



François
Le Bigot



Antoine
Popelut



Éric
Serfaty



Jean-Charles
Kohaut



Florence
Roussarie



Stéphane
Cazier

Retour sur la journée « Migrations et déplacements dentaires »

« *J'ai une dent qui a bougé!* » C'est parce que ce motif de consultation est devenu relativement fréquent. Et que, bien souvent, le patient pense que son praticien va pouvoir apporter une réponse simple à ce qui s'appelle un déplacement dentaire que la SOP a organisé cette journée plu-

ridisciplinaire. Tout membre de la SOP qui n'aurait pas pu se déplacer à Paris ce jour-là pourra retrouver dans les Replay des six conférences données par six conférenciers aux compétences complémentaires venus répondre à des questions qui ne sont pas si simples. Distinguer ce qui est

physiologique de ce qui est pathologique; déterminer les causes parfois intriquées de ces migrations, causes parodontales et/ou occlusales voire iatrogènes; décider des alternatives thérapeutiques qui s'offrent en fonction du cas clinique.

Marc Roché



Aperçu de la conférence de François Le Bigot



Migrations physiologiques

Les dents bougent de façon physiologique tout au long de la vie. Ici, un implant a été placé pour remplacer la 31 voilà une quinzaine d'années. Nous pouvons observer que toutes les dents se sont déplacées sauf l'implant.



Migrations pathologiques

Sur un support osseux affaibli, des forces normales vont entraîner un déplacement de la dent. Il s'agit ici d'un traumatisme occlusal secondaire.



Aperçu de la conférence d'Antoine Popelut

Migration secondaire liée à la maladie parodontale



Sondage



La prévalence de la migration secondaire chez les patients atteints de maladie parodontale est de 15 à 35 %. Lors de malposition dentaire associée à une parodontite, deux motifs de consultation seront à prendre en compte.

Cliché gauche: les malpositions coexistant avec la maladie parodontale, avec une demande initiale orthodontique.

Cliché droit: la maladie parodontale entraînant des migrations secondaires, avec une demande initiale parodontale.

Le diagnostic se fera grâce à l'analyse clinique (sondage parodontal) et radiographique. Le traitement débute par une prise en charge parodontale non chirurgicale en première intention. L'orthodontie peut être menée sans risque sur le parodonte réduit, à condition de maintenir la santé parodontale grâce à une maintenance régulière.



Michèle Geoffre Brebion, omnipraticienne à Châtillon (93)

« J'ai été captivée par la thématique de cette Journée, en particulier par la découverte du syndrome du fil dentaire. Les conférences étaient claires, accessibles et dynamiques. J'ai, par ailleurs, appris que nous pouvons proposer des traitements orthodontiques à des patients avec un parodonte en mauvais état. Désormais j'explique avec plus d'aisance les déplacements dentaires physiologiques à mes patients. Le volet sur l'occlusodontie était intéressant parce qu'attractif, surtout, abordable pour les omnipraticiens. La conférence sur les contentions était technique et complète avec une application rapide au cabinet dentaire, sans être obligé de passer par un CES d'orthodontie. »



Aperçu de la conférence d'Éric Serfaty

photo ci-dessous

Patiente âgée de 25 ans qui consulte pour son diastème antérieur important. Elle présente également des agénésies de 12 et 22 et un encombrement mandibulaire qui augmente progressivement.



photo ci-dessus

Patiente âgée de 50 ans qui présente un décalage important entre les dents du haut et du bas (Classe II, division 1 sévère) avec des dents antérieures de plus en plus « projetées » vers l'avant et une forte supraclusion antérieure avec le bord libre des incisives mandibulaires qui vient « entailler » directement la muqueuse palatine en arrière des incisives maxillaires. Une préparation initiale parodontale complète a été réalisée. La patiente s'inquiète de l'ouverture récente progressive d'espaces entre ses dents antérieures et aimerait aussi remplacer la 24, perdue récemment.



Aperçu de la conférence de Jean-Charles Kohaut



Dans le cas d'un défaut ponctuel, en particulier au niveau molaire, la dent postérieure se verse mésialement et ce défaut de calage est nocif pour les ATM (serrement possible et surcharge ATM). La situation où les 36 et 37 sont absentes (37 effacée photo du bas) est moins nocive; en l'absence de contact molaire, l'activité des élévateurs est moindre. En cas de reconstruction prothétique postérieure, il faut donc retrouver la verticalité initiale.



Le recouvrement antérieur est établi comme un phénomène récent (Europe XVIIe siècle) (Lautrou-Servières 1976, Levignac et al 1983). Le fait de ne plus utiliser le bout à bout favorise rétromandibulie et recouvrement antérieur (occlusion pratique C.N.O). Une pseudo-fonction incisive ou une parafonction incisive semble nécessaire pour maintenir la stabilité verticale des rapports antérieurs (Gaspard 1984, Valentin 1985).

Jacques Lacroix, omnipraticien à Fourchambault (58)

“ J'ai apprécié la corrélation entre l'orthodontie et la parodontologie. J'ai compris pourquoi nous pouvons recevoir des patients avec des greffes parodontales après des traitements orthodontiques. Et j'aime bien comprendre l'origine de la cause avant de la traiter... L'angle avec lequel a été construite cette Journée m'a plu: c'est une approche pluridisciplinaire avec un lien direct entre chaque interventions. J'ai découvert le syndrome du fil, intéressant! Le vrai plus de la SOP: les intervenants ne sont pas que des universitaires, ce sont des praticiens qui traitent des patients au quotidien. Ils intègrent donc la dimension « économique » d'un cabinet d'omnipratique dans leur conférence, c'est fondamental. Cela fait 15 ans que je me forme à la SOP, et une fois encore, je n'ai pas été déçu! ”



Aperçu de la conférence de Florence Roussarie

Le syndrome du fil : ensemble de situations où une ou plusieurs dents – reliées entre elles par un fil collé – présente(nt) un mouvement de version aberrant.



C'est un effet indésirable rare des fils de contention. Repéré, il doit être retiré, et les dents se recentrent dans la corticale. Si l'effet est marqué, une intervention parodontale et un retraitement orthodontique sont nécessaires.



Signe pathognomonique d'une forme du syndrome du fil, une canine perd le contact avec l'antagoniste tandis que l'autre est en contact forcé voire dépassé (inversé d'articulé). Parfois, une ou plusieurs incisives peuvent tourner autour du fil.



Aperçu de la conférence de Stéphane Cazier



Les techniques directes ont l'avantage de s'adapter à la situation clinique de manière extemporanée. L'incisive centrale supérieure droite, condamnée en raison de sa fracture radiculaire, a pu être traitée, conditionnée, puis replacée sur l'arcade maxillaire incisivo-canine par collage à l'aide de fibre de verre et de composite, dans la séance.



Les techniques indirectes coulées collées sont réservées aux situations délicates où les contraintes de récidives sont majorées: parodonte réduit, composante musculaire, occlusion, faible espace prothétique. Seul le métal permet de pallier tous ces paramètres; plus lourd de réalisation, elles offrent le meilleur résultat et pronostic.



Pierre Clément, omnipraticien à Chamalières (63)

« J'estime que si l'on veut poser le meilleur diagnostic possible, il faut savoir s'informer dans tous les domaines. Le problème des contentions était nouveau pour moi, donc intéressant. Les intervenants étaient d'un niveau vraiment excellent, notamment Éric Serfaty avec une conférence remarquable. Il a l'art de transmettre son savoir! Participer aux journées de la SOP permet toujours, quel que soit le domaine, d'apprendre de nouvelles choses et des tours de main. »