



# 7 AS ODONTOLOGIA

Bulletin n°7 du 13/03/08

Une fois encore, la 7<sup>e</sup> édition des soirées du 7 AS aura remporté un franc succès, avec près de 60 membres présents. Un plébiscite, si l'on prend en compte le nombre de manifestations professionnelles organisées ce même soir !

---

## 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

Asseseur  
Dr Jehan FIGIER

Asseseur  
Dr Catherine ROTHÉA

## Réunion du 13/03/08

Conséquences parodontales des traitements  
orthodontiques

Dr Brenda MERTENS  
Teinte et formes en prothèse adjointe : critères de  
choix  
Dr Alain AZUELOS

Le remodelage des tissus mous en implantologie  
Dr Pierre SIMONIS

La Sédation consciente : indications et protocole.  
Dr Jehan FIGIER

## Accueil du président

Le Docteur Olivier ETIENNE, pour cette 7e séance ouverte au Château de L'île à OSTWALD, a annoncé le programme de la soirée, en remerciant les conférenciers pour leur apport scientifique. Il a rappelé la vocation de notre association et notamment son nouveau statut d'association accréditée pour la formation continue et les nouvelles obligations qui en découlent (résumés de conférences et questionnaires d'évaluation). Il a terminé son allocution en remerciant à nouveau nos sponsors pour leur soutien fidèle.

La parole a été ensuite donnée au Conférenciers.

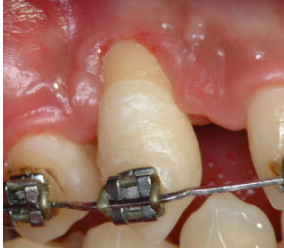
---

---

# Les altérations parodontales des traitements orthodontiques

Dr Brenda MERTENS

---



Lorsque le traitement orthodontique ne tient pas compte du contexte parodontal, des destructions tissulaires spectaculaires peuvent apparaître au détour et/ou à la fin du traitement. En présence d'atteintes des tissus mous induisant un préjudice esthétique pour le patient, une thérapeutique de chirurgie plastique parodontale peut être envisagée avec deux objectifs :

- Recréer une hauteur gingivale suffisante et stabiliser la lésion,
- Réparer le préjudice esthétique et tenter un recouvrement radiculaire.

Les destructions des tissus durs représentent un défi plus difficile à relever.

Le cas clinique présenté illustre les effets délétères d'un traitement orthodontique conduit sans préoccupation parodontale tant sur l'intégrité tissulaire que sur le résultat esthétique. La présentation étape par étape, appuyée par les données de la littérature scientifique, souligne la nécessaire collaboration interdisciplinaire pour optimiser les résultats thérapeutiques et éviter les situations d'échecs.

## QCMs

**1. Lorsqu'un traitement orthodontique est planifié chez un adulte, quel est le moment idéal pour effectuer l'évaluation parodontale ?**

- a. seulement avant le traitement orthodontique
- b. après le début du traitement orthodontique
- c. avant le traitement orthodontique puis des réévaluations périodiques
- d. après le traitement orthodontique

**2. La thérapeutique chirurgicale pour gérer les tissus parodontaux peut avoir lieu :**

- a. avant le traitement orthodontique
- b. après le traitement orthodontique
- c. avant, pendant et/ou après le traitement orthodontique
- d. avant, pendant et après le traitement orthodontique

**3. Quelle est la technique de la chirurgie plastique parodontale qui nous permet un apport de tissu kératinisé maximal ?**

- a. la greffe épithélioconjonctive (GEC)
- b. la greffe de conjonctif associée au lambeau positionné coronairement (GC+LDC)
- c. le lambeau positionné latéralement (LDL)
- d. le lambeau positionné coronairement (LDC)

---

# La teinte et la forme en Prothèse Adjointe : critères de choix

Dr Alain AZUELOS

---



**C**ette intervention est motivée par notre participation à deux études faites en 2007 :

-L'une concernant la communication praticiens-prothésistes en prothèse amovible complète dans le Bas-Rhin

-L'autre concernant une méthode de détermination du choix de la forme des dents en prothèse amovible.

La première étude nous montre que si la plupart des praticiens transmettent une teinte au prothésiste ils sont beaucoup plus rares à transmettre une forme précise...

Pourtant, les classifications de biotypes ne manquent pas dans la littérature et les fabricants de dents prothétiques font beaucoup d'efforts pour mettre à notre disposition une variété importante de formes.

Dans ces conditions, le fait de laisser au prothésiste le choix de la forme conduit à retrouver à peu près constamment deux ou trois références, lorsque le choix proposé par les industriels permet de personnaliser à souhait nos montages prothétiques.

Un outil très simple d'utilisation, le « form selector » constitue une aide précieuse pour la détermination de la forme des dents.

## Q C Ms

### Critères influençant le choix de la forme des dents en P.A.C.

- A-Forme du visage
- B-Forme des arcades alvéolaires
- C-Personnalité du patient
- D-Personnalité du praticien

### Critères influençant le choix de la teinte des dents en P.A.C.

- A-Couleur des yeux
- B- Couleur des cheveux
- C-Couleur des téguments
- D-La météo

### Informations à transmettre au laboratoire lors de la réalisation d'une P.A.C.

- A-Teinte des dents
- B-Forme des dents
- C-Nom du patient
- D-L'humeur du praticien

---

## Le remodelage des tissus mous en implantologie

Dr Pierre SIMONIS

---



Le remplacement clinique des dents naturelles perdues par des implants ostéointégrés représente une des avancées les plus importantes de l'odontologie. La qualité des tissus mous péri-implantaires, ainsi que leur forme, couleur, texture vont déterminer la qualité de l'intégration de la restauration prothétique supra-implantaire. Aussi la préparation parodontale préalable est indispensable, tout comme dans certains cas, des augmentations tissulaires (greffes conjonctives...).

Lors de la phase chirurgicale, une attention toute particulière est portée aux tissus mous.

La phase de la restauration provisoire va permettre de modeler les tissus mous péri-implantaires par des apports successifs de résine.

Le niveau des points de contact est déterminant (Tarnow) ainsi que le niveau parodontal des dents adjacentes.

Le profil d'émergence ainsi créé devra être conservé lors du transfert au laboratoire par une empreinte adaptée (Elian).

Ainsi la restauration prothétique finale sera le reflet du travail clinique réalisé avec la provisoire et permettra de soutenir de façon idéale les tissus mous péri-implantaires.

### QCMs:

**1-Présence de la papille dans 100% des cas si la distance entre le point de contact et la crête osseuse est de :**

- 4mm
- 5mm
- 6mm
- 7mm

**2- Si le parodonte des dents adjacentes est réduit :**

- Il est impossible d'obtenir une papille entre la dent et l'implant
- Il est possible d'obtenir une papille en jouant sur la forme des points de contact
- Il est toujours possible d'obtenir une papille grâce au second temps chirurgical

**3-La technique permettant de transférer au mieux les informations sur les tissus mous au laboratoire de prothèse :**

- Consiste à injecter du composite fluide autour du pilier d'empreinte
- Consiste à prendre une empreinte la provisoire en place
- Consiste à dupliquer la provisoire au laboratoire de prothèse

---

## La Sédation consciente par inhalation

Dr Jehan FIGIER

---



**D**eux systèmes sont utilisés actuellement. Le premier système (MATRIX®) distribue initialement de l'oxygène pur puis peu à peu, permet l'incorporation progressive de protoxyde d'azote sans dépasser les 50%. Le deuxième système (KALINOX®) que nous utilisons aujourd'hui dispense, d'emblée, un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) dont le pourcentage est de 50/50 pour les deux gaz, évitant ainsi toute erreur de manipulation et d'hypoxie accidentelle. Le MEOPA induit une analgésie de surface et provoque donc une sédation consciente sans perte des réflexes de protection des voies aériennes supérieures. En France, une autorisation de mise sur le marché du Kalinox® a été délivrée en 2001 pour l'utilisation au cours des soins dentaires. L'administration doit être faite en milieu hospitalier par des praticiens formés à la technique. Les indications ciblent spécifiquement les jeunes enfants, les patients anxieux ou phobiques et les personnes handicapées. Il est utilisé en routine dans de nombreux pays d'Europe du Nord, en Suisse, en Grande Bretagne, aux Etats-Unis, en Australie et au Japon. La plupart des effets secondaires recensés sont mineurs (nausée, vomissement, céphalée).

On applique le masque pendant 3 minutes. Le débit est fonction de l'âge et de la fréquence respiratoire. C'est en général 4 à 6 l / mn. L'efficacité se traduit par une détente objectivable du patient, des fourmillements des extrémités et une paresthésie péri buccale.

On peut ensuite faire une anesthésie locale et commencer les soins. Si l'on poursuit l'inhalation de MEOPA pendant les soins il faut maintenir un contact verbal et visuel avec le patient afin de vérifier son niveau de conscience. Par ailleurs, la surveillance ventilatoire est constante. A la fin de la séance on doit s'assurer que le patient recouvre son comportement initial.

Le MEOPA se révèle être une aide précieuse à notre exercice à condition de maîtriser convenablement son administration et de respecter les contre-indications d'usage : (Troubles de la conscience d'étiologie diverses, traumatisme crânien, hypertension intracrânienne, pneumocéphalie, pneumothorax, emphysème, occlusion intestinale, embolie gazeuse, hypotension artérielle, insuffisance cardiaque ou broncho-pulmonaire grave limitant l'activité du patient, traumatisme facial intéressant la région d'application du masque).

### QCMs :

**1. Le MEOPA est un mélange d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote dont le pourcentage est de :**

- 50/50
- 20/80
- 70/30

**2. Dans quel cas, l'administration de MEOPA est contre-indiquée ? :**

- Le jeune enfant de moins de 5 ans
- Les enfants et adultes anxieux ou phobiques lors d'un soin dentaire
- Le patient présentant une insuffisance cardiaque ou broncho-pulmonaire grave