'authenticité de la position mandibulaire et l'innocuité de l'OIM. La collecte des éléments diagnostiques permet de classer les pathologies et de définir la stratégie thérapeutique.



Que peut-on attendre d'une orthèse occlusale ?

L'orthèse occlusale est un moyen réversible, de confirmer un diagnostic, de rétablir une position mandibulaire asymptomatique, ou de repositionner durablement la mandibule. Son effet placebo fait partie d'une thérapie cognitivo-comportementale. L'orthèse ne peut être prescrite qu'après un diagnostic, déterminant l'objectif thérapeutique. La butée antérieure extemporanée viendra lever un myospasme en quelques heures, avant de laisser la place à une orthèse de relaxation, lisse, en port nocturne, pour obtenir le relâchement des muscles masticateurs. Par son design favorisant la fonction antérieure et l'abolition du relief occlusal, elle annule les effets nocifs d'une OIM pathogène. L'orthèse de repositionnement sera plus adaptée à une symptomatologie articulaire pour réduire l'inflammation liée aux contraintes.

Traitements d'urgence d'une limitation d'ouverture

Dès l'apparition d'une limitation brutale de l'ouverture buccale, diverses causes doivent être écartées (névralgie, odontalgie, otite, parotidite, ou trismus) avant d'entreprendre une thérapie orthopédique. Lors d'une limitation d'origine musculaire, tous les mouvements de diduction sont normaux car ils ne nécessitent pas un étirement musculaire. Un traitement anti-inflammatoire sera suffisant.

Le blocage articulaire, d'apparition récente, caractérisé par le diagramme de Farrar, peut être levé par une manipulation suscitant le retour du disque basculé dans l'espace articulaire. Une butée postérieure extemporanée, portée quelques jours, suivie d'une gouttière de décompression, en port permanent pendant quelques semaines permettent généralement le rétablissement d'une fonction masticatrice normale.



Aperçu des conférences de Corinne Taddéi-Gross

Les empreintes en prothèse complète: de la prothèse conventionnelle à la prothèse implanto-portée

La qualité des empreintes primaires et secondaires conditionne l'équilibre prothétique. Si leur double objectif - obtention de moulages des surfaces d'appui sans déformation et enregistrement de la mobilité des zones de réflexion muqueuse - est depuis longtemps démontré, aujourd'hui, les techniques et les matériaux ont évolué, offrant au praticien une approche facilitée et plus précise. La thérapeutique de l'édenté total n'a cessé d'évoluer ces vingt dernières années, depuis le succès des thérapeutiques implantaire. Le protocole clinique est simple, devant répondre à la fois aux exigences d'une prothèse conventionnelle, mais aussi à des spécificités liées aux implants et leurs systèmes d'attache.



La prothèse partielle amovible mixte à ancrage de précision a-t-elle toujours des indications? Apport de l'implantologie.

La prothèse partielle amovible est indiquée lorsque les conditions locales et/ou générales, voire personnelles, n'autorisent ni prothèses fixées conventionnelles, ni mise en place d'implants. Hormis la question socio-économique, très souvent, le recours à des prothèses amovibles est incontournable, associé ou non à des restaurations fixées. Dans un grand nombre de situations les implants ont permis d'abolir le recours à des thérapeutiques amovibles, amplifiant les indications de la prothèse fixée implantaire. Malgré le recul de son domaine d'indication, la prothèse partielle amovible continue de faire partie de l'arsenal thérapeutique mais garde ses inconvénients sur les plans fonctionnels, prophylactique ou cosmétique.



Esthétique en prothèse amovible partielle: apport de l'implantologie

La prothèse partielle amovible conserve des indications mais aussi un certain nombre de défauts liés entre autres à son caractère amovible et à son intégration esthétique. 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. S'il n'est possible de supprimer ni le caractère amovible, ni le caractère dual du support, il est possible de travailler l'intégration de l'appareillage dans l'harmonie esthétique du visage selon trois axes: la discrétion des moyens d'ancrage, l'intégration des éléments postiches, la position des dents naturelles sur l'arc résiduel.



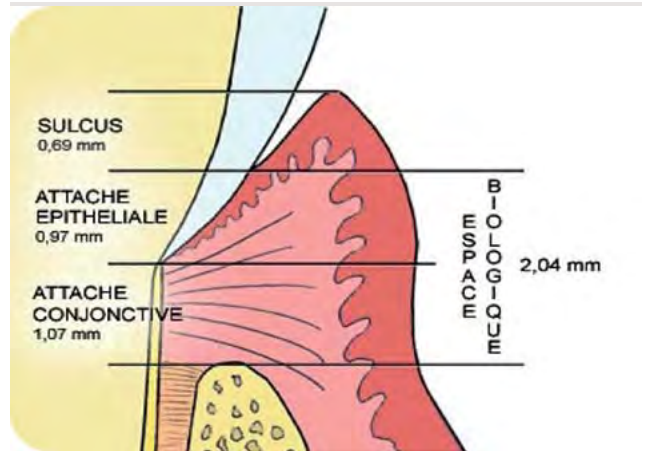


Aperçu des conférences de Virginia Monnet-Corti

L'élongation coronaire chirurgicale

L'espace biologique parodontal correspond au système d'attache épithélio-conjonctif, il mesure environ 2 mm. Lorsqu'une perte de substance atteint cet espace, la réaction tissulaire pourra être à l'origine d'une résorption osseuse associée à une poche parodontale ou d'une récession incontrôlable. L'élongation coronaire chirurgicale est indiquée pour recréer l'espace biologique lésé. Le niveau osseux sur la radiographie et par le sondage trans gingival, la hauteur de tissu kératinisé ainsi que le rapport couronne / racine sont évalués pour choisir la technique opératoire. Ce sera soit une gingivectomie à biseau interne et un lambeau replacé, soit un lambeau positionné apicalement avec ostéoectomie.

- Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. J periodontol 1961; 32: 261- 267.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Chirurgie Plastique Parodontale. 3^e édition. 2017. Éditions CdP. Collection jpio.



Esthétique du parodonte

La demande de la part des patients en matière d'esthétique n'a cessé de croître durant ces dernières années, et le domaine de la dentisterie n'échappe pas à cette préoccupation générale. La réhabilitation d'un sourire est souvent un défi esthétique qui impose de recréer une composante gingivale et dentaire mêlant naturel, harmonie, vie et fonctions. L'analyse du sourire nous permet, de savoir quels éléments changer. L'écran gingival est constitué, en profondeur, par les différents tissus épithélial et conjonctif, le desmodonte, le ciment et l'os alvéolaire et, en surface, par la gencive et son architecture festonnée, sa couleur, son épaisseur et sa texture.



Le recouvrement des récessions gingivales

L'évolution des techniques de chirurgie plastique parodontale permet d'éviter la présence de cicatrices, de variations de couleur, de contour et d'épaisseurs dans les zones opérées. Le traitement chirurgical esthétique présente un excellent pronostic de recouvrement des récessions de classe I, II voire III de Miller (1985). La meilleure technique de recouvrement réside dans la réalisation de lambeaux déplacés coronairement sans incisions verticales de décharge et associés, si le lambeau est fin, à une greffe de tissu conjonctif enfoui. Du tunnel réunissant plusieurs enveloppes aux diverses variantes de rotation papillaire: de nombreux cas cliniques et vidéos ont permis d'étayer le propos.



Après greffes de conjonctif enfouis sous un tunnel.



Aperçu de la conférence de Jérôme Corti

Les conduites à tenir face à des urgences médicales au cabinet dentaire

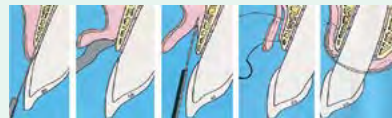
La formation aux gestes d'urgence est facultative pour le chirurgien-dentiste, mais l'obligation de soins et de formation continue qui lui est faite la rend obligatoire dans la pratique. Bien réagir nécessite de connaître l'état général de son patient, ses pathologies et ses traitements. Si le malaise vagal est le plus répandu, il est important d'identifier une cause plus grave nécessitant un transfert hospitalier. L'urgence vitale reste dominée par l'arrêt cardio-respiratoire, rare mais de mauvais pronostic. Il est essentiel de connaître l'algorithme de la réanimation cardiopulmonaire, ainsi que des gestes de base comme la libération des voies aériennes ou la position latérale de sécurité.



2 TP réservés aux confrères mauriciens

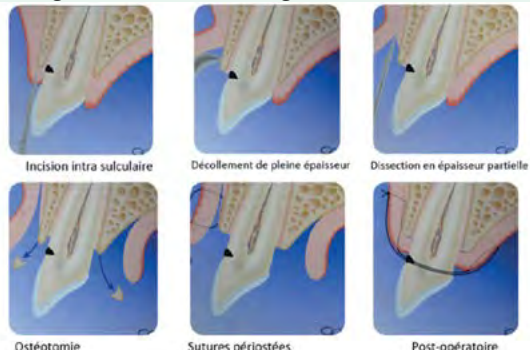
TP 1 - L'élongation coronaire chirurgicale

En vestibulaire, une incision intra-sulculaire et deux décharges et en palatin, une gingivectomie à bi-seau interne à distance de 2 mm du rebord gingival sont pratiquées à la lame 15/15C. Les lambeaux de pleine épaisseur sont décollés (décolleur de Molt) permettant l'accès à la zone fracturée. En vestibulaire s'ensuit une dissection en épaisseur partielle au-delà de la ligne muco-gingivale. L'ostéoplastie recrée, à la fraise boule diamantée, une configuration festonnée. L'ostéotomie, par des ciseaux à os (Ochsenbein/Rhodes) délimite le nouvel espace biologique. Les sutures périostées permettent le positionnement apical du lambeau vestibulaire et la fermeture par point simple du lambeau palatin. Les sutures en « o » des décharges terminent l'intervention.



Lambeau positionné apicalement.

Élongation coronaire chirurgicale



TP 2 - Urgences médicales & conduites à tenir

Au cours du second TP, Jérôme Corti a détaillé les conduites à tenir en cas d'urgences médicales qui surviennent au cabinet dentaire cf. aperçu ci-dessus.