

Nouvelle rubrique

À propos d'un cas complexe orthodontie-prothèse

Christine Muller

Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

Cette nouvelle rubrique vous propose de réfléchir tous ensemble (lecteurs, comité scientifique...) à une situation clinique particulière autorisant plusieurs approches thérapeutiques et de partager nos expériences, afin que l'ensemble de la communauté en profite !

Ce premier cas présente l'intérêt de sa complexité. En effet, il entre dans la catégorie des agénésies multiples mais aussi dans les catégories des classes II/2, des cas asymétriques et des « adultes/pré-prothétiques ». Ce sont des cas où il est légitime de prendre plusieurs avis et très souvent, les patients sont perdus car ils reçoivent en général autant de propositions que d'orthodontistes consultés.

Avec ce cas complexe, nous découvrirons sans doute que tous les chemins ne mènent pas à Rome. L'option retenue ne sera pas la même pour chacun d'entre nous, mais l'important est de la mener à terme, dans de bonnes conditions, pour un résultat fonctionnel et esthétique. Nous pensons en effet qu'il faut tordre le cou à cette idée reçue qu'il existe une solution unique évidente et incontournable en dehors de laquelle toute autre voie ne serait que compromis, avec une connotation péjorative.

Merci de participer à cette réflexion et d'envoyer vos réponses par courrier (L'Orthodontiste, 40, avenue Bugeaud, 75116 Paris), par email (à gchoquant@information-dentaire.fr) ou via notre site www.information-dentaire.fr. Les réponses seront publiées en même temps que le traitement du cas clinique dans un prochain numéro.

L'auteur ne déclare aucun lien d'intérêt.



Présentation du cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans, adressée par sa praticienne car « elle est dans un état pas possible ». La consœur téléphone avant sa visite au sujet d'un projet global associant orthodontie et prothèse. Elle précise que la patiente est en cours de soins (caries à soigner et couronne provisoire sur 37).

La patiente, institutrice, est très avenante, en bonne santé et sans antécédents médicaux particuliers.

Elle vient d'accoucher de son troisième enfant et à présent, « il est temps [qu'elle] s'occupe [d'elle] ». Elle ne signale aucune limite financière.

L'hygiène est bonne. Malgré des récessions gingivales localisées (en regard de 55 et du bridge 24-26), son état parodontal général est bon. Aucune symptomatologie articulaire n'est dépistée. Le bilan dentaire est incomplet (agénésies 12, 22, 15, 25), il y a une persistance de 55 sur l'arcade, un bridge secteur 2 (24-26) et l'absence de 28.

Les **figures 1 et 2** présentent tous les éléments nécessaires au diagnostic.

*Fig. 1a à d - Vues exobuccales du visage de face et de profil.
Fig. 1e à g - Vues endobuccales en occlusion droite, de face et gauche.
Fig. 1h à j - Vues endobuccales du sourire posé vue latérale gauche, face et droite.*

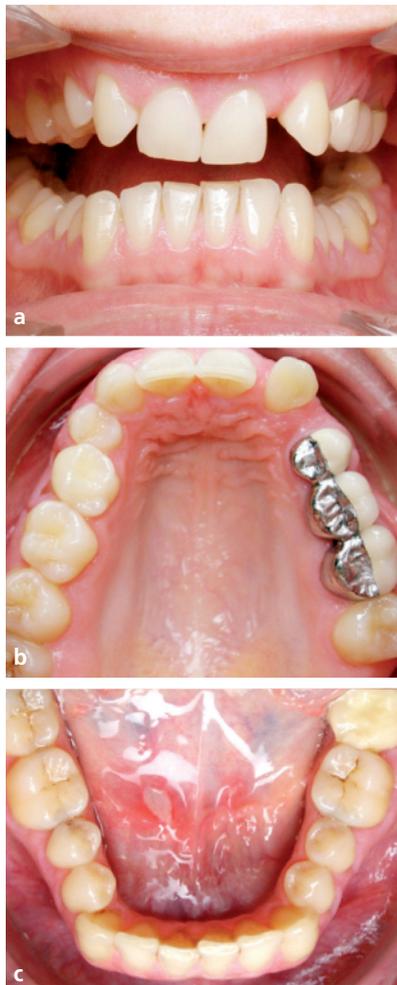


Fig. 2a - Vue inter-arcade bouche ouverte.
b et c - Vues intra-arcades maxillaires et mandibulaires.
d et e - Cliché panoramique et téléradiographie de profil.



Vues exobuccales (visage et sourire)

De face, les trois étages sont équilibrés. De profil, le menton est marqué et les lèvres en retrait par rapport à une ligne pointe du nez-menton. La patiente découvre peu ses dents mais ses lèvres sont bien dessinées et gracieuses. Le milieu inter-incisif ne

coïncide pas avec le milieu de la lèvre supérieure. Les couronnes des incisives maxillaires ne sont pas totalement exposées lors du sourire. Les vues latérales du sourire sont caractéristiques d'une supraclusion sévère avec exposition gingivale et linguo-version dentaire (fig. 1a à d).

Vues endobuccales

De face en occlusion, on note l'absence des incisives latérales maxillaires. 13 est au contact de 11 et on observe deux diastèmes entre 21-23 et 23-24. Les canines sont très présentes, particulièrement 23 en version vestibulaire. Le recouvrement incisif mandibulaire est total. La ligne des collets de canine à canine est irrégulière avec les collets incisifs nettement plus occlusaux que ceux des canines. Le grand axe des incisives est incliné en bas et à droite. L'occlusion est du type de la classe II d'Angle canine et molaire. À droite, la dénudation radiculaire sur 55 est de 3 mm, à gauche on mesure une hauteur de respectivement 3 et 2 mm au niveau des collets du bridge 24-26 (*fig. 1e à j*).

Elle permet d'observer l'égression du secteur incisivo-canin. Les vues intra-arcades (*fig. 2a à c*) montrent des arcades en lyres, le bon état dentaire (peu ou pas d'usures) et le bridge céramométallique 24-26.

Examens complémentaires

L'examen du cliché panoramique (*fig. 2d*) confirme le bon état dentaire et osseux et en outre l'absence de 28 et le volume du sinus maxillaire gauche.

La téléradiographie de profil (*fig. 2e*) permet d'observer le décalage des bases osseuses, le sens vertical mais surtout l'asymétrie mandibulaire sévère, la linguo-version incisive mandibulaire et l'angle interincisif proche de 180°. ■

Questionnaire

1. Avez-vous déjà traité un cas identique ? oui non
2. Si oui, seriez-vous d'accord pour le publier succinctement (début-fin de l'option thérapeutique retenue) ? oui non
3. Sur une échelle de 0 (cas pour débutant) à 10 (le maximum possible), à combien évaluez-vous la difficulté de ce cas ?
4. Avez-vous un pronostic pour le vieillissement de ces arcades dentaires sans aucun soin ?
5. Diagnostic
Amusez-vous à rédiger le diagnostic.
6. Objectifs
Quelle approche thérapeutique proposeriez-vous ?
Merci de la détailler, avec :
 - agénésie et rétablissement de la continuité de l'arcade (possibilité de faire un schéma dentaire);
 - occlusion antéro-postérieure;
 - sens vertical.
7. Moyens thérapeutiques :
 - extraction/prothèses;
 - matériel orthodontique;
 - autre;
 - contention.
8. À quelle durée évaluez-vous le traitement (réponse à la question des patients) ?
 - temps orthodontique;
 - si temps prothétique;
 - si contention.
9. Classez les éléments suivants en fonction de leur caractère problématique, du plus délicat (1) au moins délicat (ne pas numéroter si, selon vous, ce n'est pas un point problématique):
 - la durée du projet;
 - la gestion du bridge céramométallique;
 - la supraclusion;
 - les contacts matériel orthodontique avec les dents de l'arcade antagoniste (à préciser succinctement);
 - l'ancrage antéro-postérieur;
 - l'impact sur le profil;
 - le coût;
 - la coordination pluridisciplinaire;
10. Afin de prendre en charge de façon optimale ce type de cas, quel(s) conseil(s) donneriez-vous à un jeune praticien pour l'organisation de son cabinet (plateau technique, personnel, etc.) ?
11. Nous autorisez-vous à publier votre réponse ?
 - oui
 - oui anonymement
 - non

Nom, prénom et nombre d'années d'exercice de l'orthodontie