

Ortho-Paro un dialogue indispensable pour traiter "au mieux"

Adrien Marinetti, Jean-Marc Dersot, Nadine Tregent

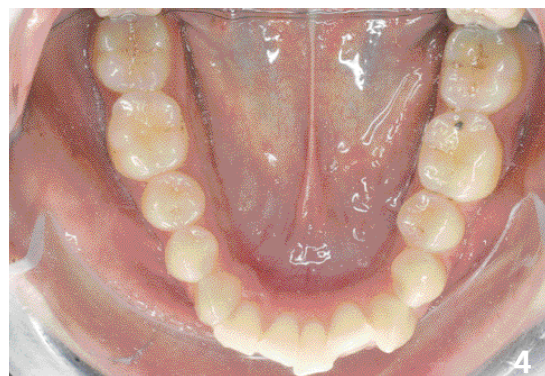
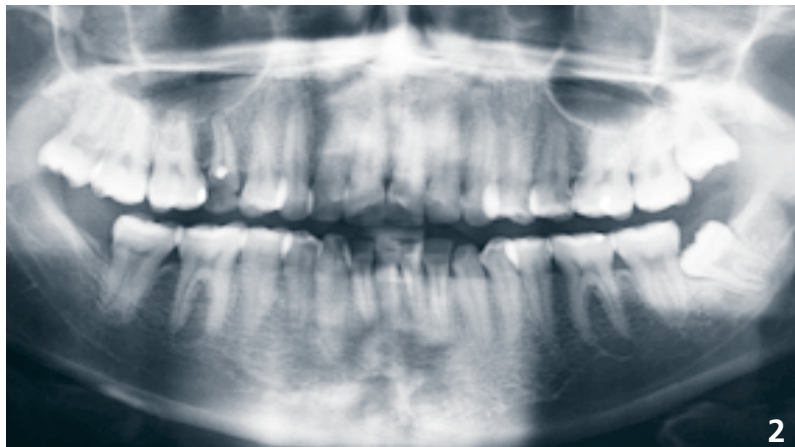
L'élaboration du plan de traitement orthodontique chez l'adulte n'est jamais évidente (3). Il doit prendre en compte l'ensemble des signes cliniques caractérisant le patient et tout particulièrement l'environnement parodontal.

La popularité de l'orthodontie linguale permet aujourd'hui de traiter un nombre croissant de patients adultes. Bien que l'appareillage lingual ait beaucoup progressé, notamment au niveau du confort (2), un dialogue omnipraticien / parodontiste / orthodontiste apparaît indispensable comme nous le montre le cas suivant. Mademoiselle B., âgée de 29 ans, se présente chez son dentiste traitant après la fracture coronaire de la 15.



1. Sourire avant traitement.

L'examen clinique montre un encombrement antérieur aux deux arcades (fig. 1) que la patiente souhaiterait corriger. Elle est adressée chez un orthodontiste, pour avis, avant le début des soins. Chez l'orthodontiste, un bilan complet composé classiquement d'une radiographie panoramique (fig. 2), d'une téléradiographie de profil en occlu-



sion, de modèles d'études* et de photos endo et exo-buccales est constitué. De plus, un statut radiographique rétro-alvéolaire long-cône permettant d'évaluer le parodonte profond vient compléter ce bilan**. L'anamnèse nous apprend que la patiente a bénéficié d'un traitement dans l'adolescence à l'aide de « deux faux palais avec une petite vis », c'est-à-dire un traitement d'expansion, et que, lentement, ses dents se sont repositionnées de travers.

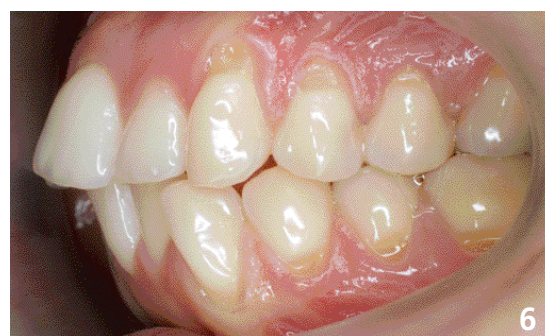
2. Panoramique avant traitement.

3 et 4. Encombrement antérieur modéré aux deux arcades.

5 et 6. Récession gingivales sur 13 et 23.

7 et 8. Bipro-alvéolie et bipro-chélie.

9. « joli sourire ».



L'étude complète du dossier montre, en plus de la fracture de la couronne de 15, au niveau dentaire :

- une carie distale sur 25,
- 38 incluse et 18 et 28 sans antagonistes,
- un encombrement antérieur modéré aux deux arcades (fig. 3 et 4).

au niveau parodontal :

- des récessions gingivales de classe I de Miller (1985) plus marquées sur 13-14 et 23-24-25 (fig. 5 et 6),
- un support osseux fin en vestibulaire probablement dû à l'expansion transversale dans l'adolescence.

au niveau du profil :

- une bipro-alvéolie modérée confirmée par la téléradiographie de profil (fig. 7 et 8). Cette bipro-alvéolie lui vaut de la part de son entourage le qualificatif de « joli sourire ».



Discussion

Mademoiselle B. est, sans aucun doute, une patiente dont le traitement à l'adolescence n'aurait pas dû se faire par expansion, mais avec l'extraction de quatre prémolaires pour plus de stabilité et pour repositionner les dents dans les couloirs osseux.

Les questions actuelles sont les suivantes :

- Faut-il, vingt ans après, procéder à ce même type de traitement ?
- Doit-on se fier à ce sentiment de « joli sourire » ou bien satisfaire nos connaissances en repositionnant les incisives vestibulo-versées sur la téléradiographie de profil ?
- Au niveau parodontal, quel est le traitement le plus adapté ?
- Est-il possible de garder la 15 ou bien l'extraction est-elle inévitable ?
- Peut-on alors mettre un implant ?

En fait, comment TRAITER AU MIEUX cette patiente ?

Réalisations et chronologie

Le plan de traitement a donc été le suivant :

- traitement radiculaire, inlay-core et couronne provisoire acrylique en sous-occlusion sur 15,
- greffe de conjonctif enfoui et lambeau tracté coronairement sur 13 et 23 (fig. 13 et 14),
- appareillage maxillaire et mandibulaire en technique linguale (fig. 10 et 11) permettant l'alignement des dents antérieures et l'égression de 15,
- extraction des trois dents de sagesse (fig. 12),
- pose de deux fils de contention de 13 à 23 et de 33 à 43 (fig. 15 et 16),
- couronne définitive sur 15.

Les avis complémentaires :

avant de se décider, l'orthodontiste doit tout d'abord s'informer et récolter les avis complémentaires.

• l'omnipraticien :

La 15 peut-elle être conservée ? : la réponse est oui, mais il serait judicieux de l'égresser pour rétablir l'espace biologique.

• le parodontiste :

Vaut-il mieux extraire les quatre deuxième prémolaires, fermer les espaces et repositionner les dents dans les couloirs osseux ou bien faire un traitement avec réduction amélaire proximale ?

Réponse : un traitement orthodontique long, car déplaçant les dents sur plusieurs millimètres, même lorsqu'il va dans le bon sens, est toujours consommateur de parodonte, que ce soit au niveau de l'attache ou au niveau des apex (résorption).

En d'autres termes, le traitement indiqué à l'adolescence ne l'est peut-être plus maintenant !

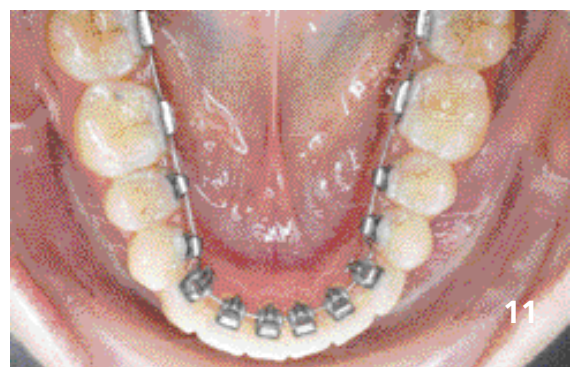
En revanche, sur un parodonte fin et festonné, même des mouvements *a minima* sont des mouvements à risque et il vaut mieux prévoir des greffes de conjonctif (1, 5) dans les secteurs dénudés pour recouvrir les surfaces radiculaires exposées et épaissir le parodonte superficiel.

• l'orthodontiste :

Peut-on aligner les dents sans réaliser d'extractions ou d'expansion ? La réponse est oui, en réalisant des réductions amélares proximales (4) au niveau des secteurs postérieurs et antérieurs.

C'est un traitement simple en technique linguale et relativement rapide. D'un point de vue esthétique, la position des dents dans le visage ne change pas (fig. 17).

10 et 11 : Vue des appareillages.





12. Pano fin de traitement.



13 et 14. Recouvrements radiculaires complets et occlusion en fin de traitement.



15 et 16. Vues occlusales après traitement.



17. Sourire après traitement.



Conclusion

L'orthodontie de l'adulte est fondamentalement différente de l'orthodontie de l'adolescent à tel point qu'il faut différencier l'adulte jeune, l'adulte d'âge mûr et les seniors avec des problèmes parodontaux différents pour chaque âge.

Il ne peut pas y avoir de traitement-type mais seulement des plans de traitements individualisés prenant en compte le passé dentaire du patient. En cela, le dialogue orthodontiste / parodontiste nous semble indispensable pour traiter « au mieux ».

* pièces toujours nécessaires pour réaliser un bilan orthodontique selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

** pièces toujours nécessaires pour réaliser un bilan parodontal selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Un diagnostic de maladie parodontale ne peut être posé avec une radiographie panoramique.

Bibliographie

- > 1. Dersot JM, Moubarak N. Technique chirurgicales de recouvrement radiculaire, un choix fondé sur les preuves. Clin. 2005 ; 26 : 473-481.
- > 2. Marinetti. A, Khoury G. L'ancrage squelettique "Bollard" Nouvelle utilisation. Information Dentaire 2007; Vol. 89 (7).
- > 3. Marinetti. A, Taboulet JM, Deffrennes D. Cas pluri-disciplinaire. Information Dentaire 2007; Vol. 89 (37).
- > 4. Pham. F, Cohen-Lévy J. Réduction amélaire et esthétique du sourire. Information Dentaire 2007; Vol. 89 (36).
- > 5. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for the treatment of localized gingival recessions : a systematic review. 4th European Workshop on Periodontology. J. Clin. Periodontol. 2002 ; 29 (suppl. 3) : 178-194.

AUTEURS

Adrien Marinetti, Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale, Secrétaire de la Société Française d'Orthodontie Linguale, 4 Boulevard Pasteur, 75015 Paris

Jean-Marc Dersot, Parodontiste, 88 rue Michel Ange 75016 Paris

Nadine Tregent, Chirurgien-dentiste, 96 Avenue du Maine, 75014 Paris