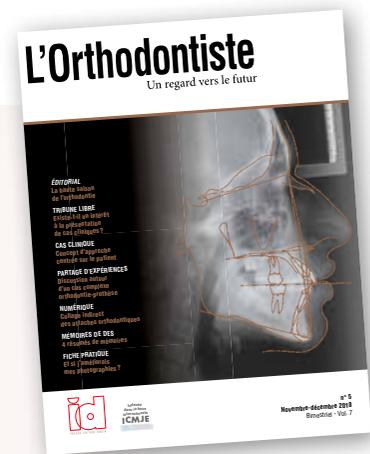


Présentation de l'article par le rédacteur en chef ou le directeur scientifique de L'Information Dentaire.



Discussion autour d'un cas complexe orthodontie-prothèse

Christine Muller

Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

Cet article est issu de la rubrique « Partage d'expériences » de la revue L'Orthodontiste. L'idée est de réfléchir ensemble à une situation particulière et de partager les expériences.

Dans un premier temps, un cas a été publié, accompagné d'un questionnaire (voir en dernière page), pour recueillir les avis et plans de traitement suggérés. L'analyse des réponses et le traitement du cas ont fait l'objet d'un second article, que nous vous livrons ici.

Ce cas présente l'intérêt de sa complexité. En effet, il entre dans la catégorie des agénésies multiples, mais aussi dans la catégorie classe II 2 des cas asymétriques et la catégorie « adulte/cas pré-prothétique » (fig. 1, 2). Ce sont des cas où il est légitime de prendre plusieurs avis et, très souvent, les patients sont perdus car ils reçoivent parfois autant de propositions que d'orthodontistes consultés... c'est d'ailleurs ce que nous avons pu vérifier.

En effet, autant il y a un consensus sur le diagnostic de la malocclusion et la difficulté du cas, autant, sur le plan de traitement, on compte vingt plans de traitement différents sur dix-neuf réponses ! Un grand merci aux praticiens qui ont répondu, et voici une rapide synthèse des réponses.

La moyenne de la difficulté du cas est de 8 sur 10, avec un consensus pour la question « avez-vous un pronostic pour le vieillissement de ces arcades dentaires en l'absence de soins ? ». Les réponses sont unanimes : très défavorable, mauvais ou réservé. L'aggravation de la supraclusion et la dégradation de l'esthétique faciale sont les éléments les plus cités.

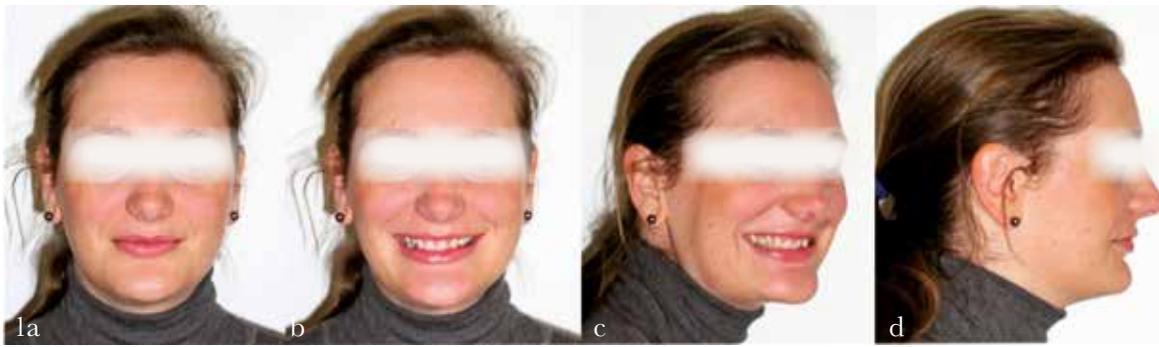


Fig. 1a-d. Vues exobuccales du visage de face et de profil.
e-g. Vues endobuccales en occlusion droite, de face et gauche.
h-j. Vues endobuccales du sourire posé, vue latérale gauche, face et droite.

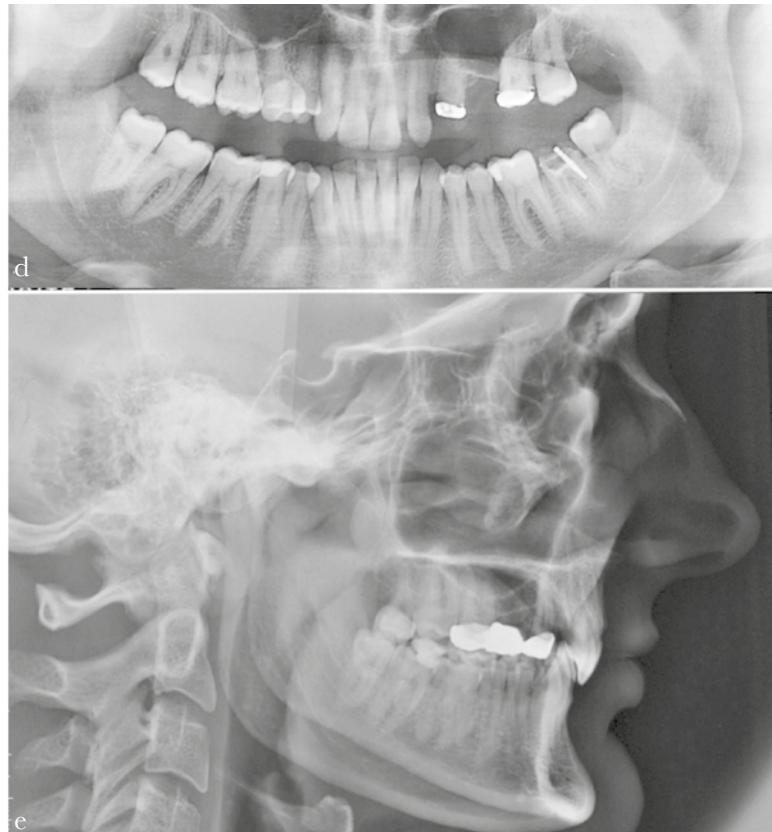


Fig. 2a. Vue inter-arcade bouche ouverte.
b, c. Vues intra-arcades maxillaires et mandibulaires.
d, e. Cliché panoramique et téléradiographie de profil.



Fig. 3. Fin du projet global. Les canines sont au contact des incisives centrales. Ouverture d'un site en distal de la canine 23 pour une dent prothétique implanto-portée. 55 extraite et une couronne implanto-portée est en place. Bridge céramique 25-27 (Drs Douassens et Trouslot).

Les diagnostics sont très uniformes: classe II 2, schéma squelettique hypodivergent, bilan dentaire incomplet, quatre agénésies 1512 22 25; certains complètent avec l'asymétrie dans le plan frontal ou mandibulaire.

À la question « avez-vous déjà traité un cas identique? », seules trois réponses sont positives. Les praticiens ont accepté de nous transmettre ces cas, mais nous n'en avons reçu que deux (le troisième est celui d'un jeune praticien qui ne l'a pas terminé). L'un des deux cas reçus est une classe III squelettique traitée sans chirurgie orthognathique et l'autre un cas de classe II 2 sévère sur un schéma squelettique classe II sévère. Dans les deux cas reçus, pas d'agénésie ni de temps prothétique associé.

Sur les vingt projets proposés, on note toutes les combinaisons possibles de plans de traitement: 70 % incluent de la chirurgie (avancée mandibulaire 40 % ou bimaxillaire 30 %), 30 % sans chirurgie orthognathique. Plus de la moitié des plans de traitement (55 %) conservent les canines en place de latérales.

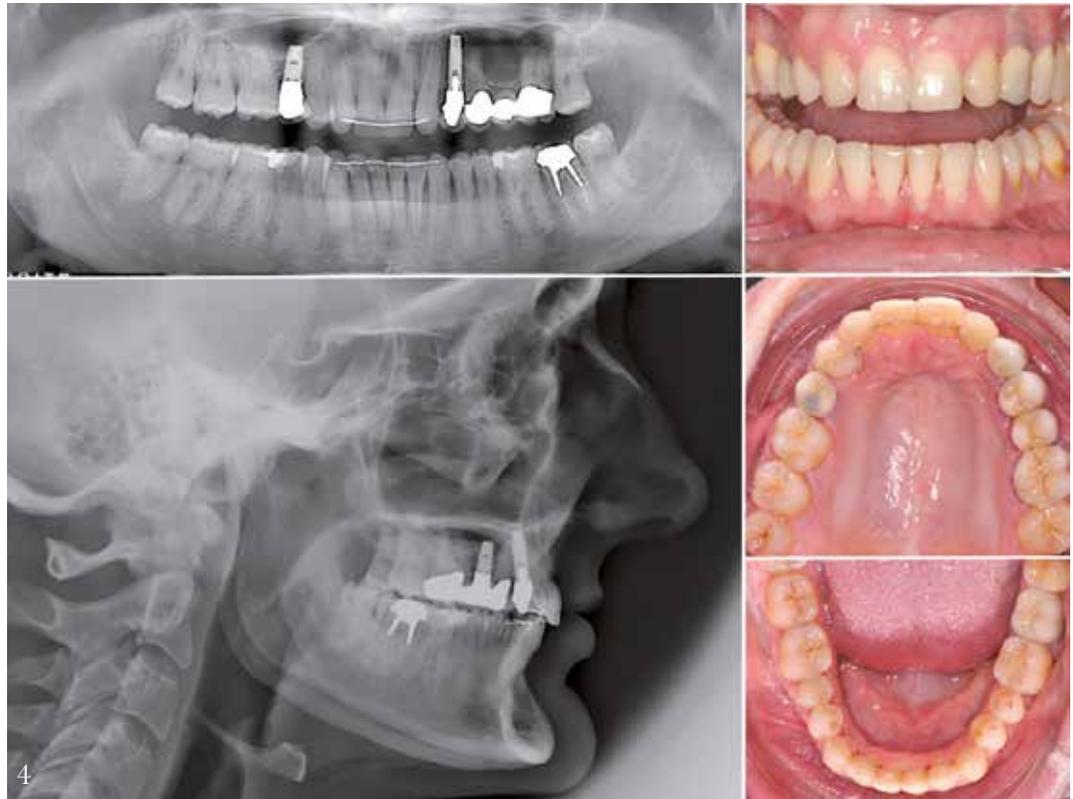
40 % ouvrent les espaces, soit huit cas (trois projettent des implants, deux des bridges cantilever, deux des bridges collés, et le dernier une fibre et deux facettes). Un seul plan (soit 5 % des réponses) ouvre du côté gauche pour un bridge cantilever 22 et ferme du côté droit.

À noter, trois propositions d'extraction de 37 et mésialisation 38. Les projets ne détaillent pas toujours précisément les secteurs latéraux; ce que nous pouvons dire, c'est que l'implant 15 est cité dans neuf cas, et 55 conservée dans deux propositions. Pour le secteur 2, quatre praticiens n'évoquent pas le bridge en place; huit projets prévoient de le refaire, sept d'implanter 25, et un praticien propose d'implanter plus en mésial le site de 24 pour éviter le sinus.

Le pronostic temps annoncé au patient varie de dix-huit mois à trois ans. Dix praticiens annoncent une « contention permanente à vie », un praticien annonce dix ans, deux annoncent deux années, six praticiens ne répondent pas. Aucun praticien ne détaille la transition entre le temps orthodontique et le temps prothétique.

Fig. 4. Radiographie panoramique et téléradiographie.
Vue intrabuccale montrant le nivellement de l'arcade mandibulaire et vues occlusales supérieure et inférieure; fils de contention en place.

Fig. 5a. La vue de gauche monte l'arcade maxillaire au moment de la première consultation.
b. Début 2010, après la préparation initiale (bridge provisoire secteur 2; en noir, l'emplacement des deux futurs implants).
c. Jour de l'implantation des sites 15 et 13 pendant le temps orthodontique. Des caches sont collés sur 16 et 24 le jour de l'implantation.
d. Le matériel orthodontique est déposé et les couronnes sur implants sont en place.



Quand on s'intéresse à la difficulté du cas, le point mis en avant le plus fréquemment est la pluridisciplinarité, puis ce sont l'impact sur le profil, le coût et l'ancrage antéro-postérieur.

La question sur le conseil à un jeune (« afin de prendre en charge de façon optimale ce type de cas, quel conseil donneriez-vous à un jeune praticien pour l'organisation de son cabinet (plateau technique personnel etc.)? ») permet de détailler ce point de pluridisciplinarité, puisque tous les praticiens non étudiants (soit neuf personnes) souhaitent les conseiller sur ce point. Leurs remarques sont toutes publiées mot à mot, afin que chacun en prenne note :

- « communication dentiste et chirurgien, diagnostic précis, regard sur le plan de traitement à chaque séance, photo régulièrement »;
- « importance d'avoir des correspondants qui travaillent dans le même esprit »;
- « planifier toutes les étapes avec chaque correspondant (calendrier) et les chiffrer »;
- « être sûr de bien s'entourer »;

- « avoir beaucoup de prudence de patience et de bons correspondants »;
- « confirmer le projet par des consultations chirurgicales et prothétiques avant de commencer, ce qui nécessite une maquette validée par tous les intervenants; cas déconseillé pour un début d'exercice (difficulté du nivellement, d'ancrage par mini-vis, contention transitoire pendant le temps prothétique) »;
- « rdv +++ pour le diagnostic et projet (écoute patient questions +++), gestion des courriers et téléphone avec les correspondants et, au besoin, aide pour prendre rendez-vous; sortie du set up à chaque rendez-vous et photos impératives; si on est jeune praticien, bien se demander si on est en capacité de le prendre en charge (il ne faut pas que ce soit son premier cas de lingual) »;
- « pour gagner du temps, ne pas laisser le patient dans la nature: c'est la secrétaire de l'orthodontiste qui prend les rendez-vous chez les confrères. Pluridisciplinarité = grande habitude de l'équipe à travailler ensemble »;
- « ne pas commencer son activité avec ce cas; avoir une relation avec les correspondants de qualité ».

Panorama clinique



6



7

Conclusion

Le nombre de projets différents nous invite à changer notre vision réductrice d'une option unique et idéale à opposer à des compromis peu satisfaisants.

Notre profession est habituée à faire un diagnostic de malocclusion et peut-être un peu moins à y inclure l'état dentaire et prothétique qui sera le point essentiel pour le dialogue avec les autres intervenants de ce projet global. Dans notre cas, le dentiste souhaitera débattre de 55, de la longueur des racines et de sa conservation, de la pérennité du bridge secteur 2, de 37 de son traitement endodontique et peut-être aussi de la restauration coronaire à réaliser (fig. 3-7). L'implantologiste s'intéressera aux volumes osseux, à l'importance du sinus maxillaire

gauche etc. Ces points doivent être inclus dans notre diagnostic. Pour ces cas, nous devons prendre l'habitude d'élargir notre diagnostic au-delà de la malocclusion et de le communiquer par écrit à toute l'équipe. Dans son éditorial « Create the vision », Kokich comparait l'orthodontiste à l'architecte du projet global [1].

Tous les praticiens qui s'expriment sur l'organisation du cabinet pour la prise en charge de ce type de cas évoquent d'une manière ou d'une autre la pluridisciplinarité et le fait d'avoir « de bons correspondants ». C'est le point que nous retenons pour le prochain sujet de cette rubrique de partage d'expériences.

Bibliographie

1. Kokich VG. Create the vision. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011; 140 (6): 751.

Les auteurs n'ont pas de liens d'intérêts.

Correspondance : dr.christinemuller@gmail.com

Voici le questionnaire soumis aux lecteurs de la revue *L'Orthodontiste* parallèlement à la présentation du cas

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