

Orchestrons les traitements pluri disciplinaires



Joël ITIC et Eric SERFATY

Un concerto pour 8 mains et 4 cerveaux !!

Certains patients nécessitent des traitements pluridisciplinaires où la parodontie est parfois associée avec l'orthodontie, la prothèse et/ou la reprise de traitement endodontique. L'omnipraticien est alors confronté au double problème du choix d'un ou plusieurs correspondants spécialisés et de la responsabilité de la coordination. Ces deux problèmes le font souvent hésiter à endosser cette charge. C'est fort dommage car on réfléchit toujours mieux avec plusieurs cerveaux, comme évoqué en préambule !!

Loin de compliquer le plan de traitement, l'avis des différents spécialistes permet

bien au contraire de simplifier et surtout de pérenniser la solution prothétique envisagée. Il est néanmoins évident que l'importance, la durée et le coût peuvent rebuter certains patients. Mais, d'une part, nous avons toujours le devoir d'information du patient, et passer sous silence ces informations peut nous être reproché. D'autre part, il est souvent impossible d'évaluer, lors des premières consultations, le degré de motivation des patients. Tel « fonceur – enthousiaste » va très vite s'essouffler, et tel autre « hésitant- perplexe » ira finalement au bout du traitement.

Le but de ce numéro spécial est avant tout de vous aider dans ce rôle de coordinateur

et d'essayer de vous donner les clés de la chronologie de ce type de traitement. Une des conditions essentielles va être pour l'omnipraticien, après avoir fait un diagnostic global du cas clinique, d'évaluer son niveau de compétence pour prendre en charge telle ou telle spécialité évoquée ci-dessus. Certains se refusant à l'idée d'être une simple « gare de triage » renonce purement et simplement à proposer un plan de traitement à ce type de patient. C'est particulièrement regrettable et c'est ainsi par exemple que nous avons récupéré, avec nos amis (Claude Finelle, Linda Jaoui, Eric Serfaty, Philippe Rajzbaum) de la « consultation du sourire » à l'hôpital Saint Louis dirigée par le professeur Maurice Mimoun, des patients qui avaient erré de cabinet en cabinet sans trouver de solution.

Nous tenons à remercier au nom de l'ensemble de la rédaction les grands talents de la dentisterie qui ont accepté de nous faire part de leur grande expérience pour ces traitements pluridisciplinaires : Daniel Etienne, Philippe Rajzbaum, Hadi Antoun, Sylvie Pereira et Linda Jaoui.

Quoi de plus exaltant que ce challenge pour un praticien que de mener à bien un traitement complexe ! C'est ici aussi la preuve que le talent du chef d'orchestre est aussi important et indissociable de celui de ses interprètes.

Joël Itic et Eric Serfaty

Linda JAOUI. Benoit BROCHERY



Aborder les traitements multidisciplinaires

Linda JAOUI. Benoit BROCHERY
Paris

Un traitement multidisciplinaire (parodontal, orthodontique et prothétique) reste un challenge dans la gestion des différentes séquences de traitement. Il nécessite une coopération étroite entre les différents intervenants : praticiens/patient ; praticien/praticien et s'appuie sur une adhésion forte du patient à son traitement.

C'est le cas de cette patiente âgée de 56 ans, non-fumeur qui consulte en 2008 pour corriger l'aspect inesthétique des incisives maxillaires, dont les migrations sont apparues au fil du temps (Fig. 1).

L'examen parodontal souligne une inflammation généralisée sévère avec de nombreux dépôts de plaque et de tartre (Fig. 1a, b, c). Le sondage parodontal révèle la présence de poches parodontales généralisées allant de 5 mm à 9 mm, les plus profondes se situant sur les molaires maxillaires ainsi qu'une supuration sur les sites en 12, 24 et 25. De plus, les dents 12, 24, 25, 34, 35 présentent une mobilité 1+.

L'examen radiologique révèle une alvéolyse horizontale généralisée qui atteint environ 50 % de la hauteur radulaire au niveau des molaires maxillaires et du secteur antérieur mandibulaire (Fig. 2 a, b, c). Elle est associée à une alvéolyse angulaire au niveau de 16 et 25. Du point de vue dentaire, très peu de dents présentent des restaurations coronaires et des antécédents carieux. L'incisive latérale maxillaire droite présente une restauration



Motif de la consultation : aspect inesthétique des incisives maxillaires. Inflammation gingivale sévère.



Alvéolyse généralisée atteignant 50 % au niveau du secteur antérieur inférieur et supérieur gauche, associée à des alvéolyses angulaires 16, 25.

prothétique, non adaptée et non étanche, en témoigne la présence d'une lésion apicale d'origine endodontique.

L'ensemble de ces éléments oriente le diagnostic vers une parodontite agressive généralisée sévère. Cette forme de maladie parodontale se caractérise par une perte d'attache et une alvéolyse rapide^[1], issue de l'association d'une flore parodonto-patho-

gène très virulente et d'une forte susceptibilité génétique de l'hôte à l'infection. Les migrations dentaires sont souvent le premier signe visible par le patient dans cette forme de parodontite, reflet d'une perte d'attache d'au moins 50 % et d'une modification du niveau osseux (alvéolyse supérieure à la moitié de la hauteur radulaire)^[3].

Le plan de traitement multidisciplinaire a

pour objectifs de stopper l'évolution de la maladie parodontale, de rétablir une denture stable, en équilibre fonctionnel. L'ensemble de la prise en charge s'articule autour du traitement parodontal et comprends 2 grandes phases. La phase initiale s'intéresse à traiter la cause du problème, à savoir l'infection parodontale et ses conséquences sur le parodonte. La phase secondaire s'intéresse à



traiter les conséquences du problème : corriger les migrations dentaires et stabiliser la position des dents.

Thérapeutique parodontale : 12 mois

Initiale

Le traitement parodontal initial vise à améliorer le contrôle et la désorganisation du biofilm bactérien quotidiennement par le patient en adaptant sa technique de brossage et son matériel d'hygiène. C'est le prérequis indispensable à la réussite du traitement. Le patient se soigne et nous rétablit les conditions supra gingivales pour améliorer son état de santé parodontal.

Il vise aussi à réduire la charge bactérienne sous gingivale et à diminuer l'inflammation par des séances de détartrages-surfaçages radiculaires avec irrigations sous-gingivales à l'aide d'antiseptiques (4 séances d'une heure espacée d'une semaine).

À l'issue de ces 4 séances, une période de 2 mois minimum est nécessaire pour évaluer les effets de la désinfection du parodonte.

Réévaluation

La réévaluation met en évidence une amélioration du contrôle de plaque, une diminution des saignements au sondage et une diminution globale de la profondeur de poche. Cependant, il persiste, dans les secteurs postérieurs, des poches parodontales supérieures ou égales à 5 mm avec un saignement au sondage. La persistance de ces poches profondes augmente le risque de progression de la maladie^[6]. Il est donc nécessaire de les supprimer pour retrouver une anatomie parodontale favorable à la maintenance.

Chirurgicale

Des chirurgies parodontales avec élimination du tissu de granulation sont effectuées au niveau des 3 secteurs prémolaires – molaires (dents 14 à 17, 44 à 47, 34 à 37). Au niveau du secteur supérieur gauche, les lésions osseuses en forme de cuvette en distal de 24, 25, 26 sont comblées avec du corail pour éviter la progression apicale de l'épithélium de jonction long et la reformation d'une poche parodontale (Fig. 3 a, b, Fig. 4 a, b).



Chirurgie parodontale : élimination du tissu de granulation, débridement des lésions et comblement osseux avec du corail.

Il est indispensable de débiter le traitement orthodontique sur un terrain parodontal indemne de dépôts bactériens, d'inflammation et de poches parodontales résiduelles. La



Le comblement osseux facilite la régénération parodontale.

présence de ces poches en cours d'orthodontie favorise la réinfection et la récurrence de la maladie parodontale pouvant aboutir à un échec du traitement d'orthodontie.

Réévaluation pour la conservation ou extraction de la 12

Cette dent a un pronostic réservé. Elle est conservée pendant le traitement orthodontique et réévaluée en fin de traitement : soit pour sa conservation, soit pour son extraction, et remplacement par un implant, ou une attelle de contention (Fig. 5).



Suppuration, égression de la 12.

Réévaluation orthodontique

Le traitement orthodontique constitue l'essentiel de la deuxième phase de traitement pour rétablir à la fois l'esthétique et l'occlusion avec :

- le réalignement et l'ingression des incisives supérieures ;
- le réalignement des incisives inférieures nécessitant l'extraction de la 41 en vestibulo-position et dont le support parodontal est le plus réduit (Fig. 6).



Extraction de la 41, avec un support parodontal réduit, avant l'orthodontie.

Traitement orthodontique : 15 mois.

L'orthodontie se devra de respecter tous les principes biomécaniques du mouvement dentaire provoqué sur parodonte réduit (Dr Caroline Nahoum)^[7].

Le traitement commence à l'arcade supérieure par une technique linguale appliquant des forces légères (Fig. 7). Durant tout le



Le traitement orthodontique en technique linguale a été préféré pour l'alignement et l'ingression des incisives maxillaires

traitement orthodontique, une maintenance parodontale est effectuée toutes les 6 à 8 semaines, afin de s'assurer de la stabilité du parodonte. Elle permet également d'adapter la technique d'hygiène du patient selon les modifications en rapport avec les déplacements dentaires. Au cours de cette séance, la désinfection parodontale consiste en une désorganisation mécanique du biofilm bactérien. Le détartrage est effectué avec des ultrasons ; le surfaçage avec des curettes de Gracey et l'irrigation avec des antiseptiques. Si l'on observe une phase active d'inflammation, le traitement orthodontique doit être provisoirement suspendu jusqu'à la résolution complète des signes inflammatoires.

5 mois après la pose des attaches linguales maxillaires, le traitement orthodontique inférieur utilise une technique vestibulaire avec un système multi-attaches sur brackets collés, moins contraignante pour l'hygiène et le parodonte en contenant la rétention de plaque à distance du parodonte (Fig. 8).



Le traitement orthodontique en technique vestibulaire permet l'alignement des incisives mandibulaires

Contention post - orthodontique

À la suite du traitement orthodontique sur un parodonte réduit, il est impératif de prévoir une contention. En effet, il est nécessaire de maintenir les dents déplacées pour éviter l'apparition de nouvelles migrations et empêcher des récurrences ; la contention post-orthodontique devient le complément indispensable à la réussite du traitement global.

Contention inférieure

Une contention par fil métallique collé avec des résines composites a été réalisée au niveau des dents inférieures. L'arc vestibulaire est conservé durant la réalisation de la contention et l'accès aux faces linguales se fait sans la dépose des brackets. Le système orthodontique est retiré, 5/8 semaines après la pose de la contention (Fig. 9). L'objectif de la contention prothétique est le maintien de la situation orthodontique finale sans interférence néfaste avec le parodonte.

Contention supérieure

Au vu du bilan radiographique effectué à la fin du traitement orthodontique, la lésion apicale et la mobilité de la 12 amènent à la décision d'extraction suivie d'une attelle métallique coulée-collée (Dr Philippe Rajzbaum). Des reconstitutions au composite sont faites sur les dents 11, 22 (Fig. 10).



La contention linguale par composite et fil métallique stabilise le traitement



Attelle métallique coulée/collée, avec un élément intermédiaire provisoire en résine 12. Notez l'effondrement gingival vestibulaire

Dans un traitement d'orthodontie linguale, des gouttières de contention thermoformées constituent une étape obligatoire pendant le temps de la préparation de l'attelle.

Dans le cadre d'un parodonte réduit à la suite d'une maladie parodontale agressive, les attelles coulées-collées apparaissent plus adaptées à l'arcade maxillaire^[8]. Une étude clinique et radiologique sur une période de deux à quinze ans évalue 55 contentions sur 51 patients dans le secteur antérieur incisivo-canin de l'arcade. Cette étude montre la valeur et la fiabilité des contentions coulées-collées pour stabiliser les conditions cliniques après traitement parodontal et orthodontique^[9, 10].

L'attelle métallique est conçue avec un élément intermédiaire provisoire, en résine pour permettre l'aménagement tissulaire de la crête édentée au niveau du pontique en 12. Un greffon conjonctif enfoui est réalisé pour épaissir la crête édentée (Dr Jacques Malet) (Fig. 11, a, b). Cet épaississement évite la rétention alimentaire, facilite le brossage, et améliore l'esthétique (Fig. 12, a, b). Après cicatrisation parodontale, l'élément intermédiaire 12 est remplacé par une facette en céramique collée sur l'attelle (Fig. 13).

La durée totale du traitement est de 30 mois.



Chirurgie parodontale d'enfouissement d'un greffon conjonctif. L'élément intermédiaire 12 est retiré et va favoriser l'incision sulculaire 5 (a). Prélèvement d'un greffon conjonctif palatin. Enfouissement du greffon (b) et sutures résorbables



Vue clinique pré opératoire.



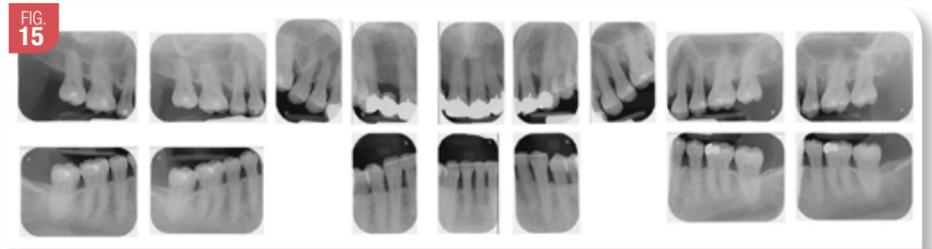
Vue clinique 5 ans post traitement. Stabilité de l'état parodontal grâce à la maintenance (détartrage-surfçage tous les 3 mois).



Vue clinique post opératoire : épaissement tissulaire.



Contention définitive par une attelle coulée/collée qui s'étend de 13 à 23.



Bilan radiographique à 7 ans post opératoire mettant en évidence une stabilité du support osseux.

Bilan de fin de traitement

A l'issue du traitement global, la maladie parodontale est stabilisée, les indices cliniques parodontaux témoignent d'un état de santé en fin de traitement (Fig. 14 a, b, c) et on note une amélioration radiologique des lésions parodontales (Fig. 15). Une thérapeutique parodontale de soutien (TPS) est mise en place tous les 3 mois pour s'assurer de la stabilité du support parodontal et de la pérennité du traitement orthodontique sur les **7 premières années du suivi**.

Plusieurs études cliniques montrent que les maladies parodontales peuvent être traitées avec succès, à condition qu'un suivi soit instauré dès la fin du traitement actif [2, 4]. A l'inverse, l'absence de maintenance est synonyme de récurrence impliquant une perte d'attache, une perte osseuse et une augmentation de la perte dentaire.

Les objectifs de la thérapeutique parodontale de soutien [4] sont :

- d'aider le patient à contrôler l'infection en lui donnant des informations et des conseils d'hygiène personnalisés ;
- de prévenir la récurrence de la maladie ;
- de surveiller l'évolution des facteurs de risques.

Les parodontites agressives sont plus à risque de récurrence que les parodontites chroniques. Le pourcentage de dents perdues est plus élevé dans cette forme de maladie. D'où la nécessité d'une maintenance plus très stricte et plus rapprochée [5].

Conclusion

Le rétablissement esthétique et fonctionnel des conséquences des parodontites agressives est possible par un traitement combiné parodontal et orthodontique suivant une chronologie rigoureuse et une participation active du patient.

Le succès thérapeutique à long terme implique un suivi parodontal régulier et une hygiène rigoureuse.

Les auteurs remercient les Docteurs Caroline NAHOUM, Philippe RAJZBAUM, Jacques MALET pour leurs traitements respectifs.

Bibliographie

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology* 1999; 4: 1-6.
2. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 281-294, Cat

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



BIOTECH DENTAL

BIOTECH DENTAL VOUS PROPOSE DES SOLUTIONS INNOVANTES POUR VOUS ACCOMPAGNER DANS LA DENTISTERIE 2.0

BIOTECH DENTAL
CONDOR



Placez vos patients au centre de votre pratique digitale du diagnostic à la prise d'empreinte optique

BIOTECH DENTAL
ΔTP 38



Optimisez le confort de vos soins pour le bien-être de vos patients grâce à la photobiostimulation



Fabricant : CONDOR - Distributeur : Biotech Dental. Dispositif médical de classe I destiné à la dentisterie numérique. Non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant sur la notice. Visuels non contractuels. CE

Fabriqué par : Swiss Bio Inov. Dispositif médical de classe IIa - Technologie pour applications médicales : antalgique, anti-inflammatoire, cicatrisation. CE0459. Non remboursé par la Sécurité Sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice. Doit être utilisé par des professionnels de santé qualifiés et formés. Des lunettes de protection doivent obligatoirement être portées par le praticien et le patient. Contre-indiqué pour un usage pédiatrique.

