



7 AS ODONTOLOGIA

La 5e réunion du 7AS s'est déroulée le 21 Mars 2007 au club de Golf. Nouvelles conférences, nouveau thème. Cette fois-ci, c'est la gestion des tissus mous. C'est aussi un nouveau lieu, puisque la soirée est organisée au château de l'île à Ostwald.

7 AS Odontologia

Président

Dr Olivier ETIENNE

Trésorier

Dr Charles TOLEDANO

Secrétaire

Dr Guillaume REYS

Trésorier adjoint

Dr Patricia ASSAYAG

Secrétaire adjoint

Dr Sophie BAH

Assesseur

Dr Jehan FIG IER

Assesseur

Dr Catherine ROTHÉA

Réunion du 2103/07

Les crêtes
hypertrophiques en
prothèse complète
amovible

Dr Ayako IRI

L'élongation coronaire

Dr Caroline JACOB

La traction
orthodontique et
ses indications

Dr Renaud
RINCKENBACH

La gestion des
tissus mous en
prothèse

Dr Romain
DEMANGEAT

Les crêtes hypertrophiques en prothèse complète amovible.

Dr Ayako IRI

La réussite d'une prothèse amovible complète sous-entend sa parfaite intégration esthétique et fonctionnelle. Le respect de la triade de Housset, l'anatomie des crêtes édentées et la qualité du support ostéo-muqueux conditionnent cette intégration.

En cas de crêtes édentées hypertrophiques antérieure ou postérieure (tubérosité), les contre-dépouilles peuvent être des obstacles à l'insertion de la prothèse et l'espace prothétique peut être insuffisant, empêchant la réalisation d'un montage esthétique et fonctionnel selon un plan et des courbes d'occlusion adéquats. Une chirurgie pré-prothétique est alors indiquée pour favoriser la réalisation d'une prothèse stable et confortable avec un axe d'insertion prothétique approprié et une dimension verticale fonctionnelle, compatible avec un rendu esthétique satisfaisant.

L'analyse de la situation clinique est primordiale. Les examens exo et endobuccaux ainsi que des examens complémentaires comme les radiographies et les modèles d'étude montés sur articulateur, sont indispensables pour évaluer la nécessité d'une chirurgie correctrice. Enfin, en cas de chirurgie pré-prothétique étendue, un guide chirurgical peut être précieuse.

L'aménagement chirurgical pré-prothétique des crêtes édentées peut être perçu par le patient comme une contrainte importante et une source d'inconfort. Cependant, c'est une étape qui ne doit pas être sous-estimée, car souvent indispensable à la réussite à la réussite du traitement.

L'élongation coronaire

Dr Caroline JACOB

La chirurgie parodontale pré-prothétique a pour but de faciliter la confection, la pose et l'entretien d'une prothèse.

Certaines situations cliniques comme les caries sous-gingivales, les fractures sous-gingivales et les couronnes cliniques courtes rendent difficile la réalisation d'une prothèse. Afin d'obtenir une rétention satisfaisante ou de recouvrir les zones lésées, le praticien est obligé de situer sa limite de préparation à un niveau très sous-gingival ; il empiète alors sur l'espace biologique entraînant un risque majeur de réaction inflammatoire.

L'élongation coronaire va alors constituer une technique de choix. Ses objectifs sont l'élimination des caries sous-gingivales, la réalisation d'un traitement prothétique sans empiéter l'espace biologique, l'augmentation d'une couronne clinique trop courte et la correction d'un sourire gingival.

Lors des étapes de préparation, de prise d'empreinte et d'insertion des prothèses conjointes, le respect de l'intégrité de l'espace biologique est impératif : c'est le garant de la pérennité de l'élément dentaire. La plupart des auteurs recommandent un espace minimal de 2,5 mm à 3 mm entre la limite prothétique et le bord de la crête alvéolaire de façon à ce que l'on puisse loger le sulcus, l'attache épithéliale et l'attache conjonctive.

L'évaluation pré-opératoire doit considérer tout une liste de facteurs :

- Extension apicale de la carie ou du trait de fracture
- Anatomie radiculaire
- Etat parodontal (sondage, hauteur de gencive attachée)
- Etat endodontique
- Rapport couronne/racine clinique
- Facteurs esthétiques

L'élongation coronaire est donc un acte permettant d'améliorer les rapports parodontaux prothétiques en restaurant l'intégrité de l'espace biologique. Le choix de l'intervention va dépendre de trois paramètres ; la hauteur de l'espace chirurgical pré-prothétique, la qualité et la quantité de gencive existante. Ainsi, on interviendra par une gingivectomie à biseau interne ou par un lambeau positionné apicalement , associés à une ostéotomie.

Quelque soit la technique chirurgicale choisie, l'intervention doit être intégrée dans une chronologie précise du plan de traitement global impliquant l'évaluation de facteurs biologiques, anatomiques et esthétiques. Elle doit toujours être réalisée sur un parodonte sain, et surtout être suivie d'un temps de cicatrisation suffisant pour une maturation parfaite des tissus gingivaux et une bonne intégration esthétique de la prothèse.



Gestion esthétique des tissus mous

Dr Romain DEMANGEAT

Le résultat esthétique de nos restaurations, c'est-à-dire naturel, est autant dépendant de leur qualité de réalisation que de leur bonne intégration parodontale. Que ces réalisations fassent appel à de simples restaurations conservatrices ou bien à de la prothèse, le parodonte doit quand à lui répondre aux impératifs de parfait état de santé ainsi qu'à une approche non iatrogène.

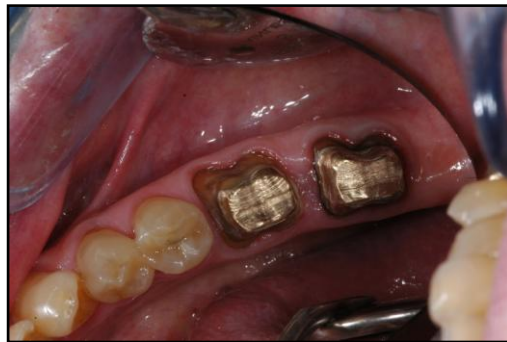
La santé parodontale constitue le préalable à toute approche ; elle est définie par l'absence d'inflammation et de poche. Un composite, qui est l'exemple même du matériau non tolérant, ne sera envisagé qu'en présence d'un tissu non inflammatoire ; une empreinte prothétique, pour sa part, ne sera prise que sur un terrain stabilisé voire remodelé.

La stabilité découle de la bonne santé (obtenue par l'hygiène du patient et un assainissement parodontal si nécessaire) et de l'absence de violation de l'espace biologique. A cet effet, les préparations prothétiques s'opèrent avec fil d'éviction sulculaire en place (non imprégné), tout en tenant compte de la tolérance variable

du parodonte (4 types sont proposés par Maynard et Wilson).

Outre leur aspect fonctionnel et esthétique, les provisoires jouent un rôle majeur dans la maturation parodontale (à plus forte raison encore dans le cadre de réhabilitations accompagnées de chirurgies). Retenons principalement :

- qu'elles participent à la maturation sulculaire (2 mm minimum entre le point le plus apical de la préparation et la crête osseuse sont nécessaires à la bonne santé sulculaire)
 - l'aspiration papillaire proposée par Tarnow, puis Garber et Salama, visant à recréer des papilles entre deux éléments prothétiques. Par exemple, deux provisoires sur dents naturelles contiguës sont capables de favoriser la présence ou l'absence de papille ; respectivement en fonction d'une distance crête osseuse/point de contact inter-dentaire < ou > à 5 mm.
 - le modelage des crêtes édentées (aidé par l'usage de fraises ou du bistouri électrique) procurant une émergence naturelle des pontiques
- A ces fins, toutes les limites des provisoires doivent être minutieusement ajustées et réajustées par le clinicien. Il faut également veiller à éliminer correctement le ciment provisoire au risque sinon de favoriser une irritation inflammatoire qui contre-indiquerait tout scellement définitif.
- Autant d'éléments à exploiter dans nos restaurations provisoires, lesquelles préfigurent de la manière la plus rapprochée possible la réalisation prothétique finale.





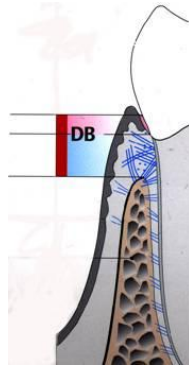
L'Egression orthodontique et ses indications

Dr Renaud RINCKENBACH



C'est une technique conservatrice et élégante à la portée de l'omnipraticien qui permet de repousser les limites de la prothèse, notamment dans les cas de lésions carieuses ou traumatiques profondes. Elle permet de recréer l'espace biologique nécessaire à la santé parodontale. On l'associe souvent à une intervention parodontale de finition afin de repositionner apicalement le parodonte qui a suivi le mouvement.

Cette technique doit être mise en balance avec l'allongement coronaire, intervention soustractive dont le but est aussi de reconformer l'espace biologique avec, cependant, des répercussions esthétiques différentes.



Le choix dépend de nombreux facteurs dont :

- la localisation antérieure, latérale ou postérieure
- l'espace prothétique inter-occlusal
- l'anatomie radiculaire
- la ligne du sourire et la situation des dents adjacentes
- la coopération du patient et l'acceptation d'un traitement ODF, qui peut être perçu comme gênant et disgracieux

Il existe, théoriquement deux techniques dont la différence réside dans la rapidité de la traction.

- La traction rapide se fait en 6 semaines, on l'associe souvent à une fibrotomie intracrestale réalisée tous les 7 jours afin de maintenir une inflammation et d'empêcher la néoformation osseuse.
- La traction lente dure au moins trois mois. Le parodonte suit systématiquement et doit être régularisé ultérieurement.

Qu'elle que soit la technique une phase de contention suffisante doit être maintenue afin d'éviter la récurrence.

Ses indications sont nombreuses, nous retrouvons en plus de celles déjà citées, la réduction des atteintes parodontales infra-osseuses, ainsi que les extractions pré-implantaires.

Ses contre-indications sont encore plus nombreuses :

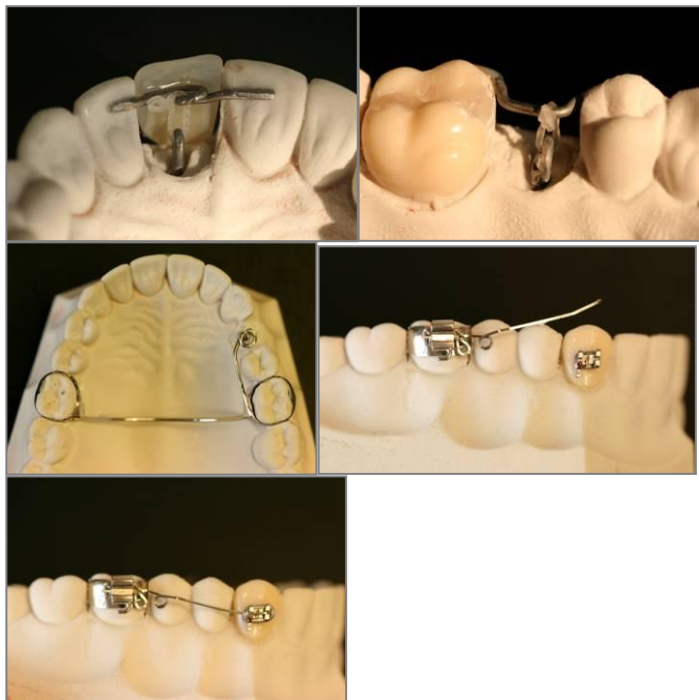
- Fracture verticale
- Anatomie radiculaire défavorable (racines courtes, divergentes, furcation haute, importance du profil d'émergence).
- Problèmes endodontiques
- Ankylose dentaire

Il existe plusieurs systèmes :

Ceux nécessitant la pose d'un **système multi-attaches**, le tout relié par un fil, élément moteur de déplacement dentaire. C'est une technique complète permettant de contrôler le déplacement dentaire dans les trois sens de l'espace.



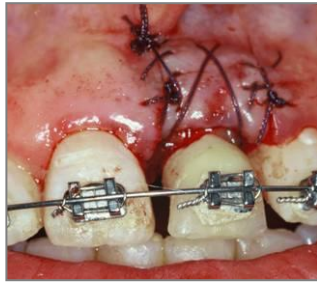
Les autres que je regrouperai sous la dénomination de « **système D** ».



Je terminerai par deux cas cliniques qui sont les indications majeures de cette technique : traction orthodontique d'une 21 cariée et devant être couronnée et d'une 12 fracturée.

Cas numéro 1 :





Cas número 2 :

