

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 2017

Par Marie FIRMIN

Née le 24 août 1992 à Tourcoing (59)

**SYNTHESE DE CAS CLINIQUES A VISEE PEDAGOGIQUE :  
AIDE A LA PREPARATION DE L' EPREUVE ORALE DU CSCT**

**JURY**

Président :	Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs :	Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET
	Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME
	<u>Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT</u>



**ACADEMIE DE LILLE**  
**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2**

- \* - \* - \* - \* - \* - \* - \* - \* - \*

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**  
**PLACE DE VERDUN**  
**59000 LILLE**

- \* - \* - \* - \* - \* - \* - \* - \* - \*

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E DEVAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
<b>M.M. ROUSSET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>



### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

*Aux membres du jury...*

**Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-section Odontologie Conservatrice – Endodontie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable des Relations Internationales de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie.

*Vous me faites l'immense honneur de présider cette thèse et je vous en remercie.*

*Malgré vos nombreuses fonctions vous avez trouvé le temps de me recevoir avec gentillesse.*

*Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.*

**Madame le Docteur Emmanuel BOCQUET**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD**

Sous-Section Orthopédie Dento-Faciale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section d'Orthopédie Dento-Faciale

Spécialiste Qualifiée en Orthopédie Dento-Faciale (CECSMO)

C.E.S de Biologie de la Bouche

C.E.S d'Orthopédie Dento-Faciale

Master 2 Recherche Biologie Santé

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales.

Vice-Doyen Pédagogie de la Faculté de Chirurgie Dentaire

*Vous avez immédiatement accepté de siéger parmi ce jury et je vous en remercie.*

*J'espère que ce travail vous apportera satisfaction.*

*Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.*

**Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Prothèses*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prothèses

*J'ai eu la chance, tout au long de mon parcours universitaire, de bénéficier de la qualité de votre enseignement.*

*Sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse, je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous y avez porté. Votre disponibilité ainsi que vos conseils m'ont été d'une aide précieuse.*

*Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.*

**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.

*Durant la réalisation de cette thèse, j'ai pu apprécier votre disponibilité, votre dynamisme et votre rigueur de travail, qui ont été des outils d'une grande aide pour la mener à bien.*

*Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre dévouement et votre gentillesse.*

*Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.*







## Table des matières

1. INTRODUCTION.....	18
2. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES.....	19
2.1. Cas clinique n°1 : G. FRED.....	20
2.1.1. Photographies.....	20
2.1.2. Anamnèse.....	21
2.1.3. Examen clinique.....	21
2.1.3.1. Examen exobuccal.....	21
2.1.3.2. Examen endobuccal.....	21
2.1.3.3. Examen complémentaire .....	22
2.2. Cas clinique n°2 : E. NAJIM.....	23
2.2.1. Photographies.....	23
2.2.2. Anamnèse.....	24
2.2.3. Examen clinique.....	24
2.2.3.1. Examen exobuccal.....	24
2.2.3.2. Examen endobuccal.....	24
2.2.3.3. Examens complémentaires.....	25
2.3. Cas clinique n°3 : C. FRANCISCO.....	26
2.3.1. Photographies.....	26
2.3.2. Anamnèse.....	27
2.3.3. Examen clinique.....	27
2.3.3.1. Examen exobuccal.....	27
2.3.3.2. Examen endobuccal.....	27
2.3.3.3. Examen complémentaire.....	28
2.4. Cas clinique n°4 : D. CEDRIC.....	29
2.4.1. Photographies.....	29
2.4.2. Anamnèse.....	30
2.4.3. Examen clinique.....	30
2.4.3.1. Examen exobuccal.....	30
2.4.3.2. Examen endobuccal.....	30
2.4.3.3. Examens complémentaires.....	31
2.5. Cas clinique n°5 : L. GAEL.....	32
2.5.1. Photographies.....	32
2.5.2. Anamnèse.....	33
2.5.3. Examen clinique.....	33
2.5.3.1. Examen exobuccal.....	33
2.5.3.2. Examen endobuccal.....	33
2.5.3.3. Examens complémentaires.....	35
2.6. Cas clinique n°6 : B. JEAN-LUC.....	36
2.6.1. Photographies.....	36
2.6.2. Anamnèse.....	37
2.6.3. Examen clinique.....	37
2.6.3.1. Examen exobuccal.....	37
2.6.3.2. Examen endobuccal.....	37
2.6.3.3. Examen complémentaire.....	38
2.7. Cas clinique n°7 : M. ANTHONY.....	39
2.7.1. Photographies.....	39

2.7.2. Anamnèse.....	40
2.7.3. Examen clinique.....	40
2.7.3.1. Examen exobuccal.....	40
2.7.3.2. Examen endobuccal.....	40
2.7.3.3. Examens complémentaires.....	41
2.8. Cas clinique n°8 : A. CEDRIC.....	42
2.8.1. Photographies .....	42
2.8.2. Anamnèse.....	43
2.8.3. Examen clinique.....	43
2.8.3.1. Examen exobuccal.....	43
2.8.3.2. Examen endobuccal.....	43
2.8.3.3. Examens complémentaires .....	44
2.9. Cas clinique n°9 : V. SABINE.....	45
2.9.1. Photographies.....	45
2.9.2. Anamnèse.....	46
2.9.3. Examen clinique.....	46
2.9.3.1. Examen exobuccal.....	46
2.9.3.2. Examen endobuccal.....	46
2.9.3.3. Examens complémentaires .....	47
2.10. Cas clinique n°10 : B. LAHOUARIA.....	48
2.10.1. Photographies avec prothèse .....	48
2.10.2. Photographies sans prothèse.....	49
2.10.3. Anamnèse.....	50
2.10.4. Examen clinique.....	50
2.10.4.1. Examen exobuccal.....	50
2.10.4.2. Examen endobuccal.....	50
2.10.4.3. Examens complémentaires .....	51
2.11. Cas clinique n°11 : B. MALIKA.....	52
2.11.1. Photographies.....	52
2.11.2. Anamnèse.....	53
2.11.3. Examen clinique.....	53
2.11.3.1. Examen exobuccal.....	53
2.11.3.2. Examen endobuccal.....	53
2.11.3.3. Examens complémentaires.....	54
3. DIAGNOSTICS ET PLANS DE TRAITEMENT.....	55
3.1. Cas clinique n°1 : G. FRED.....	56
3.1.1. Synthèse diagnostique .....	56
3.1.2. Prise en charge.....	56
3.1.2.1. Prise en charge du patient asthmatique.....	56
3.1.2.1.1. Rappels.....	56
3.1.2.1.2. Précautions au cabinet dentaire.....	56
3.1.2.2. Traitement de l'urgence.....	57
3.1.2.3. Traitement global.....	57
3.1.3. Pronostic.....	58
3.2. Cas clinique n°2 : E. NAJIM.....	59
3.2.1. Synthèse diagnostique.....	59
3.2.2. Prise en charge.....	59
3.2.2.1. Prise en compte de la maladie de Bouveret.....	59
3.2.2.1.1. Rappels.....	59
3.2.2.1.2. Précautions au cabinet dentaire.....	59

3.2.2.2. Plan de traitement.....	60
3.2.3. Pronostics .....	61
3.3. Cas clinique n°3 : C. FRANCISCO.....	62
3.3.1. Synthèse diagnostique.....	62
3.3.2. Traitement.....	62
3.3.3. Pronostic.....	63
3.4. Cas clinique n°4 : D. CEDRIC.....	64
3.4.1. Synthèse diagnostique.....	64
3.4.2. Prise en charge.....	64
3.4.2.1. Prise en compte de la spondylarthrite ankylosante.....	64
3.4.2.2. Prise en charge.....	64
3.4.3. Pronostic.....	66
3.5. Cas clinique n°5 : L. GAEL.....	67
3.5.1. Synthèse diagnostique.....	67
3.5.2. Prise en charge.....	67
3.5.3. Pronostic.....	69
3.6. Cas clinique n°6 : B. JEAN-LUC.....	70
3.6.1. Synthèse diagnostique.....	70
3.6.2. Prise en charge.....	70
3.6.2.1. Prise en compte de la consommation tabagique.....	70
3.6.2.2. Prise en compte du traitement par antidépresseurs tricycliques.....	70
3.6.2.2.1. Rappels .....	70
3.6.2.2.2. Conséquences des antidépresseurs tricycliques sur la cavité buccale.....	70
3.6.2.2.3. Précautions au cabinet dentaire.....	71
3.6.2.3. Plan de traitement global.....	71
3.6.3. Pronostic.....	73
3.7. Cas clinique n°7 : M. ANTHONY.....	74
3.7.1. Synthèse diagnostique.....	74
3.7.2. Prise en charge.....	74
3.7.2.1. Traitement de l'urgence.....	74
3.7.2.2. Traitement différé.....	75
3.7.3. Pronostic.....	75
3.8. Cas clinique n°8 : A. CEDRIC.....	76
3.8.1. Synthèse diagnostique.....	76
3.8.2. Prise en charge.....	76
3.8.2.1. Précautions.....	76
3.8.2.2. Traitement .....	76
3.8.3. Pronostic.....	78
3.9. Cas clinique n°9 : V. SABINE.....	79
3.9.1. Synthèse diagnostique.....	79
3.9.2. Prise en charge.....	79
3.9.3. Pronostic.....	80
3.10. Cas clinique n°10 : B. LAHOUARIA.....	81
3.10.1. Synthèse diagnostique.....	81
3.10.2. Prise en charge.....	81
3.10.2.1. Prise en compte des pathologies générales de la patiente.....	81
3.10.2.2. Traitement.....	82
3.10.3. Pronostic.....	83
3.11. Cas clinique n°11 : B. MALIKA.....	84
3.11.1. Synthèse diagnostique.....	84

3.11.2. Prise en charge.....	84
3.11.2.1. Prise en compte des pathologies générales de la patiente.....	84
3.11.2.2. Traitement .....	85
3.11.3. Pronostic.....	86
4. DISCUSSION.....	87
5. CONCLUSION.....	88
Références bibliographiques.....	89

## **ABREVIATIONS**

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire

CC : Couronne Coulée

CCM : Couronne Céramo-Métallique

CRP : Protéine C réactive

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DCM : Dysfonctionnements Crânio-Mandibulaires

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ICM : InterCuspidation Maximale

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

LPC : Lambeau Positionné Coronairement

LPL : Lambeau Positionné Latéralement

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

PA : Paquet-Année

PAT : Prothèse Amovible Totale

RAS : Rien A Signaler

RC : Relation Centrée

RCR : Reconstitution CoronoRadiculaire

SISTA : Site/Stade

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VGM : Volume Globulaire Moyen

# 1. INTRODUCTION

La cinquième année de chirurgie dentaire est ponctuée par le passage du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Il se compose d'une épreuve écrite et d'une épreuve orale et doit être validé par chaque étudiant.

L'épreuve orale consiste en un entretien à propos d'un cas clinique et est évaluée par trois examinateurs. Elle vise à montrer les capacités de l'étudiant à utiliser ses connaissances théoriques, pratiques et cliniques acquises au cours du cursus universitaire, en établissant le diagnostic, l'étiopathogénie, le traitement et le pronostic de l' (ou des) affection(s) bucco-dentaire(s) soumise(s) à son analyse.

L'objectif de cette thèse est d'apporter aux étudiants de quatrième et cinquième année une aide à la préparation de l'épreuve orale du CSCT.

Elle se présente d'une part en un panel de cas cliniques synthétisés sur lequel ils peuvent s'entraîner à poser les diagnostics, les plans de traitement ainsi que les pronostics ; et d'autre part les réponses et la méthodologie attendues le jour de l'épreuve orale (agrémentées de notions de cours pouvant faire l'objet d'éventuelles questions posées par les examinateurs). La méthodologie utilisée est la trame de fond à mettre en place pour chaque patient, elle devient le fil conducteur lors de la prise en charge pour organiser la réflexion et mobiliser rapidement les connaissances de l'étudiant.

Les patients cités dans ce travail ont été sélectionnés dans le Service d'Odontologie du CHRU de Lille alors qu'ils consultaient soit aux urgences, soit lors d'une première consultation. Ils ont été choisis pour les notions que leur cas permettait d'aborder, après avoir signé une autorisation de diffusion de leurs photos dans cette thèse.

## **2. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES**

## 2.1. Cas clinique n°1 : G. FRED

### 2.1.1. Photographies





## 2.1.2. Anamnèse

Présentation G. Fred, 15 ans, lycéen

Motif de consultation « Gonflement » de la gencive survenu deux jours plus tôt (pas de douleur)

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Asthme
- Allergie(s) connue(s) : Aucune
- Traitement(s) : Salbutamol (Ventoline®) utilisé en cas de crise d'asthme
- Antécédent(s) : 21 fracturée en 2011 (chute à vélo)

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué matin et soir (brosse à dents souple et dentifrice Signal « protection caries »)

## 2.1.3. Examen clinique

### 2.1.3.1. Examen exobuccal

Inspection

- Aucune altération de l'état général
- Absence de limitation à l'ouverture buccale
- Asymétrie par tuméfaction de la lèvre supérieure du côté gauche avec aspect sain des téguments en regard

Palpation

- Aucune adénopathie détectée à la palpation des chaînes ganglionnaires cervicales
- Lèvre supérieure non douloureuse à la palpation

### 2.1.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène bucco-dentaire

- Plaque collectable à la sonde uniquement au niveau des molaires mandibulaires (indice de plaque de Silness et Loe : 1)
- Tartre présent en faible quantité en interdentaire des incisives mandibulaires

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Globalement : Muqueuses et parodonte sains
- Localement : Volumineuse collection purulente, unilobée, sur fond érythémateux en regard de l'apex de la 22 ; elle s'étend sur 4 cm dans son plus grand diamètre et est fistulisée en son centre ; la collection est douloureuse à la palpation

Analyse dentaire

Orientée par le motif de consultation :

21	Test au froid négatif
----	-----------------------

	Percussion axiale douloureuse ; Percussion latérale non douloureuse Palpation des tables osseuses en regard douloureuse Fracture s'étendant de l'angle distal à la moitié coronaire mésiale Dyschromie Malposition
--	--

Autre :

<b>11, 12, 22, 23, 31, 32, 41</b>	Tests au froid positifs non exacerbés Percussions axiales et latérales non douloureuses Asymptomatiques
<b>13, 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47</b>	Présentes sur arcades Asymptomatiques
<b>18, 28, 38, 48</b>	Absentes des arcades, en concordance avec l'âge du patient

#### Analyse intra-arcade

Arcade maxillaire allongée dans le sens antéropostérieur

#### Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* : Décalage des centres interincisifs
- *Sens vertical* :
  - Supraclusion : 5 mm (*rq* : le recouvrement moyen est de 2 à 2,5 mm) (43)
  - 31, 32, 41 et 42 sont en contact avec la muqueuse palatine en occlusion
- *Sens antéropostérieur* :
  - Classe d'Angle I à droite et classe d'Angle II division 1 à gauche
  - Surplomb exagéré : 1 cm (*rq* : valeur moyenne est de 2 mm) (43)

### **2.1.3.3. Examen complémentaire**



Rétroalvéolaire centrée sur 21 et 22

## 2.2. Cas clinique n°2 : E. NAJIM

### 2.2.1. Photographies



*Rq : Les photos ci-dessus ont été réalisées après l'anesthésie locale lors de la prise en charge aux urgences dentaires*

## 2.2.2. Anamnèse

Présentation E. Najim, 40 ans, commercial

Motif de consultation Douleurs pulsatiles au maxillaire gauche apparues 6 heures plus tôt ; le patient n'a pris aucun médicament avant la consultation ; EVA = 6

### Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Maladie de Bouveret (suivie par le médecin traitant), le patient nous dit gérer ses crises lui-même (elles surviennent en moyenne tous les 10-15 jours)
- Allergie(s) connue(s) : RAS
- Traitement(s) : RAS
- Antécédent(s) : RAS
- Tabac : 1 paquet par jour depuis 15 ans (15 PA)

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué le soir (type de brosse à dents et dentifrice inconnus) ; le patient nous rapporte des saignements au brossage

## 2.2.3. Examen clinique

### 2.2.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation RAS

### 2.2.3.2. Examen endobuccal

#### Analyse de l'hygiène bucco-dentaire

- Plaque visible à l'oeil nu (indice de plaque de Silness et Loe : 2)
- Tartre présent sur les collets et en intrasulculaire

#### Analyse des muqueuses et du parodonte

- Pas de lésion muqueuse
- Inflammation gingivale généralisée
- Biotype gingival : épais et plat

#### Analyse dentaire

Orientée par le motif de consultation :

<b>24, 25, 26, 27</b>	Asymptomatiques Tests au froid positifs et non exacerbés Percussions axiales et latérales non douloureuses
<b>28</b>	Lésions carieuses occlusale et mésiale Test au froid positif et exacerbé Percussions axiale et latérale non douloureuses

Autre :

11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45	Présentes sur arcade Asymptomatiques
15	A l'état de racine
18, 36, 37	Lésions carieuses occlusales
38	Absente (extraite 10 ans auparavant)
46, 47	Composites occlusaux + Lésions carieuses secondaires
48	Lésion carieuse vestibulo-occluso-distale Test au froid négatif

Analyse intra-arcade

- 35 en rotation
- Colorations sur les faces palatines/linguales des blocs incisivo-canins

Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* : RAS
- *Sens vertical* :
  - Bout à bout entre 12 / 42 ; 22 / 32 ; 25 / 35
  - Infraclusion de 11 et 21 (recouvrement de 1 mm)
  - 28 comprime le trigone rétromolaire (secteur 3) lors de l'occlusion + Egression d'environ 2 mm
- *Sens antéropostérieur* :
  - Classe d'Angle I à gauche et à droite
  - Surplomb normal



Rétroalvéolaire centrée sur 27

**2.2.3.3. Examens complémentaires**





## 2.3. Cas clinique n°3 : C. FRANCISCO

### 2.3.1. Photographies



## 2.3.2. Anamnèse

Présentation C. Francisco, 12 ans, collégien

Motif de consultation Adressé par l'infirmière de son école pour réaliser les soins dentaires ; aucune douleur ce jour mais quelques épisodes douloureux au cours des derniers mois (principalement au maxillaire droit)

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : RAS
- Allergie(s) connue(s) : RAS
- Antécédent(s) : Hospitalisé en 2010 (fracture de l'humérus gauche)
- Traitement(s) : RAS

Hygiène bucco-dentaire Brossage non quotidien selon la maman (type de brosse à dents et dentifrice non connus)

Habitudes de vie Consommation importante de sucres (soda, sirop, bonbons, grignotage...)

## 2.3.3. Examen clinique

### 2.3.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation RAS

### 2.3.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène buccodentaire

- Plaque non visible à l'oeil nu mais récoltable à la sonde en interdentaire de manière généralisée (indice de plaque de Silness et Loe : 1)
- Tartre présent en faible quantité en rétroincisif mandibulaire

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Absence de lésion muqueuse
- Inflammation gingivale localisée en antérieur bimaxillaire

Analyse dentaire

11, 12, 13, 15, 21, 22, 23, 25, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45	Présentes Asymptomatiques
14, 24	A l'état de racines
16	Lésion carieuse occlusale Test au froid positif et exacerbé Percussions axiale et transversale non douloureuses
26, 36, 46	Lésions carieuses occlusales

<b>17, 27, 37, 47</b>	En cours d'éruption
<b>18, 28, 38, 48</b>	Absentes des arcades, en concordance avec l'âge du patient (germe de 18 non visible à la panoramique)

Analyse intra-arcade RAS

Analyse interarcades

- *Sens transversal* : Centres interincisifs alignés
- *Sens vertical* : Recouvrement normal (43)
- *Sens antéropostérieur* :
  - Surplomb normal (43)
  - Classe d'Angle I à gauche et à droite

### **2.3.3.3. Examen complémentaire**





## 2.4. Cas clinique n°4 : D. CEDRIC

### 2.4.1. Photographies



## 2.4.2. Anamnèse

Présentation D. Cédric, 34 ans, sans emploi

Motif de consultation Douleurs spontanées et pulsatiles au maxillaire gauche (impression de « cœur qui bât dans la dent ») depuis la veille au soir et non calmées par la prise d'antalgiques ; EVA = 8

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Spondylarthrite ankylosante (dernier épisode aigu traité par AINS 3 mois auparavant)
- Allergie(s) connue(s) : RAS
- Traitement(s) : RAS
- Tabac : 10 cigarettes/jour depuis 15 ans (environ 7 PA)

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué le soir (types de brosse à dents et dentifrice inconnus)

## 2.4.3. Examen clinique

### 2.4.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation RAS

### 2.4.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène bucco-dentaire

- Plaque visible à l'oeil nu en interdentaire et en cervical (indice de plaque de Silness et Loe : 2)
- Tartre présent en rétroincisif mandibulaire en faible quantité

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Pas de lésion muqueuse
- Inflammation gingivale généralisée
- Biotype gingival : épais et plat
- Tatouage gingival en distal de 35

Analyse dentaire

Orientée par le motif de consultation :

26	CC + Lésion carieuse secondaire Percussions axiale et latérale non douloureuses
27	Amalgame mésio-occlusal + Lésion carieuse secondaire Test au froid positif, exacerbé et rémanent Percussion axiale douloureuse ; Percussion latérale non douloureuse Palpation des tables osseuses en regard non douloureuse Mobilité physiologique (ARPA I)

28	Test au froid négatif Percussions axiale et latérale non douloureuses Amalgame occlusal + Lésion carieuse secondaire
----	--

Autre :

12	Amalgame cervical
13, 23, 33, 34, 43	Lésions carieuses cervicales
14, 21, 24, 44, 46, 47, 48	A l'état de racines
15	Amalgames mésio-occlusal et vestibulaire
16	CC + Lésion carieuse secondaire
17, 37	Amalgames mésio-occlusaux + Lésions carieuses secondaires
18	Amalgame vestibulaire + Lésion carieuse secondaire
22	Amalgame cervical + Lésion carieuse secondaire
25, 36, 38	Absentes
35	Amalgame occlusal
45	Amalgame disto-occlusal non jointif
11, 31, 32, 41, 42	Présentes sur arcade et asymptomatiques

Analyse intra-arcade RAS

Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* : Articulé inversé au niveau de 45
- *Sens vertical* : Béance antérieure d'1 mm
- *Sens antéro-postérieur* :
  - Lorsque le patient est placé en RC, le surplomb incisif est augmenté (4 mm) (43)
  - En ICM, il y a un proglissement de la mandibule, pour récupérer des contacts et le surplomb devient « normal » (2 mm)



Rétroalvéolaire centrée sur 27

### 2.4.3.3. Examens complémentaires





## 2.5. Cas clinique n°5 : L. GAEL

### 2.5.1. Photographies



## 2.5.2. Anamnèse

Présentation L. Gaël, 26 ans, téléconseiller

Motif de consultation Douleurs modérées au maxillaire gauche depuis deux jours et gonflement apparu au cours de la nuit ; EVA = 3

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : RAS
- Allergie(s) connue(s) : RAS
- Traitement(s) : RAS
- Antécédent(s) : RAS
- Tabac : 20 cigarettes/jour depuis 6 ans (6 PA)

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué le soir mais non systématique « pas toujours le temps » (types de brosse à dents et dentifrice non connus)

## 2.5.3. Examen clinique

### 2.5.3.1. Examen exobuccal

Inspection

- Aucune altération de l'état général (pas de fièvre, ni de déficit immunitaire)
- Pas de limitation à l'ouverture buccale, pas de dysphagie
- Asymétrie faciale par tuméfaction unilatérale et mal limitée (joue gauche), s'étendant du cerne jusqu'au bord basilaire et comblant les plis faciaux
- Peau en regard de la tuméfaction : tendue, lisse, érythémateuse et élastique

Palpation

- Adénopathie détectée à la palpation des chaînes ganglionnaires cervicales : ganglion augmenté en volume, douloureux à la palpation et mobile au niveau de la chaîne sous-mandibulaire gauche
- Joue gauche douloureuse et chaude, pas de fluctuation, ne prend pas le godet

### 2.5.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène bucco-dentaire

- Plaque visible à l'oeil nu (indice de plaque de Silness et Loe : 2)
- Tartre rétroincisif mandibulaire
- Langue saburrale

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Pas de lésion muqueuse
- Inflammation gingivale généralisée (gencive marginale rouge et oedématiée + hypertrophie gingivale localisée en vestibulaire de 12)
- Biotype gingival : épais et plat

### Analyse dentaire

Orientée par le motif de consultation :

<b>24</b>	Composite distal Lésion carieuse secondaire + Lésion carieuse cervicale Test au froid positif et non exacerbé Percussions axiale et latérale non douloureuses
<b>25</b>	Lésions carieuses en mésial et distal Test au froid positif et non exacerbé Percussions axiale et latérale non douloureuses
<b>26</b>	Lésion carieuse volumineuse (atteint la furcation) Test au froid négatif Percussions axiale et latérale très douloureuses Palpation des tables osseuses en regard douloureuse en vestibulaire Mobile (ARPA II)
<b>27</b>	Lésion carieuse distale Test de vitalité positif et non exacerbé Percussions axiale et latérale non douloureuses
<b>28</b>	Lésion carieuse occlusale Test de vitalité positif et exacerbé (la douleur se dissipe rapidement) Percussions axiale et latérale non douloureuses

Autre :

<b>13, 23, 44, 45</b>	Lésions carieuses cervicales
<b>11, 12, 14, 15, 17, 22, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43</b>	Présentes Asymptomatiques
<b>16</b>	CC Percussion axiale douloureuse ; Percussion latérale non douloureuse Palpation des tables osseuses en regard non douloureuse
<b>18</b>	Lésion carieuse occlusale Test de vitalité négatif Percussions axiale et latérale non douloureuses
<b>21</b>	Dyschromie Test de vitalité positif à retardement Percussions axiale et latérale non douloureuses
<b>36, 46, 48</b>	A l'état de racines
<b>37</b>	Lésion carieuse occluso-distale (atteint la furcation)
<b>38</b>	Lésion carieuse occlusale
<b>47</b>	Composite occlusal

### Analyse intra-arcade

- DDM par excès (secteurs antérieurs bimaxillaires) avec encombrement dentaire (palato-position de 12, version de 13, 33, 44 et rotation de 31, 33, 41, 42)
- Bords libres antérieurs fracturés au maxillaire

### Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* :
  - Décalage des centres interincisifs
  - Articulé inversé au niveau de la 45
- *Sens vertical* :
  - Recouvrement diminué (entre 0 et 1 mm) (43)
  - Bout à bout entre 22 - 23 / 33
  - 18 : Egression d'1 mm environ
- *Sens antéropostérieur* :
  - Surplomb normal exceptés 12 (endoposition) et 22/23

### **2.5.3.3. Examens complémentaires**





## 2.6. Cas clinique n°6 : B. JEAN-LUC

### 2.6.1. Photographies





## 2.6.2. Anamnèse

Présentation B. Jean-Luc, 48 ans, technicien informatique

Motif de consultation Réhabilitation esthétique ; patient très motivé souhaitant retrouver un « beau sourire » et actuellement gêné par ses colorations et malpositions dentaires

### Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Dépression
- Allergie(s) connue(s) : Aucune
- Traitement(s) : Clomipramine (antidépresseur tricyclique) depuis 10 ans
- Antécédent(s) : RAS
- Tabac : 6 cigarettes par jour depuis 6 mois ; consommation fortement diminuée (auparavant 2 paquets par jour pendant 20 ans, environ 40 PA)

Hygiène bucco-dentaire Brossage des dents effectué matin et soir (brosse à dents dure et dentifrice « blanchissant »)

## 2.6.3. Examen clinique

### 2.6.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation RAS

### 2.6.3.2. Examen endobuccal

#### Analyse de l'hygiène bucco-dentaire

- Plaque non visible à l'oeil nu mais collectable à la sonde en interdentaire (indice de plaque de Silness et Loe : 1) ; nombreux facteurs de rétention de plaque (malpositions, surfaces dentaires non lisses, spicules de tartre...)
- Tartre présent en rétroincisif mandibulaire et en intrasulculaire

#### Analyse des muqueuses et du parodonte

- Muqueuse vernissée avec flux salivaire réduit
- Inflammation gingivale généralisée
- Récessions gingivales généralisées (entre 1 et 3 mm)
- Nombreuses papilles diminuées (voire absentes) au maxillaire
- Poches parodontales de 3 à 5 mm (13 à 23, 17, 18, 27, 33 à 43, 48) avec saignement au sondage

#### Analyse dentaire

11, 12 13, 18, 21, 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45	Présentes Asymptomatiques
---	------------------------------

<b>14, 25, 46</b>	Amalgames occluso-distaux
<b>15</b>	Reconstitution provisoire
<b>16, 26, 36, 47</b>	Absentes
<b>17, 37, 38</b>	Amalgames occlusaux
<b>48</b>	Lésion carieuse occlusale

Analyse intra-arcade

- DDM par excès (secteurs antérieurs bimaxillaires) avec encombrement dentaire (version de 12, 22, 31, 41, 42, 43)
- Colorations brunâtres sur la majorité des surfaces dentaires

Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* : Décalage des centres interincisifs
- *Sens vertical* :
  - Recouvrement diminué (moins de 1mm) (43)
  - Bout à bout entre 12 / 42
  - 17 : Egression (environ 1 mm)
- *Sens antéropostérieur* :
  - Classe d'Angle I à gauche et à droite
  - 22/33 et 12/43 : Articulé inversé

**2.6.3.3. Examen complémentaire**



## 2.7. Cas clinique n°7 : M. ANTHONY

### 2.7.1. Photographies



## 2.7.2. Anamnèse

Présentation M. Anthony, 22 ans, ouvrier dans le BTP

Motif de consultation Traumatisme survenu 3 heures plus tôt à son travail ; le patient a reçu un marteau sur les dents (choc frontal) et présente des douleurs importantes depuis (EVA = 6) ; aucune perte de connaissance, aucune atteinte des fonctions vitales ; les fragments dentaires n'ont pas été récupérés

### Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Hépatite B (suivie par le médecin traitant)
- Allergie(s) connue(s) : RAS
- Traitement(s) : RAS
- Vaccination antitétanique à jour
- Patient non fumeur

## 2.7.3. Examen clinique

### 2.7.3.1. Examen exobuccal

#### Inspection

- Aucune impotence fonctionnelle (vision, olfaction, audition, phonation, mastication et déglutition normales), motricité faciale normale avec ouverture buccale non limitée, non déviée, non douloureuse
- Absence de plaie
- Erythème sous l'aile du nez coté droit d'1 cm de diamètre
- Sang coagulé sur les lèvres supérieure et inférieure (côté droit)
- Asymétrie par tuméfaction modérée des lèvres supérieure et inférieure (côté droit) au niveau du point d'impact

#### Palpation

- Reliefs osseux normaux et non douloureux à la palpation
- Aucun défaut sensitif au niveau de la face
- Palpation des lèvres douloureuse

### 2.7.3.2. Examen endobuccal

#### Analyse des muqueuses et du parodonte

- Lésion labiale superficielle située sur le versant interne de la lèvre inférieure du côté droit ; 2 cm dans son plus grand diamètre ; aucune perte de substance ; aucun corps étranger
- Hématome sous muqueux sur le versant interne de la lèvre supérieure coté droit
- Saignement sulculaire au niveau de 12 et 11 associé à une tuméfaction de la gencive marginale en regard de 12 et au niveau de la papille gingivale entre 22 et 23
- Erythème de 2 mm de longueur sur la gencive marginale en regard de 42 avec papille oedématisée entre 41 et 42.

### Analyse dentaire

11	Fracture amélodentinaire aux 2/3 de la couronne avec exposition pulpaire Mobilité physiologique (ARPA I) Très sensible au froid (douleurs si respiration buccale)
12	Fracture amélodentinaire aux 2/3 de la couronne sans exposition pulpaire (pulpe visible par transparence) Mobile (ARPA II) Test au froid négatif
13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 43	Tests au froid positifs et non exacerbés Asymptomatiques
42	Fracture amélaire de l'angle mésial Test au froid négatif

Analyse intra-arcade RAS

### Analyse inter-arcade

- Pas de contact prématuré sur le chemin de fermeture
- Aucune anomalie de la cinétique mandibulaire (ouverture-fermeture, propulsion-rétropulsion, diduction droite et gauche, amplitude de l'ouverture buccale)
- Supraclusion antérieure (4 à 6 mm) (43)

### 2.7.3.3. Examens complémentaires



Rétroalvéolaire centrée sur les incisives maxillaires





## 2.8. Cas clinique n°8 : A. CEDRIC

### 2.8.1. Photographies



## 2.8.2. Anamnèse

Présentation A. Cédric, 45 ans, professeur de français

Motif de consultation Après plusieurs années sans consulter un chirurgien-dentiste, le patient souhaite reprendre son suivi bucco-dentaire ; pas de douleur

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Brûlures d'estomac
- Allergie(s) : Latex
- Traitement(s) : Oméprazole (antisécrétoire gastrique)
- Patient non fumeur (arrêt il y a 14 ans, consommation estimée à 11 PA)

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué le matin (brosse à dents dure et dentifrice Signal®)

## 2.8.3. Examen clinique

### 2.8.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation RAS

### 2.8.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène buccodentaire

- Plaque visible à l'oeil nu (indice de plaque de Silness et Loe : 2)
- Nombreux facteurs de rétention de plaque (diastèmes, reconstitutions débordantes, alvéolyse, lésions carieuses...)
- Tartre en interdentaire et au niveau rétroincisif mandibulaire

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Absence de lésion muqueuse
- Inflammation gingivale généralisée
- Biotype gingival : épais et plat
- Pertes d'attache bimaxillaires généralisées : récessions gingivales (17, 26, 37, 47) ; récession n'atteignant pas la ligne mucogingivale 31 ; récession atteignant la ligne mucogingivale 41 ; poche parodontale 21 (6 mm en distal avec saignement au sondage)
- Absence de certaines papilles gingivales (en antérieur au maxillaire et entre 31 et 41)
- Crête osseuse très résorbée en regard de 36
- Langue saburrale

Analyse dentaire

<b>11, 12, 13, 15, 22, 24, 25, 31 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45</b>	Présentes Asymptomatiques
<b>14</b>	A l'état de racine (avec pansement)

16, 17, 27, 28, 36, 46	Absentes
18	Amalgame occlusal + Lésion carieuse secondaire
21	CCM
23	Lésion carieuse distale Test au froid négatif Percussions axiale et latérale non douloureuses
26, 37, 47	Amalgames occlusaux
38, 48	Amalgames mésio-occluso-linguaux non jointifs et volumineux

Analyse intra-arcade RAS

Analyse inter-arcade

- *Sens transversal* : RAS
- *Sens vertical* : 26 égressée (environ 2 mm)
- *Sens antéropostérieur* : Surplomb accentué légèrement (3 mm) (43)

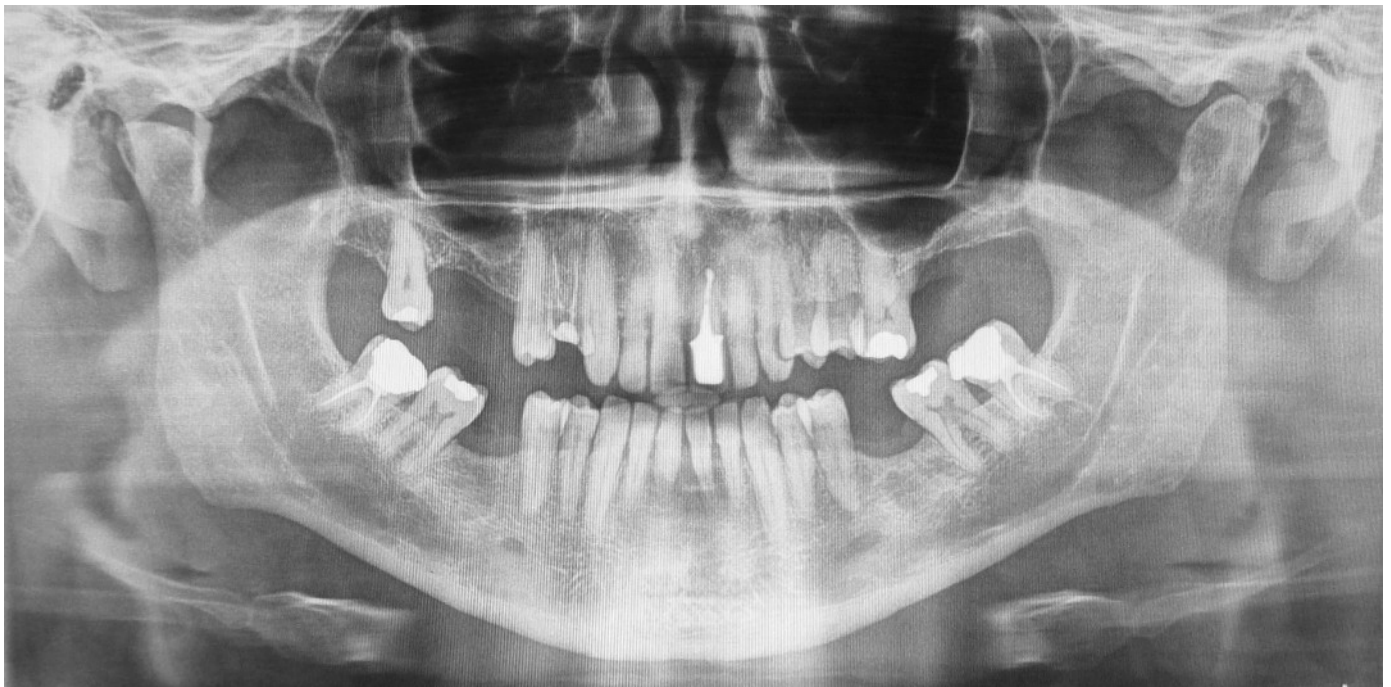
### 2.8.3.3. Examens complémentaires



RA centrée sur 14



RA centrée sur 23





## 2.9. Cas clinique n°9 : V. SABINE

### 2.9.1. Photographies



## 2.9.2. Anamnèse

Présentation V. Sabine, 54 ans, secrétaire

Motif de consultation Abscès secteur maxillaire droit ; récurrences régulières depuis 2 ans, le dernier épisode avait été traité en urgence avec de la clindamycine 6 mois plus tôt ; EVA = 0

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Patiente stressée, « grince des dents la nuit »
- Allergie(s) connue(s) : Pénicilline
- Traitement(s) : RAS
- Antécédents : Antidépresseurs (de 2001 à 2011)
- Patiente non fumeuse

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué matin, midi et soir avec une brosse à dents souple et un dentifrice « blancheur » (*Email Diamant*®)

Habitudes de vie Café (3 à 4 tasses par jour sans sucre)

## 2.9.3. Examen clinique

### 2.9.3.1. Examen exobuccal

Inspection RAS

Palpation

- Aucune adénopathie détectée à la palpation des chaînes ganglionnaires cervicales
- Examen des articulations temporo-mandibulaires :
  - 1) Absence de déviation
  - 2) Amplitude de l'ouverture buccale normale (3 travers de doigts)
  - 3) Absence de bruits articulaires lors des déplacements condyliens
  - 4) Absence de point douloureux à la palpation des ATM et de la musculature oro-faciale
  - 5) Dimension verticale d'occlusion non diminuée

### 2.9.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène buccodentaire

- Absence de plaque dentaire (indice de plaque de Silness et Loe : 0)
- Tartre présent en faible quantité en rétroincisif mandibulaire

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Fistule en vestibulaire de 15, associée à un érythème et une petite tuméfaction
- Biotype gingival : épais et plat
- Récessions gingivales entre 1 et 3 mm (16, 17, 18, 23, 34, 35, 37, 44, 45, 47)

Analyse dentaire

11, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 27, 28, 31, 32, 33, 38, 41, 42, 43	Présentes Asymptomatiques
15	CC
16	Amalgame mésio-occluso-palato-distal
23	Composite à tenon, à l'état de préparation (contact inter-arcades)
24	Amalgame mésio-occluso-distal
25, 36, 46	Absentes
26	Inlay-core, à l'état de préparation (contacts inter-arcades)
34, 44	Lésions cervicales d'usure
35, 45	Amalgames occlusaux Lésions cervicales d'usure
37, 47	Amalgames occlusaux Récessions gingivales (1 à 2 mm)
48	Amalgame occlusal

#### Analyse intra-arcade

Facettes d'usure (surfaces occlusales abrasées et reconstitutions occlusales planes)

#### Analyse statique inter-arcades

- *Sens transversal* : Décalage des centres inter-incisifs
- *Sens vertical* : Attrition généralisée
- *Sens antéropostérieur* : Surplomb augmenté légèrement (3 mm) (43)

#### Analyse dynamique inter-arcades

Pas d'interférence, pas de prématurité



Rétroalvéolaire centrée sur 15

### 2.9.3.3. Examens complémentaires





## 2.10. Cas clinique n°10 : B. LAHOUARIA

### 2.10.1. Photographies avec prothèse





## 2.10.2. Photographies sans prothèse



### **2.10.3. Anamnèse**

Présentation B. Lahouaria, 63 ans, retraitée

Motif de consultation La patiente souhaite une réhabilitation prothétique afin de pouvoir manger correctement. Les prothèses actuelles ont 4 ans : la prothèse amovible métallique maxillaire n'est pas rétentive et bascule lors de la mastication et la prothèse mandibulaire n'a jamais été portée.

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Hypertension artérielle (contrôlée) / Diabète de type 2 (équilibré) / Spondylarthrite ankylosante (CRP : 32 mg/L) / Anémie (10,9 g/dL) / Microcytose (VGM : 78 fL) / Uvéite / Hypercholestérolémie / Brûlures d'estomac
- Le dernier bilan sanguin date de 10 jours avant la consultation
- Allergie(s) connue(s) : Intolérance aux AINS
- Traitement(s) : Kardégic (antiagrégant plaquettaire) / Diamicron (antidiabétique oral) / Bydureon (antidiabétique oral) / Inexium (antisécrétoire gastrique) / Trimébutine (antispasmodique à visée digestive)
- Patiente non fumeuse

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué le soir (type de brosse à dents et dentifrice inconnus)

### **2.10.4. Examen clinique**

#### **2.10.4.1. Examen exobuccal**

Inspection RAS

Palpation RAS

#### **2.10.4.2. Examen endobuccal**

Analyse de l'hygiène buccodentaire

- Plaque visible à l'oeil nu et récoltable à la sonde en cervical (indice de plaque de Silness et Loe : 2)
- Tartre présent en intrasulculaire

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Aucune lésion muqueuse
- Inflammation gingivale généralisée
- Biotype gingival : épais et plat
- Pertes d'attache bimaxillaires généralisées (récessions gingivales généralisées, poches parodontales : 11 (M : 5 mm, D : 8 mm) ; 17 (M : 11 mm, D : 7 mm) avec saignement au sondage ; 21 (M : 9 mm, D : 5 mm) avec saignement au sondage ; 27 (M : 10 mm, D : 13 mm) avec saignement au sondage ; 33 (M : 5 mm) ; 37 (M : 5 mm) ; 43 (M : 6 mm) ; 47 (M : 5 mm, D : 4 mm))



### Analyse dentaire

11	Composite mésial Lésion carieuse secondaire Mobile (ARPA II)
12, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 35, 36, 38, 41, 42, 46, 48	Absentes
17, 33, 34, 37, 44, 45, 47	Présentes et asymptomatiques
21	Composite mésial
27	Composite occluso-mésial Lésion carieuse secondaire
43	Composite occlusal Mésioversion

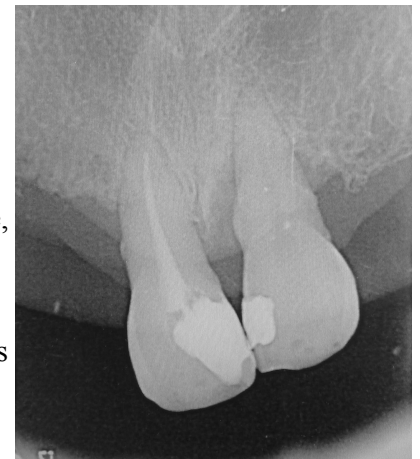
### Analyse intra-arcade RAS

### Analyse inter-arcades

2 contacts inter-arcades : entre 17 et 47 et entre 21 et 33

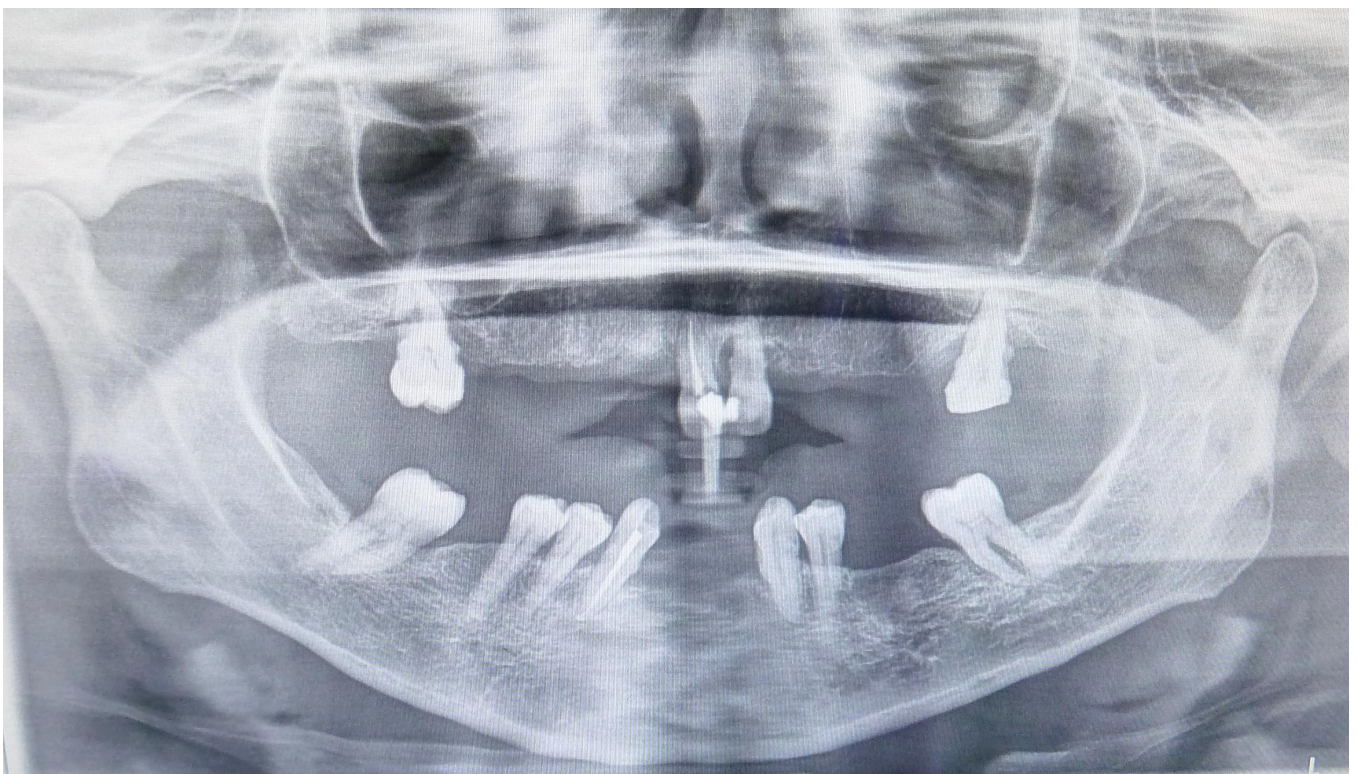
### Analyse des prothèses actuelles

- Dents supports en nombre insuffisant
- Occlusion non fonctionnelle (courbe de Spee non respectée, contacts inter-arcades insuffisants et non équilibrés)
- Crochet inesthétique sur 21
- Voûte palatine recouverte insuffisamment, ne permettant pas d'optimiser les forces d'adhésion
- Prothèse amovible partielle mandibulaire non supportée



Rétroalvéolaire centrée sur 11 et 21

### **2.10.4.3. Examens complémentaires**



## 2.11. Cas clinique n°11 : B. MALIKA

### 2.11.1. Photographies





## 2.11.2. Anamnèse

Présentation B. Malika, 52 ans, technicienne

Motif de consultation Craquements et douleurs lancinantes fréquentes (notamment en fin de repas) localisés au niveau de l'articulation temporomandibulaire droite (EVA = 8 en épisode aigu)

Questionnaire médical

- Pathologie(s) : Hypothyroïdie / Névralgies
- Allergie(s) connue(s) : Pénicillines / Nickel
- Antécédent(s) : Appendicite / Ablation vésicule biliaire / Hernie discale / Méatotomie (maxillaire gauche)
- Traitement(s) : Lévothyrox
- Patiente non fumeuse

Hygiène bucco-dentaire Brossage effectué matin, midi et soir avec une brosse à dents souple et un dentifrice du commerce (*Signal*®)

Habitudes notables Café / Thé / Grignotage / Consommation importante de sucres

## 2.11.3. Examen clinique

### 2.11.3.1. Examen exobuccal

Inspection

- Examen de la musculature faciale : muscles faciaux toniques
- Propulsion et diduction sans interférence (protection de groupe à gauche et à droite)

Palpation Amplitude de l'ouverture buccale normale (3 travers de doigts) avec bruit articulaire précoce type claquement unilatéral (coté droit)

### 2.11.3.2. Examen endobuccal

Analyse de l'hygiène buccodentaire

- Plaque non visible à l'oeil nu mais récoltable à la sonde en interdentaire (indice de plaque de Silness et Loe : 1)
- Tartre présent en faible quantité en interdentaire

Analyse des muqueuses et du parodonte

- Absence de lésion muqueuse
- Biotype gingival : épais et plat
- Inflammation gingivale légère à modérée localisée au niveau des papilles
- Pertes d'attache bimaxillaires généralisées : récessions gingivales (23, 33, 35, 36, 43, 45, 46, et 47) et poches parodontales sur 14 (D : 7 mm) ; 17 (D : 8 mm) ; 23 (D : 5 mm) ; 27 (M : 4 mm) ; 37 (M : 4 mm) ; 47 (M : 5 mm, D : 5 mm)

Analyse dentaire

11, 13	Composite distal
12, 22	Composite mésial
14, 23	CCM, pilier de bridge
15, 18, 24, 25, 26, 28, 38, 44, 48	Absentes
16	CC non adaptée en cervical, pilier de bridge + Lésion carieuse secondaire
17	Inlay-core + Lésion carieuse secondaire
21	Composites mésial et occlusal
27	CC, pilier de bridge
31, 32, 33, 41, 42, 43	Présentes et asymptomatiques
34	CCM
35, 36, 45	CC + Lésions carieuses secondaires
37	Amalgame occlusal
46	Amalgame mésioocclusodistal + Lésion carieuse secondaire

Analyse intra-arcade RAS

Analyse inter-arcades

- *Sens transversal* :
  - Décalage des centres interincisifs
  - Courbe de Wilson non respectée
- *Sens vertical* : 47 en égression (environ 2 mm)
- *Sens antéropostérieur* :
  - Courbe de Spee : Non respectée
  - Articulé serré
  - Classe d'Angle II division 2 à gauche et à droite



Rétroalvéolaire centrée sur 16

### 2.11.3.3. Examens complémentaires



### **3. DIAGNOSTICS ET PLANS DE TRAITEMENT**

## 3.1. Cas clinique n°1 : G. FRED

### 3.1.1. Synthèse diagnostique

21 :

- Nécrose pulpaire + Abscès périapical fistulisé (classe IV de Baume)
- Résorption radiculaire externe inflammatoire apicale, dont les signes sont (4):
  - 1) Evolution centripète et latérale
  - 2) Destruction du cément et de la dentine à la surface radiculaire
  - 3) Zone inflammatoire du tissu de soutien
  - 4) Pulpe nécrotique
  - 5) Signes radiologiques : disparition de la lamina dura, limites radiculaires irrégulières avec aspect en « sucre d'orge », élargissement ligamentaire
- Fracture amérodentinaire sans exposition pulpaire (classification d'Andreasen)
- Dyschromie interne (étiologie : dégénérescence du parenchyme pulpaire)

### 3.1.2. Prise en charge

Tout d'abord, contrôler la présence de l'autorisation parentale signée dans le dossier.

#### 3.1.2.1. Prise en charge du patient asthmatique

##### 3.1.2.1.1. Rappels

L'asthme est une pathologie inflammatoire chronique des bronches. Elle se traduit par la survenue de crises de dyspnée, réversibles spontanément ou sous l'effet des traitements. Les symptômes d'une crise d'asthme sont : une respiration sifflante, une oppression thoracique, une toux productive ou non, une gêne expiratoire, une cyanose en cas d'évolution défavorable, due à une hypoxie. (50)

Le traitement de l'asthme consiste en la prise d'un anti-inflammatoire (traitement de fond) ou par pulvérisation d'un bronchodilatateur (traitement d'appoint en cas de crise d'asthme). (34)

##### 3.1.2.1.2. Précautions au cabinet dentaire

###### 1) Précautions à l'égard du stress

La réduction du stress constitue une des meilleures préventions de la crise d'asthme. Ainsi les soins seront de courte durée et réalisés de préférence le matin (la sédation par inhalation de protoxyde d'azote constitue une approche de choix).

###### 2) Précautions à prendre dans le cadre de l'anesthésie

Vis-à-vis de l'anesthésie locale, deux éléments sont à considérer :

- les effets cardiostimulants des vasoconstricteurs (leur utilisation en association avec certains bronchodilatateurs peut précipiter certaines pathologies sous jacentes (ex : trouble du rythme, angine...))
- les propriétés allergènes des conservateurs. (28) (55)

###### 3) Précautions à l'égard du traitement suivi par le patient

Les patients faisant usage de bronchodilatateurs seront invités à apporter celui-ci à chaque séance, ce qui est le cas du patient F. GOMES. Avant toute procédure de longue durée ou anxiogène, il sera demandé au patient de procéder à titre préventif à une ou deux pulvérisations.

#### *4) Précautions à prendre dans le cadre des prescriptions*

Les AINS, les barbituriques et les narcotiques sont contre-indiqués chez le patient asthmatique, en raison de leur potentiel à précipiter une crise d'asthme.

Certains antibiotiques tels que l'érythromycine, la clindamycine sont contre-indiqués chez les patients asthmatiques traités par des médicaments à base de méthylxanthine à titre de bronchodilatateur.

Et pour les patients présentant de l'asthme allergique, une attention particulière doit être portée sur les antécédents de réactions allergiques aux antibiotiques. (12) (25) (39)

#### *5) Conduite à tenir en cas de crise au fauteuil*

- Arrêt immédiat des soins et libérer la cavité buccale
- Administrer un bronchodilatateur du type B2 mimétiques (*Ventoline®*)
- Assurer une oxygénation
- Si la crise d'asthme persiste, associer des corticoïdes
- En cas d'absence d'amélioration immédiate ou d'aggravation contacter le SAMU (12)

### **3.1.2.2. Traitement de l'urgence**

Si le drainage n'est pas obtenu par la voie canalaire, un drainage par voie chirurgicale sera recherché.

L'antibiothérapie n'est pas recommandée si le drainage est obtenu, car il n'y a pas de symptomatologie loco-régionale, ni générale. De plus, la prescription antalgique n'est pas nécessaire (pas de douleur).

Le patient doit être impérativement revu dans de brefs délais (48h) afin de contrôler la bonne résolution de l'infection. (10)

### **3.1.2.3. Traitement global**

#### *Assainissement de la cavité buccale*

- Encourager le patient à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire
- Procéder au débridement / détartrage / polissage bimaxillaire.

#### *Traitement endodontique 21*

- Alésage, mise en forme et désinfection intracanaire (hypochlorite de sodium 2,5%)

Temporiser par une médication intracanaire (hydroxyde de calcium), à renouveler tous les 3 mois jusqu'à objectiver l'arrêt du processus inflammatoire à l'apex cliniquement (canal sec, dent asymptomatique) et radiographiquement (apparition d'une image de réparation osseuse, retour à un aspect normal de la lamina dura). Utiliser un pansement coronaire étanche durant la temporisation.

- Obturation radiculaire effectuée si les conditions suivantes sont réunies :
  - 1) Nettoyage chimio-mécanique optimal

- 2) Dent asymptomatique
- 3) Canal sec
- Obturation coronaire (CVI + Composite)

Traitement restaurateur

Reconstituer l'angle mésial de 21 par technique directe (stratification)

**Rq :** L'éclaircissement ne peut être proposé car interdit avant 18 ans. (2)

Orientation ODF

Renseigner le patient sur la possibilité de réaliser un traitement orthodontique et l'adresser chez un praticien s'il est intéressé.

**NB :** Il faut s'assurer que la résorption externe à l'apex de 21 soit arrêtée avant d'entreprendre un traitement orthodontique, sinon mobiliser la dent risque de réactiver la résorption. (12)

Prophylaxie, maintenance et suivi personnalisé

- Scelllements prophylactiques des sillons de 16, 17, 26, 27, 36, 37, 46 et 47 avec un matériau à base de résine (si l'isolation des sites est assurée) (29)
- Réaliser une panoramique afin d'évaluer l'évolution des dents de sagesse
- Mise en place d'un suivi régulier, tous les ans, avec contrôle de vitalité des dents adjacentes et antagonistes au traumatisme. La périodicité des visites est choisie selon le risque présenté par le patient et la réponse tissulaire aux thérapeutiques mises en place.

Traitement prothétique définitif

Il faut s'assurer de la disparition de la résorption radiculaire, aucune décision définitive n'est à prendre avant cela. De plus afin d'assurer le rendu esthétique optimal sur le long terme, il convient d'attendre la fin de la croissance du patient avant d'entreprendre le traitement prothétique définitif. Elle ne sera pas mise en place avant les 18 ans du patient. (58)

- 2 solutions si 21 est conservable :
  - 1) Eclaircissement interne + Reconstitution directe par stratification
  - 2) Inlay-core + Couronne
- 3 solutions si 21 n'est pas conservable :
  - 1) Implant + Couronne
  - 2) Bridge collé
  - 3) Prothèse amovible partielle 1 dent

### **3.1.3. Pronostic**

- Pronostic favorable à court terme : pas de difficulté dans la prise en charge de l'infection
- Pronostic réservé à moyen terme quant à la conservation de 21 : l'arrêt du processus inflammatoire est difficile à garantir, de plus le traitement ODF risque de le réactiver
- Pronostic réservé à long terme pour 21 ainsi que pour le maintien de la vitalité des dents adjacentes et antagonistes. Il faut rester prudent pour tout traumatisme dentaire.

## **3.2. Cas clinique n°2 : E. NAJIM**

### **3.2.1. Synthèse diagnostique**

#### *Diagnostic dentaire*

- 28 : Pulpite irréversible + Lésions carieuses SISTA 1.1 et SISTA 2.3 (mésiale) + Egression (2 mm)
- 15 : A l'état de racines
- 18 : Lésion carieuse SISTA 2.1 (mésiale)
- 36, 37 : Lésions carieuses SISTA 1.1
- 46 : Lésion carieuse secondaire (distale) + Lésion inter-radiculaire de classe II (classification de Goldman et Cohen)
- 47 : Lésion carieuse secondaire (mésiale et distale)
- 48 : Lésion carieuse SISTA 2.4 (distale)

#### *Diagnostic parodontal*

Gingivite généralisée + Parodontite légère à modérée localisée au niveau de 46 (13) dont les signes sont :

- Signes cliniques : inflammation gingivale, oedème gingival, plaque dentaire abondante, saignements provoqués et poche parodontale 46
- Signes radiologiques : alvéolyse au niveau de 46, présence d'une radioclarité inter-radiculaire sur 46 et présence de spicules de tartre sous-gingivales.

Le diagnostic parodontal est à affiner par la réalisation d'un bilan parodontal et l'étude du bilan long cône.

### **3.2.2. Prise en charge**

#### **3.2.2.1. Prise en compte de la maladie de Bouveret**

##### **3.2.2.1.1. Rappels**

La maladie de Bouveret se manifeste par des crises de tachycardie brusques et en intermittence, provoquant de fortes palpitations.

Le patient peut ne pas être traité. Mais en cas d'accès fréquents avec crises prolongées, invalidantes et difficilement réduites par le patient lui-même, il est amené à prendre des antiarythmiques, des bêtabloquants ou des inhibiteurs calciques bradycardisants. (23) (24))

##### **3.2.2.1.2. Précautions au cabinet dentaire**

Il est important d'évaluer la fréquence et l'importance des crises, car la tachycardie peut s'accompagner, dans certains cas, de douleurs thoraciques, de malaises ou d'angoisses. Leur fréquence peut être très variable, allant d'un épisode isolé à de multiples crises parfois invalidantes.

Après avoir relevé la fréquence et l'ampleur des crises de tachycardie du patient (rares et facilement réduites par le patient lui-même), on parle ici de risque modéré pour M. E. Najim.



Aucune précaution particulière n'est à mettre en place. (23) (24)

### 3.2.2.2. Plan de traitement

#### Traitement de l'urgence

Avulsion 28 (aucun contact avec l'arcade antagoniste en occlusion, pas d'intérêt dans la suite des soins).

#### Thérapeutique parodontale initiale (32) (60)

Objectif : Maîtriser le facteur causal de la maladie parodontale, la plaque dentaire (13) (14)

I. Education thérapeutique du patient : Démarche pédagogique structurée afin de permettre au patient d'acquérir les compétences dont il a besoin pour mener à bien une thérapeutique (33) (42)

- 1) Motivation à l'hygiène buccodentaire et conseils diététiques (46)
- 2) Enseignement d'une technique de brossage personnalisée
- 3) Prescription de matériel de brossage adapté et d'antiseptiques locaux à base de chlorhexidine
- 4) Conseil d'arrêt du tabac : Indiquer au fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer et lui proposer des conseils ainsi qu'une assistance pour l'aider dans cette démarche. Tous les professionnels de santé doivent conseiller aux fumeurs d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé. La motivation à l'arrêt du tabac est essentielle, l'efficacité des traitements et le maintien à long terme des résultats étant moins optimistes chez un patient fumeur. (30)

II. Eliminer les facteurs de rétention de plaque : (32)

- 1) Avulsion 15, 18, 48
- 2) Débridement, détartrage, polissage bimaxillaire
- 3) Soins conservateurs :
  - Evaluation du risque carieux individuel (RCI) : RCI élevé, en effet le patient présente plusieurs facteurs de risque individuels définis par la HAS (absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré ; présence de plaque visible à l'oeil nu sans révélation ; présence de caries) (33)
  - 36, 37, 46, 47 : Curetage puis :
    - Choix 1 : Préparations respectant les critères de Black + Reconstitutions par amalgames
    - Choix 2 : Temporisation au CVI + Réévaluation du RCI au bout de 6 mois + Décision collages ou amalgames (2)
- 4) Traitement prothétique provisoire, il préfigure la prothèse d'usage, rapporte des informations sur la qualité de sa future intégration et temporise en attendant la cicatrisation parodontale : Prothèse amovible transitoire 1 dent 15

***NB :*** *Tant que le contrôle de plaque supragingival du patient n'est pas efficient, il ne faut pas passer à la suite du traitement.*

III. Séances thérapeutiques parodontales : Mise en place d'un traitement mécanique non chirurgical, par surfaçage à l'aveugle, à l'aide de curettes manuelles, ultrasonores, piezoélectriques

ou magnétostrictifs, il peut être associé à un/des traitement(s) chimique(s) (antiseptiques, antibiothérapie) et/ou laser. (26)

#### Réévaluation (26) (32)

Elle a lieu 6 à 8 semaines après le début de la thérapeutique parodontale initiale. Il s'agit du temps nécessaire à la cicatrisation des tissus et à l'obtention d'une réattache des tissus mous aux surfaces radiculaires.

La réévaluation consiste à reconsidérer la coopération du patient (contrôle de plaque) et l'état du parodonte (analyser l'état des tissus suite au traitement initial). Elle oriente la prise en charge parodontale en fonction des besoins du patient :

- Si absence de poches supérieures à 4 mm sans saignement au sondage : passer au traitement prothétique définitif et à la maintenance parodontale
- Si persistance de poches entre 4 et 5 mm sans saignement au sondage : procéder à une réinstrumentation non chirurgicale
- Si persistance de poches parodontales supérieures 5 mm et/ou avec saignement au sondage : passer au traitement chirurgical. Le traitement chirurgical n'est à envisager qu'après l'arrêt du tabac, si et seulement si le contrôle de plaque est satisfaisant. Il peut s'agir d'un lambeau d'assainissement ou de comblement/régénération tissulaire guidée

#### Traitement prothétique définitif

Uniquement si la maladie parodontale est stabilisée. Les choix thérapeutiques sont :

- Implant 15
- Prothèse amovible métallique 1 dent 15

**Rq :** La solution du bridge 14 – 15 – 16 n'est pas retenue car elle sera trop délabrante.

#### Thérapeutique parodontale de soutien (62)

Après le traitement actif les patients ont besoin d'une assistance professionnelle à intervalles réguliers pour préserver la santé parodontale retrouvée, éviter les récives et suppléer à tout traitement.

Mise en place d'un suivi tous les 3 mois pour E.Najim la première année, puis tous les 6 mois à vie.

### **3.2.3. Pronostics**

- Pronostic bon à court terme, l'avulsion de 28 ne présente pas de difficulté
- Pronostic réservé à moyen et long terme, car conditionné par la maîtrise des facteurs de risque parodontaux et carieux et par la motivation du patient.

### 3.3. Cas clinique n°3 : C. FRANCISCO

#### 3.3.1. Synthèse diagnostique

##### Diagnostic dentaire

- 14, 24 : A l'état de racine
- 16 : Pulpite réversible + Lésion carieuse SISTA 1.3
- 26, 36, 46 : Lésion carieuse SISTA 1.1

##### Diagnostic parodontal

Gingivite antérieure bimaxillaire

#### 3.3.2. Traitement

Tout d'abord, contrôler la présence de l'autorisation parentale signée dans le dossier

##### Assainissement de la cavité buccale

- Motivation à l'hygiène buccodentaire
- Education thérapeutique du patient
- Conseils diététiques
- Prescription du matériel de brossage adapté (brosse à dents souple et dentifrice bifluoré 2500 ppm)
- Débridement, détartrage et polissage bimaxillaire
- Avulsions : 14, 24

##### Soins conservateurs

- RCI élevé (absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré ; présence de plaque visible à l'oeil nu sans révélation ; présence de caries) (33)

**NB :** *Recommandations chez les enfants à risque carieux élevé. Les actes de prophylaxie les plus adaptés doivent être proposés : application de vernis fluoré ou de gel fluoré deux fois par an et scellement des sillons des premières et secondes molaires permanentes et leur réparation.*

- 16 : Curetage + Tenter de conserver la vitalité pulpaire, 3 solutions possibles :
  - 1) Protection pulpodentinaire : pansement sédatif eugénol-Zno (IRM)
  - 2) Coiffage indirect si proximité pulpaire : le choix du fond de cavité est réalisé en fonction de la protection souhaitée (thermique, bioactivité...)
  - 3) Coiffage direct si effraction pulpaire : avec hydroxyde de calcium, possible ici car pulpe jeune, réalisé uniquement si hémostase pulpairePuis préparation respectant les critères de Black + Reconstitution par amalgame
- 26, 36, 46 : Curetages puis :
  - Choix 1 : Préparations respectant les critères de Black + Reconstitutions par amalgames
  - Choix 2 : Temporisation au CVI + Réévaluation du RCI au bout de 6 mois + Décision collages ou amalgames (2)
- 17, 27, 37, 47 : Prévoir le scellement des sillons après éruption

### ODF

Adresser le patient chez un orthodontiste et se mettre en relation avec lui pour fermer les espaces laissés suite aux extractions de 14 et 24, avec finition en classe 2 molaire thérapeutique et surveillance de 47 qui semble bloquée sous le collet de 46.

### Suivi et maintenance

Mise en place d'un contrôle tous les 6 mois.

### **3.3.3. Pronostic**

Pronostic favorable si patient motivé

## **3.4. Cas clinique n°4 : D. CEDRIC**

### **3.4.1. Synthèse diagnostique**

#### Urgence

27 : Pulpite irréversible (classe III de Baume) + Parodontite apicale aiguë + Lésion carieuse SISTA 2.4

#### Autre

- 13, 23 : Lésions carieuses SISTA 3.2
- 14, 21, 24, 44, 46, 47, 48 : A l'état de racines
- 15, 16, 17, 18, 22, 26, 37, 45 : Lésions carieuses secondaires
- 28 : Nécrose pulpaire (classe IV de Baume) + Lésion carieuse secondaire
- 33, 34, 43 : Lésions carieuses SISTA 3.1

### **3.4.2. Prise en charge**

#### **3.4.2.1. Prise en compte de la spondylarthrite ankylosante**

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire appartenant au groupe des spondylarthropathies. Elle touche, le plus souvent, les adultes jeunes avant 40 ans.

Elle est caractérisée par une atteinte rachidienne et sacro-iliaque, des atteintes rhumatismales périphériques (présentes dans 50% des cas) et des manifestations extrarhumatismales (la plus fréquente est l'uvéite antérieure aiguë, présente dans 10 à 30 % des cas, parfois révélatrice).

L'évolution chronique de la spondylarthrite ankylosante se fait par poussées inflammatoires douloureuses, entrecoupées de périodes de rémission, à l'origine d'un handicap fonctionnel dans les formes sévères. (6)

Elle peut être traitée par : AINS (traitement de base) / Antalgiques / Corticoïdes (surtout par voie locale) / Traitement de fond (ex : biphosphonates) / Kinésithérapie, orthopédie (corsets) / Traitements chirurgicaux (rares) (49)

Au cabinet, veiller à ne pas prescrire d'AINS si le patient en prend déjà, et privilégier la position demi-assise à celle allongée en cas de douleurs rachidiennes.

#### **3.4.2.2. Prise en charge**

##### Traitement de l'urgence

- 27 : Pulpotomie + Mise en sous-occlusion (réduction oclusale a minima) (10)
- Prescription antalgique : Paracétamol 1g toutes les 6h en cas de douleurs

**Rq :** Le traitement endodontique ne peut être conduit dans le même séance car il y a une atteinte ligamentaire associée. (10)

##### Assainissement de la cavité buccale

- Motivation à l'hygiène buccodentaire
- Education thérapeutique
- Prescription de matériel de brossage adapté et antiseptiques locaux à base de chlorhexidine
- Débridement, détartrage, polissage bimaxillaire
- Conseil d'arrêt du tabac
- Avulsions 14, 18, 21, 24, 28, 44, 46, 47 et 48

Traitement prothétique provisoire (8)

**Rq :** Les modèles ne peuvent être montés en ICM car le patient ne présente pas assez de contacts reproductibles. Ils seront donc, en l'absence de pathologies de l'ATM, montés en RC.

Chronologie :

- 1) Empreintes préliminaires afin de créer les modèles d'étude
- 2) Enregistrement de la RIM en RC + Montage des modèles d'étude sur articulateur semi-adaptable (à l'aide d'un arc facial et de bases d'occlusion) + Choix de teinte des dents prothétiques provisoires
- 3) Analyse des courbes d'occlusion avec la technique du drapeau
- 4) Au laboratoire : Elaboration des cires de diagnostic pour les prothèses fixées (16 et 26) et des montages directeurs des prothèses amovibles (14, 21, 24 et 36, 44, 46, 47).
- 5) Essayage des montages directeurs (si les CC de 16 et/ou 26 entre(nt) en interférence avec le montage directeur mandibulaire, il est possible de démonter les dents concernées du montage afin d'au moins essayer les autres couples de dents) + Envoi au laboratoire pour polymérisation après validation esthétique et fonctionnelle (RIM et DV)
- 6) 16 et 26 : Démontage des CC + Curetage + Isomoulage des modèles d'étude + Confection provisoire + Livraison des prothèses amovibles provisoires (14, 21, 24 et 36, 44, 46, 47) + Equilibration primaire
- 7) Equilibration secondaire et doléances

**NB :** Concernant la réalisation des provisoires sur 16 et 26, elle sera faite sans tenon si la future RCR est un composite à tenon ou avec tenon si la future RCR est un inlay-core. L'indication de la RCR sera posée en fonction du nombre de parois résiduelles après la dépose des couronnes et le curetage.

Le traitement prothétique provisoire permettra de :

- 1) Tester la proposition thérapeutique durant une période de temporisation
- 2) Récupérer le calage postérieur et une occlusion physiologique
- 3) Guider la cicatrisation muqueuse et osseuse
- 4) Améliorer l'esthétique du sourire

Traitements endodontiques, restaurateurs et RCR

Soigner en priorité les dents symptomatiques, puis celles dont la vitalité pulpaire peut être préservée :

- 27 : Dépose pansement provisoire + Traitement endodontique initial + Reconstitution par amalgame à tenon
- 15, 37 : Déposes amalgames + Curetages + Poses fonds de cavité (ex : IRM) puis :
  - Choix 1 : Reconstitutions directes par amalgames
  - Choix 2 : Temporisation + Réévaluation du CVI au bout de 6 mois + Décision collages

- ou amalgames (2)
- 13, 23, 33, 34, 43 : Curetages + Reconstitutions directes par composites (ou par CVIMAR si l'isolation salivaire n'est pas assurée) (34)
  - 22 : Dépose amalgame + Curetage + Reconstitution directe par composite
  - 16, 26 : Déposes provisoires + Retraitements endodontiques + RCR + Rebasages provisoires
  - 17, 45 : Déposes amalgames + Curetages + Retraitements endodontiques + Reconstitutions directes par amalgames à tenon (ou composites à tenon après temporisation)

#### Traitement prothétique définitif

A entreprendre après avoir validé l'occlusion thérapeutique :

- 16, 26 : Couronnes fraisées
- Prothèse amovible métallique 3 dents maxillaire (14, 21, 24) et prothèse amovible métallique 4 dents mandibulaire (36, 44, 46, 47)

#### Prophylaxie, maintenance et suivi personnalisé

Mise en place d'un suivi régulier, tous les 6 mois.

### **3.4.3. Pronostic**

- Pronostic très réservé à court terme, car la lésion carieuse sur la 27 est très volumineuse, ce qui compromet la possibilité de la conserver après curetage
- Pronostic réservé à moyen et long terme, car dépendant de nombreux facteurs. (motivation du patient, gestion du risque carieux, conservation des dents fortement cariées, réussite des actes techniques...)

## **3.5. Cas clinique n°5 : L. GAEL**

### **3.5.1. Synthèse diagnostique**

#### Urgence

Cellulite aiguë séreuse génienne haute (dent causale : 26)

#### Autres

- 13 : Lésion carieuse SISTA 3.0
- 16 : LIPOE
- 18 : Nécrosée + Egressée (1mm) + Lésion carieuse SISTA 1.4
- 21 : En voie de nécrose + Dyschromie intrinsèque
- 23, 44 : Lésions carieuses SISTA 3.1
- 24 : Lésion carieuse secondaire + Lésion carieuse SISTA 3.0
- 25 : Lésions carieuses SISTA 2.2 (mésiale et distale)
- 26 : Lésion carieuse SISTA 1.4 + Mobile (ARPA II)
- 27 : Lésions carieuses SISTA 2.2 (distale)
- 28 : Pulpite réversible (classe II de Baume) + Lésion carieuse SISTA 1.4
- 36, 46, 48 : A l'état de racines
- 37 : Lésion carieuse SISTA 2.4 (distale)
- 38 : Lésion carieuse SISTA 1.4

### **3.5.2. Prise en charge**

#### Traitement de l'urgence

- Avulsion 26 + Régularisation osseuse éventuelle
- Prescription antibiotique : Amoxicilline (1g matin et soir pendant 7 jours, à prendre au cours du repas) + Prescription antalgique de palier 2 : Paracétamol codéiné (500/30 mg 1 matin, midi et soir pendant 3 jours) (3)
- Conseils post-opératoires : (52) (61)
  - 1) Saignement : mordre sur une compresse pendant 15 minutes en cas de saignement ; éviter de cracher pendant les premières 24h, de boire ou manger chaud, ainsi que les bains de bouche
  - 2) Oedème post-opératoire : appliquer une poche de glace pour limiter l'oedème
  - 3) Brossage : prescription d'une brosse à dents chirurgicale et brosser le site d'extraction pendant 10 jours
  - 4) Alimentation : alimentation tiède à froide les 24 premières heures et éviter les aliments de petite granulométrie
  - 5) Alcool et tabac : diminuer au maximum la consommation afin d'éviter tout problème de cicatrisation
  - 6) Activités sportives : à éviter le jour de l'avulsion
  - 7) Eviter d'éternuer la bouche fermée ou tout mouchage violent pour limiter le risque de communication bucco-sinusienne



- Revoir le patient 48h après la consultation afin de contrôler la bonne régression des symptômes cliniques et s'assurer de l'absence de complications post-opératoires

#### Assainissement de la cavité buccale

- Motivation à l'hygiène buccodentaire
- Education thérapeutique du patient
- Prescription de matériel de brossage adapté et antiseptiques locaux à base de chlorhexidine
- Conseil d'arrêt du tabac

#### Débridement, détartrage et polissage bimaxillaire.

- Avulsion : 18, 28, 36, 37, 38, 46, 48

#### Traitements endodontiques / restaurateurs et prothétique provisoire

- 13 : Pose vernis fluoré en cervical
- 23, 44 : Curetages + Reconstitutions directes par composites (ou par CVIMAR si l'isolation salivaire n'est pas assurée) (41)
- 24 : Curetage + Pose fond de cavité (ex : IRM) + Reconstitution par amalgame (ou composite après temporisation)
- 25, 27 : Curetages + Reconstitutions par amalgames (ou composites après temporisation)
- 16 : Démontage CC et RCR + Curetage + Retraitement endodontique + Préparation périphérique totale + RCR + Confection provisoire (+/- à tenon selon la RCR choisie)
- 21 : Traitement endodontique initial + Eclaircissement interne + Obturation coronaire provisoire

**Rq 1 :** La nouvelle réglementation concernant les produits d'éclaircissement dentaire à usage interne (dents dépulpées) autorise les chirurgiens-dentistes à utiliser des produits contenant jusqu' 35 % de peroxyde d'hydrogène. (2)

**Rq 2 :** Protocole pour l'éclaircissement interne :

- 1) Evider l'obturation canalaire jusqu'à 2 mm de la jonction amélo-dentinaire
- 2) Protéger l'obturation canalaire par un ciment étanche au niveau de la jonction amélo-dentinaire + Poser du peroxyde d'hydrogène dans la chambre pulpaire + Recouvrir le tout d'un pansement étanche
- 3) Laisser au plus une semaine et renouveler la processus jusqu'à obtention du résultat souhaité (11) (16)

**Rq 3 :** Les contre-indications à l'éclaircissement interne sont les fêlures, les fractures, les hypoplasies et les délabrements coronaires trop importants. (16) (38)

#### Orientation ODF

Renseigner le patient sur la possibilité de réaliser un traitement orthodontique et l'y adresser s'il est intéressé (avis orthodontique impératif avant la prothèse, si le patient est intéressé).

#### Traitement prothétique

- 16 : Couronne (fraisée si associée à une prothèse amovible métallique maxillaire)
- 2 solutions pour remplacer 26 :
  - 1) Implant et couronne
  - 2) Prothèse amovible métallique 1 dent

- 2 solutions pour remplacer 36, 37, 46 :
  - 1) Implants et couronnes
  - 2) Prothèse amovible métallique 3 dents

Prophylaxie, maintenance et suivi personnalisé

Mise en place d'un suivi régulier, tous les 6 mois.

### **3.5.3. Pronostic**

- Pronostic bon à court terme : si le traitement est bien conduit l'évolution se fera vers la résolution de l'infection. En cas de signes cliniques qui persistent voire empirent (affaiblissement de l'état général, suppuration de l'alvéole...) il faudra demander l'arrêt du traitement antibiotique en cours et prescrire un traitement antibiotique de deuxième intention : Amoxicilline – Acide clavulanique (8/1, 1g, matin et soir pendant 7 jours). (3)
- Pronostic bon à moyen terme : le plan de traitement ne présente pas de difficulté particulière
- Pronostic réservé à long terme : il dépend de la motivation du patient à adopter une hygiène buccodentaire rigoureuse et de son assiduité dans la maintenance chez le chirurgien-dentiste.

## **3.6. Cas clinique n°6 : B. JEAN-LUC**

### **3.6.1. Synthèse diagnostique**

#### Diagnostic dentaire

- 48 : Lésion carieuse SISTA 1.1 + Lésion inter-radulaire de classe II (classification de Hamp et Nyman)
- Edentements de classe III modification 3 maxillaire et mandibulaire (classification de Kennedy)
- Dyschromies extrinsèques généralisées (étiologies multiples : tabac, hyposialie...)

#### Diagnostic parodontal

- Parodontite chronique débutante à modérée, diagnostic à affiner par la réalisation d'un bilan parodontal
  - 1) Signes cliniques : Inflammation gingivale, poches parodontales avec saignements au sondage
  - 2) Signes radiologiques : Au maxillaire le niveau d'os est diminué d'un tiers et à la mandibule il est diminué d'un tiers en postérieur et de la moitié en antérieur.
- Hyposialie

### **3.6.2. Prise en charge**

#### **3.6.2.1. Prise en compte de la consommation tabagique**

Le tabac représente la cause essentielle de cancer des VADS. Le risque croît avec la quantité de tabac consommée et l'ancienneté du tabagisme. On estime le seuil critique à 20 PA. (25)

Au vu de la consommation tabagique élevée du patient B. JEAN-LUC (40 PA), il est nécessaire de réaliser une inspection approfondie de la cavité buccale à la recherche d'une éventuelle lésion suspecte. Au moindre doute, adresser le patient à un ORL.

#### **3.6.2.2. Prise en compte du traitement par antidépresseurs tricycliques**

##### **3.6.2.2.1. Rappels**

Les antidépresseurs appartiennent à la catégorie des psychotropes.

La classification pharmacoclinique des antidépresseurs distingue :

- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (non sélectifs et sélectifs A)
- les antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques)
- les antidépresseurs non imipraminiques, non IMAO : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; les atypiques (19) (59)

##### **3.6.2.2.2. Conséquences des antidépresseurs tricycliques sur la cavité buccale**

La prise régulière et surtout prolongée des antidépresseurs tricycliques entraîne des manifestations

buccodentaires fréquentes dominées par la sécheresse, très importante, de la cavité buccale. La réduction du flux salivaire augmente le risque de lésions carieuses, de candidose buccale (avec sensation de brûlure), de gingivite ou parodontite et d'anomalies fonctionnelles orales (ex : altération du goût).

Les effets secondaires buccodentaires des psychotropes doivent être connus et contrôlés avec efficacité, pour ne pas entraîner d'importantes dégradations de la denture, sources d'inconfort, mais aussi d'une sensation de déchéance aggravant la psychose initiale du patient. (19) (59)

### **3.6.2.2.3. Précautions au cabinet dentaire**

#### Mesures à mettre en place de manière générale (18) (37)

Un certain nombre de mesures s'imposent :

- Instauration d'une thérapeutique sialogogue
- Réduction de la consommation de sucres
- Adjonction systématique de bains de bouche alcalins et, en cas de candidose, des antifongiques buccaux
- Mise en place d'une hygiène buccodentaire adaptée
- Administration de fluorures
- Si des prothèses amovibles sont nécessaires, privilégier le métal à la résine et les entretenir régulièrement avec une solution alcaline ; les muqueuses desséchées refusent l'adhérence (ce contexte nécessite la réalisation de prothèses aussi parfaites et équilibrées que possible)

#### Précautions particulières : sédatifs et anesthésie locale

- L'utilisation d'anxiolytiques, de barbituriques et d'autres sédatifs doit être soigneusement contrôlée chez les patients recevant des tricycliques en raison de l'addition des effets antidépresseurs.
- Les anesthésiques locaux contenant des vasoconstricteurs doivent être utilisés avec précaution chez les patients recevant des antidépresseurs tricycliques, car ils potentialisent l'effet de l'adrénaline et l'administration de doses élevées ou l'injection intravasculaire accidentelle d'anesthésiques locaux peut précipiter des complications (arythmie, tachycardie, poussées d'hypertension artérielle etc...)  
C'est pourquoi leur utilisation doit être lente et précédée d'un test d'aspiration. (44)

### **3.6.2.3. Plan de traitement global**

#### Thérapeutique parodontale initiale (32) (60)

##### I. Education thérapeutique du patient (33) (42)

- 1) Motivation à l'hygiène buccodentaire (46)
- 2) Enseignement d'une technique de brossage personnalisée
- 3) Prescription de matériel de brossage adapté (brosse à dents souple avec dentifrice fluoré) et d'antiseptiques locaux à base de chlorhexidine
- 4) Conseil d'arrêt du tabac (30)

##### II. Eliminer les facteurs de rétention de plaque (32)

1) Débridement, détartrage supragingival et aéropolissage

**Rq.:** *Indications de l'aéropolissage :*

- soins de prophylaxie pratiqués après un détartrage
- nettoyage des fissures profondes et des espaces interdentaires
- nettoyage des surfaces dentaires (élimination des colorations et de la plaque dentaire)
- nettoyage des dents avant fluoration
- élimination des résidus de ciment temporaire.

*La littérature scientifique confirme très largement l'efficacité de l'aéro-polisseur pour éliminer colorations et plaque sur les surfaces dentaires. (5) (9) (38)*

2) Soins conservateurs / endodontiques et traitement prothétique provisoire

- RCI élevé (absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré ; prise au long cours de médicaments générant une hyposialie, présence de carie) (33)
- 48 : Curetage puis :
  - Choix 1 : Préparation respectant les critères de Black + Reconstitution par amalgame
  - Choix 2 : Temporisation au CVI + Réévaluation du RCI au bout de 6 mois + Décision collage ou amalgame (2)
- 15 : Dépose pansement + Retraitement endodontique + Préparation périphérique totale + Confection inlay-core et provisoire

Tant que le contrôle de plaque supragingival n'est pas maîtrisé, il ne faut pas passer à la suite du traitement.

III. Séances thérapeutiques parodontales (26)

Réévaluation (26) (32)

Orientation ODF

Renseigner le patient sur la possibilité de réaliser un traitement orthodontique. Il ne sera entrepris que si les signes inflammatoires ont disparu, associé à un contrôle de plaque supragingival maîtrisé. En effet, les déplacements dentaires provoqués sur un terrain inflammatoire induisent une aggravation de la perte d'attache. L'orthodontie dans le traitement parodontal a pour but de recréer un cadre anatomique et fonctionnel favorable à une maintenance parodontale.

Demander à l'orthodontiste de tracter 15 pour pouvoir la couronner.

Thérapeutique prothétique définitive

Le traitement prothétique définitif n'est à entreprendre qu'après s'être assuré du maintien de la santé parodontale, sinon il faut reprendre les séances thérapeutiques et temporiser.

- 15 : Couronne (fraisée si associée à une prothèse amovible métallique maxillaire)
- 2 solutions si le traitement ODF a fermé tous les espaces interdentaires :
  - 1) Implant + Couronne 27
  - 2) Prothèse amovible métallique 1 dent maxillaire 27
- 2 solutions si le traitement ODF a fermé les espaces entre 15 – 17 et 35 – 37 :
  - 1) Implants + Couronnes 26, 46
  - 2) Prothèses amovibles métalliques 1 dent maxillaire 26 et mandibulaire 46

- 2 solutions si le traitement ODF a fermé uniquement l'espace entre 35 – 37 :
  - 1) Implants + Couronnes 26, 47
  - 2) Prothèses amovibles métalliques 1 dent maxillaire 26 et mandibulaire 47
- 2 solutions si le traitement ODF a fermé uniquement l'espace entre 35 – 37 :
  - 1) Implants + Couronnes 26, 47 et Bridge 15 – 16 – 17
  - 2) Prothèse amovible métallique 2 dents maxillaire 16, 26 et prothèse amovible métallique 1 dent mandibulaire 47

Thérapeutique parodontale de soutien (62)

Mise en place d'un suivi régulier, tous les 3 mois

### 3.6.3. Pronostic

- Pas de pronostic à court terme : La réponse au motif de consultation ne sera pas apportée à court terme.
- Pronostic réservé à moyen terme : les demandes esthétiques sont toujours délicates car elles dépendent du niveau d'exigence du patient quant au résultat et sont à analyser avec prudence.

Néanmoins le patient présente ici des colorations qui semblent pouvoir être aisément retirées à l'aide de l'aéro-polisseur et les malpositions seront prises en charge par l'orthodontiste. Si des tâches persistent après ce traitement, il faut se référer au gradient thérapeutique d'Attal et Tirlet (Figure 1) pour répondre à la demande du patient, en respectant l'économie tissulaire.

- Pronostic réservé à long terme, il est principalement conditionné par la motivation du patient à arrêter le tabac, maintenir une hygiène bucco-dentaire adaptée et son assiduité dans la maintenance parodontale.

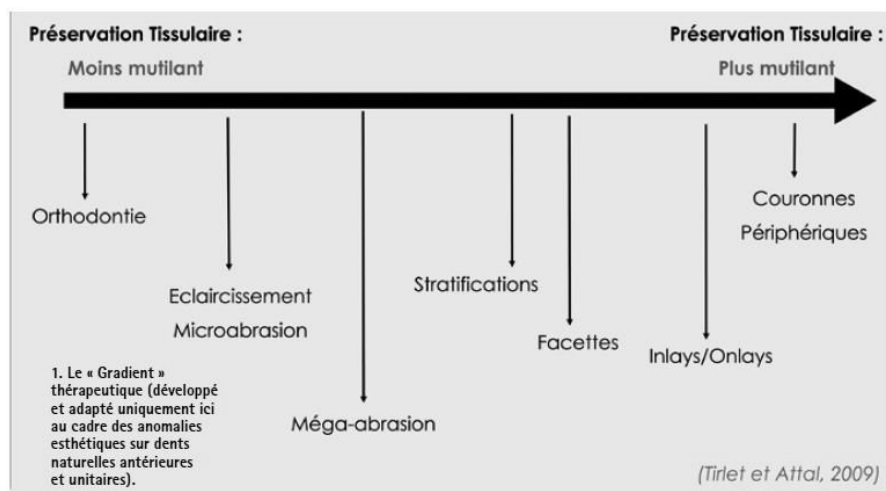


Figure 1 Le gradient thérapeutique, selon Attal et Tirlet (2009)

## 3.7. Cas clinique n°7 : M. ANTHONY

### 3.7.1. Synthèse diagnostique

- Oedème léger au niveau des lèvres supérieure et inférieure, coté droit
- Lésion simple à type de dermabrasion sur le versant interne de la lèvre inférieure, en regard de 42. Il s'agit d'une ecchymose sanguinolente, associée à un oedème, de 2 cm de diamètre
- 11 : Pulpite irréversible + Fracture amérodentinaire avec exposition pulpaire
- 12 : Fracture amérodentinaire sans exposition pulpaire + Subluxation
- 42 : Fracture amélaire

### 3.7.2. Prise en charge

#### 3.7.2.1. Traitement de l'urgence

##### Rassurer le patient

##### Nettoyage, désinfection et parage des plaies

Frotter doucement les lésions muqueuses avec une compresse stérile imbibée de solution antiseptique (ex : Dakin) puis assurer l'hémostase par compression pendant 5 minutes si besoin. Aucune suture n'est nécessaire ici.

##### Prise en charge des dents fracturées (21)

La difficulté repose sur les reconstitutions provisoires de 11 et 12.

Elles sont indispensables pour éviter l'égression des dents antagonistes (41, 42) et rétablir un sourire esthétique. Nous ne disposons pas des fragments coronaires fracturés dans ce cas.

Reconstituer la couronne de 11 et 12 par un composite par stratification n'est pas une solution envisageable car la surface à remplacer est trop volumineuse, de plus le recouvrement des incisives maxillaires est très important (6 mm). Ces deux facteurs de risque induiraient un décollement ou une fracture à court terme des reconstitutions collées.

Ces deux dents seront à couronner, il faut donc créer des couronnes provisoires. 11 étant en pulpite irréversible, son traitement endodontique est indispensable. 12 doit aussi être traitée endodontiquement, car l'ancrage intracanalair est nécessaire à la rétention de sa couronne de part la faible hauteur coronaire résiduelle et la supraclusion importante avec 41 et 42.

Chronologie :

- 11, 12 : Traitement endodontique initial + Confection provisoire à tenon
- Prescription antalgique niveau 1 (paracétamol, 1g, 1 boîte)

##### Rédaction du certificat médical initial (40)

Le certificat médical initial est un document médico-légal permettant au patient de faire valoir ses droits dans la réparation des dommages corporels subis ainsi que ses indemnisations. Il est rédigé et délivré par le premier médecin examinant le patient après l'accident.

Il doit mentionner :

- l'identification du patient et du praticien
- la description du traumatisme « selon les dires du patient » (ajouter la mention « accident du travail » dans le cas de M. Anthony)
- la totalité des lésions constatées
- les soins dispensés en rapport avec le traumatisme
- les réserves prises concernant l'avenir à moyen et long terme des dents en rapport avec le traumatisme, ainsi que les dents adjacentes et antagonistes.
- la note « Certificat remis en main propre au patient NOM PRENOM pour faire valoir ce que de droit »
- la date et la signature du praticien

### **3.7.2.2. Traitement différé**

#### Contrôle de la cicatrisation

Revoir le patient une semaine après le traumatisme afin de vérifier la bonne cicatrisation des muqueuses et du desmodonte.

#### Bilan bucco-dentaire

Prise en charge bucco-dentaire classique, avec soins éventuels.

#### Prothèses définitives

Après disparition des signes cliniques, bonne cicatrisation du desmodonte, et en fin de traitement global, les prothèses définitives peuvent être mises en place : Inlay-cores + Couronnes pour 11 et 12.

#### Prophylaxie, maintenance et suivi personnalisé

Mise en place d'un suivi régulier, tous les 3 mois la première année puis tous les 6 mois, avec contrôles cliniques (notamment tests de vitalité de 42 et des dents adjacentes et antagonistes au traumatisme) et radiographiques.

### **3.7.3. Pronostic**

- Pronostic bon à court terme, bien que la confection des provisoires soit chronophage, aucune difficulté particulière dans la prise en charge de ce traumatisme
- Pronostic réservé à moyen et long terme sur la vitalité et la conservation des dents traumatisées et des dents adjacentes et antagonistes.



## 3.8. Cas clinique n°8 : A. CEDRIC

### 3.8.1. Synthèse diagnostique

#### Diagnostic dentaire

- 14 : A l'état de racine
- 18 : Lésion carieuse secondaire
- 23 : Lésion carieuse SISTA 2.3 (distal) + Nécrose pulpaire
- 26 : Egression 2 mm
- 31 : Récession gingivale de classe I (classification de Miller)
- 41 : Récession gingivale de classe II (classification de Miller)
- 38, 48 : Reconstitutions coronaires volumineuses et non étanches
- Edentement classe II modification 1 au maxillaire et classe III modification 1 à la mandibule (classification de Kennedy)
- Crêtes en classe IV pour 16, 17, 27 et en classe V pour 36, 46 (classification de Cawood et Howell)

#### Diagnostic parodontal

Le patient présente une maladie parodontale antérieure bimaxillaire (32) :

- Signes cliniques : Inflammation gingivale, plaque dentaire abondante, saignements provoqués, récessions gingivales
- Signes radiologiques : niveau osseux diminué entre un tiers en antérieur bimaxillaire, présence de spicules de tartre sous-gingivales

Le diagnostic est à affiner par la réalisation du bilan parodontal et l'étude du bilan long cône.

### 3.8.2. Prise en charge

#### 3.8.2.1. Précautions

- Allergie au latex : Utiliser des gants en vinyle
- Brûlures d'estomac : Eviter la prescription d'AINS

#### 3.8.2.2. Traitement

#### Thérapeutique parodontale initiale (32) (60)

##### I. Education thérapeutique du patient (33) (42)

- 1) Motivation à l'hygiène buccodentaire (46)
- 2) Enseignement d'une technique de brossage personnalisée
- 3) Prescription de matériel de brossage adapté et d'antiseptiques locaux à base de chlorhexidine
- 4) Conseil d'arrêt du tabac (30)

##### II. Eliminer les facteurs de rétention de plaque (32)

- 1) Débridement, détartrage et polissage bimaxillaire

- 2) Avulsion 14 (trop délabrée)
- 3) Trouver et supprimer l'(es) étiologie(s) des récessions gingivales (31, 41).

**Rq :** Une récession gingivale est une exposition buccale de la surface radiculaire due à la migration apicale de la gencive marginale au-delà de la jonction amélo-cémentaire.

*Elle peut être multifactorielle : Hygiène orale déficiente (biofilm) / Pathologie parodontale / Tabac / Restaurations inadéquates / Frein iatrogène / Anomalie de position dentaire / Trauma occlusal / Habitudes nocives / Traumatisme (ex : brossage dentaire appuyé, piercing, traitement orthodontique) (47)*

- 4) Soins conservateurs / endodontiques et traitement prothétique provisoire :
  - RCI élevé (absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré ; présence de plaque visible à l'oeil nu sans révélation ; présence de caries) (33)
  - 18 : Dépose amalgame + Curetage puis :
    - Choix 1 : Préparation suivant les critères de Black + Pose fond de cavité (ex : IRM) + Reconstitution par amalgame
    - Choix 2 : Temporisation au CVI + Réévaluation du RCI au bout de 6 mois + Décision collage ou amalgame (2)
  - 23 : Curetage + Traitement endodontique initial + Pose CVI (technique sandwich fermé) + Reconstitution directe par composite
  - 38, 48 : Isomoulages + Déposes amalgames + Curetages + Retraitements endodontiques + Préparations périphériques totales + Confections composites à tenon et provisoires
  - 26 : Coronoplasties sur modèles d'étude montés sur articulateur (respectant les courbes de Spee et de Wilson, ainsi qu'une cinématique mandibulaire fonctionnelle) + Isomoulage du modèle d'étude + Dépose amalgame + Traitement endodontique initial + Préparation périphérique totale + Confection RCR (inlay-core s'il est ensuite décidé de faire une prothèse amovible métallique maxillaire 3 dents OU composite à tenon) et provisoire

Tant que le contrôle de plaque supragingivale n'est pas maîtrisé, il ne faut pas passer à la suite du traitement.

### III. Séances thérapeutiques parodontales (26)

#### Réévaluation (26) (32)

#### Traitement des récessions gingivales (1)

Identifier et éliminer l'(les) agent(s) responsable(s) de l'apparition des lésions pour éviter les récurrences après le traitement. La stabilisation la maladie parodontale est ici un préalable indispensable.

Le traitement des récessions gingivales a pour objectif un recouvrement radiculaire complet. Il est indiqué pour augmenter le tissu kératinisé et/ou pour des raisons esthétiques et/ou pour réduire les sensibilités dentaires. Plusieurs techniques chirurgicales existent :

- 1) Lambeaux pédiculés :
  - Lambeau positionné coronairement (LPC), technique de choix pour les récessions gingivales localisées, dont l'efficacité a été prouvée dans le cas de récessions de classes I et II avec ou sans greffe de tissu conjonctif
  - Lambeau positionné latéralement (LPL), indiqué dans les cas où les conditions

anatomiques contre-indiquent le recours au LPC

- 2) Greffe conjonctive enfouie (associée à un LPC, un LPL ou à la technique de l'enveloppe), elle représente de nos jours le Gold Standard dans le traitement des récessions gingivales par la qualité supérieure des résultats.
- 3) Techniques régénératrices :
  - Régénération tissulaire guidée, utilisée pour le recouvrement des récessions gingivales localisées, profondes et larges mais nécessite une quantité de tissu kératinisé au niveau de la zone de la récession suffisante.
  - De nouvelles techniques évitent le prélèvement d'un greffon : Gels de protéines de la matrice amélaire (Emdogain) / Membranes de collagène / Facteurs de croissance dérivés de plaquettes...

#### Proposer traitement ODF

Le traitement ODF n'est à envisager si et seulement si la maladie parodontale est stabilisée. Il permettra de recréer des conditions propices à la bonne santé parodontale.

Evaluer avec l'orthodontiste s'il est possible de tracter 37, 38, 47, 48 afin de combler les espaces au niveau de 36 et 46 (mais le manque d'os à ces niveaux rend à priori les mésialisations impossibles).

#### Traitement prothétique définitif

- 38, 48 : Couronnes
- 26 : Couronne (fraisée si elle est associée à une prothèse amovible métallique maxillaire)
- 2 solutions pour remplacer 14, 16, 17 et 27 :
  - 1) Implants + Couronnes
  - 2) Prothèse amovible métallique 4 dents
- 2 solutions pour remplacer 36 et 46 :
  - 1) Abstention thérapeutique
  - 2) Prothèse amovible métallique 2 dents

#### Thérapeutique parodontale de soutien (62)

Mise en place d'un suivi régulier tous les 6 mois.

### **3.8.3. Pronostic**

Le pronostic est favorable.

## 3.9. Cas clinique n°9 : V. SABINE

### 3.9.1. Synthèse diagnostique

- 15 : Abscès apical chronique et fistulisé en vestibulaire
- 16 : Amalgame volumineux
- 34, 35, 44, 45 : Lésions cervicales d'usure (étiologie : abrasion / brossage traumatique)
- Edentement classe III au maxillaire, et III modification 1 à la mandibule (Kennedy)
- Crêtes de classe III au maxillaire et IV à la mandibule (Cawood et Howell)
- Bruxisme nocturne

### 3.9.2. Prise en charge

#### Assainissement de la cavité buccale

- Encourager la patiente à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire mais insister sur : l'utilisation d'une brosse à dents à poils souples, ne pas exercer de pression excessive sur la brosse et adopter la technique du rouleau
- Préconiser l'arrêt du dentifrice « blancheur », trop abrasif, et passer sur un dentifrice fluoré
- Détartrage et aéropolissage bimaxillaire (afin de supprimer les colorations exogènes)

#### Soins conservateurs, endodontiques et prothèses provisoires

Commencer par traiter la 15 pour répondre au motif de consultation :

- 15 : Isomoulage + Démontage couronne et inlay-core + Retraitement endodontique (avec recherche de canal supplémentaire éventuel à l'aide d'aides optiques) + Médication intracanal en interséance (hydroxyde de calcium) jusqu'à obtenir un assèchement + Ajuster la préparation périphérique totale + Confection inlay-core et provisoire
- 34, 35, 44, 45 : Reconstitutions cervicales (CVIMAR ou composite flow)
- 16 : Isomoulage + Dépose amalgame + Retraitement endodontique + Préparation périphérique totale + Confection inlay-core et provisoire
- 23 : Dépose composite à tenon + Retraitement endodontique + Ajuster la préparation périphérique totale + Confection inlay-core et provisoire
- 26 : Dépose inlay-core + Retraitement endodontique + Ajuster la préparation périphérique totale + Confection inlay-core et provisoire

#### Eclaircissement externe

La patiente se souciant d'éclaircir ses dents avec l'utilisation du dentifrice « blanchissant », il lui sera proposé un éclaircissement externe.

**Rq :** La nouvelle réglementation concernant les produits d'éclaircissement dentaire à usage externe autorise les chirurgiens-dentistes à utiliser des produits contenant de 0,1 à 6 % de peroxyde d'hydrogène. Chaque éclaircissement externe doit débuter par une séance au fauteuil sous contrôle du praticien. (2)

Technique au fauteuil (peroxyde d'hydrogène entre 0,1 et 6% ou peroxyde de carbamide à 16%) :

- Prise de teinte avant le traitement (référence)

- Isoler le parodonte superficiel avec un champ opératoire puis appliquer la solution sur les dents à éclaircir pendant 20 à 30 min puis activer l'agent oxydant par une lampe infra-rouge
- Rinçage, polissage et dépose du champ opératoire
- Délivrer les recommandations (supprimer le tabac, éviter les colorants alimentaires et rouge à lèvres...)

Technique ambulatoire (peroxyde de carbamide à 10% ou 15%) :

- Prise de teinte avant le traitement + relevé des dents à éclaircir + Empreintes
- Etape laboratoire : réalisation des gouttières souples avec espaceurs au niveau des faces vestibulaires des dents à éclaircir
- Essayage et livraison des gouttières, apprentissage de la mise en place et de l'entretien (nettoyage des dents et des gouttières à l'eau froide avec une brosse à dents souple) + Délivrer les recommandations (arrêter le traitement si apparition de sensibilités / se brosser les dents avant le port de la gouttière / supprimer les colorants et le tabac / port de la gouttière : nocturne ou 3/4h si dosage à 5-10% ou 2 fois 30 min si dosage à 15-20%)
- Contrôle tous les 8 jours et arrêt quand résultat obtenu
- Fluoration pendant 3 semaines post-éclaircissement (émail plus perméable pendant 2-3 semaines) ex : dentifrice bifluoré 2500ppm

**Rq 3** : *Les contre-indications à l'éclaircissement externe sont : Présence de bandes ou dyschromies hétérogènes / Fluorose opaque ou associée à un défaut de surface / Hypersensibilités / Large chambre pulpaire / Polycaries, parodontopathie / Anomalie de structure amélaire / Fissures, abrasions / Grossesse, Enfant / Présence de reconstitution non étanche.*

Traitement ODF et prothétique définitif

Evaluer avec l'orthodontiste s'il est possible de tracter 26, 27, 28, 37, 38, 47, 48 afin de combler les édentements et y associer des couronnes sur 15, 16, 23, 26 (mais le manque d'os à la mandibule rend à priori les mésialisations impossibles).

Si le traitement ODF n'est pas envisageable :

- Bridge 24 – 25 – 26 (avec inlay-core en plus pour 24)
- 46 : Abstention thérapeutique
- 36 : Implant + Couronne

Terminer par la conception d'une gouttière à porter la nuit à la mandibule. (27) (35)

Prophylaxie, maintenance et suivi personnalisé

Mise en place d'un suivi régulier, tous les 6 mois.

### **3.9.3. Pronostic**

- Le pronostic est réservé à court terme, la conservation de 15 dépend de la réussite du retraitement endodontique et du potentiel de cicatrisation de la patiente .
- Le pronostic à moyen et long terme est réservé.

## 3.10. Cas clinique n°10 : B. LAHOUARIA

### 3.10.1. Synthèse diagnostique

#### Diagnostic dentaire

- 11 : Lésion carieuse secondaire
- Edentement classe III modification 1 au maxillaire et classe III modification 2 à la mandibule (classification de Kennedy)
- Crêtes de classe III au maxillaire et IV à la mandibule (classification de Cawood et Howell)

#### Diagnostic parodontal

La patiente présente une parodontite généralisée moyenne à profonde :

- Signes cliniques : Inflammation gingivale généralisée, nombreuses poches parodontales avec saignement au sondage, plaque dentaire abondante, récessions parodontales
- Signes radiologiques : Lyse osseuse angulaire sur 17, 21, 27, 33, 37 et 47 et lyse osseuse horizontale généralisée allant du 1/3 à la 1/2 de la longueur radiculaire

Le diagnostic est à affiner par la réalisation du bilan parodontal et l'étude du bilan long cône.

### 3.10.2. Prise en charge

#### 3.10.2.1. Prise en compte des pathologies générales de la patiente

**Rq :** *Attention aux interactions médicamenteuses avec les traitements de la patiente*

#### Hypertension artérielle (45) (48) (57)

L'hypertension artérielle se définit par une valeur de pression artérielle supérieure à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique et/ou supérieure à 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique.

**Rq :** *Les patients peuvent être classés en 4 catégories :*

- 1) *Normotendus*
- 2) *Hypertension contrôlée :*
  - *A traiter comme des normotendus tout en restant vigilant par rapport aux interactions et aux effets secondaires bucco-dentaires des antihypertenseurs utilisés*
  - *Privilégier une analgésie sûre et adaptée pour ne pas générer de stress*
  - *Adrénaline autorisée à condition de ne pas injecter en intravasculaire (22) (56)*
  - *Bon contrôle de l'hémostase lors des actes sanglants (20)*
- 3) *Pression artérielle élevée détectée au cabinet dentaire mesurée à l'aide du tensiomètre (supérieure à 160/110 mmHg) : adresser ces patients à leur généraliste pour des examens complémentaires et différer les actes dentaires*
- 4) *Hypertension maligne (pression artérielle supérieure à 185/110 mmHg) : les patients doivent être adressés en urgence à leur médecin ou à l'hôpital.*

#### Diabète de type 2 équilibré (17)

- Prescrire un bilan biologique sanguin : le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) qui reflète la glycémie moyenne au cours des 2 à 3 mois précédents et donne une évaluation du contrôle glycémique et la glycémie à jeun
- Si le bilan confirme l'équilibre du diabète, alors il n'y a pas de précaution particulière à mettre en place par rapport à un patient non diabétique, si ce n'est privilégier une séance bien en dehors des heures des repas afin de limiter le risque d'hypoglycémie
- Manifestations buccales pouvant être entraînées par le diabète : Maladie parodontale à progression rapide / Gingivite / Xérostomie / Candidose buccale / Mauvaise cicatrisation des plaies / Syndrome de la bouche brûlante et/ou de la langue

Spondylarthrite ankylosante (cf : 3.3.2.1.1 p76)

Le dosage de la protéine C-réactive est de 32 mg/L, il indique la présence d'une inflammation (CRP < 6mg/L normalement).

Uvéite (49)

Aucune précaution particulière n'est à mettre en place dans le cadre de la prise en charge bucco-dentaire.

Anémie (10,9 g/dL) microcytaire (VGM : 78 fL) (54)

Une anémie est la diminution de la capacité du sang à transporter l'oxygène, traduit par une faible teneur en hémoglobine (Hb < 13,5g/dL chez les hommes et < 11,5g/dL chez les femmes). Ici l'anémie est très modérée, aucune mesure particulière n'est à prendre.

Hypercholestérolémie (31)

Aucune précaution particulière n'est à mettre en place dans le cadre de la prise en charge bucco-dentaire.

Brûlures d'estomac (53)

En règle générale, éviter la prescription d'AINS.

### 3.10.2.2. Traitement

Choix prothétique définitif

- Au maxillaire, en vue d'une réhabilitation prothétique globale, 11, 17, 21, 27 ne seront pas conservées et une prothèse amovible totale en résine sera réalisée.
- A la mandibule, plusieurs solutions sont possibles :

**Solution 1 :**

- ✓ Patiente motivée (contrôle de plaque)
- ✓ Maladie parodontale stabilisée
- ✓ Le montage directeur de la future PAT maxillaire permet une occlusion bilatérale équilibrée avec les dents mandibulaire de la patiente  
→ **Conserver les dents mandibulaires + Couronner 43 (pour redresser son axe) + Prothèse amovible métallique 7 dents (31, 32, 35, 36, 41, 42, 46)**

**NB 1 :** La 46 sera remplacée par une prémolaire prothétique car l'espace disponible est

*insuffisant pour mettre une molaire*

***NB 2 :*** *Pour corriger d'éventuels défauts d'occlusion sur certaines dents, il est possible d'ajouter une contre-plaque à la prothèse mandibulaire (qui viendrait couvrir les dents naturelles) et / ou d'utiliser des overlays collés, afin de récupérer la courbe d'occlusion.*

***Solution 2 :***

- ✓ Patiente non motivée et / ou
- ✓ Les dents mandibulaires empêchent l'occlusion bilatérale équilibrée avec le montage directeur de la future prothèse maxillaire  
→ **Avulsion de toutes les dents sauf 33 et 43, qui sont conservées à l'état de racines**

***NB 1 :*** *La conservation des racines permet de gagner du volume osseux et donc de la sustentation pour la future prothèse mandibulaire.*

***NB 2 :*** *Des boutons pression pourront être utilisés si l'émergence des racines de 33 et 43, ainsi que la hauteur disponible sont compatibles avec leur mise en place.*

***NB 3 :*** *La racine de 43 est convergente mais elle ne contre-indique pas l'utilisation d'un bouton pression car celui-ci dispose d'un certain degré de liberté.*

La patiente présente une faible résorption, des crêtes larges, une fibromuqueuse épaisse et adhérente aux plans profonds, ceci constitue une situation favorable.

*Thérapeutique parodontale initiale + Réévaluation*

Uniquement si la solution 1 est décidée

*Traitement prothétique immédiat* (36) (51)

La présence de la prothèse en bouche le jour de la consultation traduit une demande esthétique, et donc la nécessité de confectionner des prothèses immédiates.

### **3.10.3. Pronostic**

Le pronostic est réservé, l'intégration des prothèses dépend de la réussite des gestes techniques durant leur conception mais aussi de la capacité du patient à accepter ces nouveaux corps étrangers.



## 3.11. Cas clinique n°11 : B. MALIKA

### 3.11.1. Synthèse diagnostique

#### Diagnostic dento-squelettique

Antéposition discale réductible appartenant au groupe des algies et /ou dysfonctionnements cranio-mandibulaires (DCM), à confirmer par un bilan occlusodontique complet

#### Diagnostic dentaire

- 16, 17, 35, 36, 45, 46 : Lésion carieuse secondaire
- Travée de bridge (23–27) trop longue : Elle représente une situation défavorable et compromet la conservation à long terme des dents piliers. La somme des surfaces radiculaires des dents à remplacer est supérieure à celle des dents-support (contraire à la loi d'Hante). De plus les valeurs intrinsèques et extrinsèques des dents-support sont faibles (le rapport couronne/racine est de 3/2 pour la 23 et 1/2 pour la 27)
- Edentement classe III à la mandibule (classification de Kennedy)
- Crêtes de classe IV à la mandibule (classification de Cawood et Howell).

#### Diagnostic parodontal

La patiente présente une gingivite généralisée bimaxillaire. Le diagnostic parodontal sera à affiner après le traitement prothétique provisoire et la levée des éventuels traumatismes occlusaux / surcharges occlusales (nombreuses lyses osseuses angulaires : 17, 16, 14, 23, 27, 37 et 45).

### 3.11.2. Prise en charge

#### 3.11.2.1. Prise en compte des pathologies générales de la patiente

##### Hypothyroïdie

Les hypothyroïdies regroupent l'ensemble des manifestations liées au défaut de sécrétion des hormones thyroïdiennes. Elles provoquent un ralentissement général du fonctionnement de l'organisme et touchent plus fréquemment les femmes.

Les hormones thyroïdiennes jouant un rôle majeur lors de la croissance, l'insuffisance thyroïdienne se manifeste par des signes variables selon la chronologie de son apparition. Les manifestations buccodentaires souvent rencontrées sont : polycaries, inflammation gingivale chronique, parodontopathies, alvéolyses, altération/perte du goût.

##### Ablation vésicule biliaire

Pas de précaution particulière

##### Méatotomie

La méatotomie est la création d'une ouverture dans le sinus pour favoriser son drainage ; pas de précaution particulière mais questionner sur l'origine dentaire ou non de la pathologie sinusienne.

##### Névralgies dorsales

Adapter la position au fauteuil si besoin.

### Allergie au nickel

Pour la confection des prothèses, remplacer l'alliage nickel-chrome par un alliage précieux, semi-précieux ou par du chrome-cobalt.

#### **3.11.2.2. Traitement**

##### Lever la douleur articulaire

En présence de douleurs articulaires, il faut rechercher les éléments potentiellement pathogènes pour les articulations que présentent le patient. Ici la Classe II.2 verrouille l'occlusion et entraîne une rétrofonction mandibulaire. De plus, l'absence de reconstitution coronaire de la 17 induit une absence de calage postérieur à droite, propice à la compression articulaire de ce côté.

Il faut donc recréer les conditions les plus harmonieuses possibles au niveau des ATM grâce au port d'une gouttière de décompression articulaire (environ 3 mois), modulable au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie. Elle est réalisée en résine dure, de préférence placée à la mandibule et recouvre la totalité de l'arcade dentaire (pour éviter les égressions) avec des surfaces occlusales planes non indentées. Cette gouttière est plus épaisse au niveau des deuxièmes molaires de façon à recréer un axe de rotation postérieur et permettre ainsi la décompression articulaire. (27)

##### Traitement prothétique immédiat et provisoire

- Préalablement aux empreintes pour la réalisation de la gouttière, envisager une coronoplastie de 47 afin de la remettre dans la courbe d'occlusion
- Le réglage de la gouttière en décompression nécessite la présence des deuxièmes molaires maxillaires et donc mettre en place une prothèse amovible immédiate pour 17, qui n'est pas conservable. Il est envisageable d'inclure également dans la prothèse immédiate les inters des bridges qui devront être déposés (15, 24, 25 et 26) .

**Rq :** *Penser à découper les inters de bridges avant l'extraction de la 17 et non pas après (si ces actes sont réalisés lors d'une même séance) afin de ne pas projeter des débris métalliques dans l'alvéole.*

##### Assainissement de la cavité buccale

- Débridement/détartrage/polissage bimaxillaire
- Conseils diététiques (arrêt du grignotage et réduire la consommation de sucres)
- Prescription du matériel de brossage adapté (brosse à dent souple et brossettes interdentaires) et antiseptiques locaux à base de chlorhexidine

##### Soins conservateurs et endodontiques

- 14, 23, 27, (+/-35 et 45 si conservables) : Retraitements endodontiques + RCR + Rebasages provisoires
- 46 : Dépose amalgame + Curetage puis :
  - Choix 1 : Pose fond de cavité type IRM + Reconstitution par amalgame
  - Choix 2 : Temporisation au CVI + Réévaluation du RCI au bout de 6 mois + Décision collage ou amalgame (2)

##### Traitement prothétique définitif en position thérapeutique suite à la décompression articulaire

- 14, 23, 27, (+/-35 et 45) : Couronnes (fraisées si associées à des prothèse amovibles métalliques)
- Choix possibles pour restaurer les édentements :
  - 1) Implants + Couronnes
  - 2) Prothèse amovible métallique maxillaire 5 dents (15, 17, 24, 25, 26) et mandibulaire 1 à 3 dents

*Suivi et maintenance*

Mise en place d'un contrôle tous les 6 mois.

### **3.11.3. Pronostic**

Pronostic réservé

## 4. DISCUSSION

Le CSCT est un examen exigeant de l'étudiant la capacité de synthétiser rapidement des connaissances cliniques et théoriques afin de répondre au(x) besoin(s)/demande(s) du patient. C'est un exercice qui nécessite de suivre une méthodologie, décrite tout au long de ce travail, afin d'être rapide et exhaustif dans la prise en charge.

Le cursus en clinique ne suffisant pas toujours à rassurer les étudiants quant à leur aptitude à réussir cette épreuve, cette thèse a été réalisée dans le but de leur fournir un panel de cas cliniques. Il leur permettra de tester directement leurs connaissances acquises aux cours du cursus universitaire autour des différents thèmes abordés : urgences infectieuses et traumatique, prises en charge pédiodontiques, demandes esthétiques, occlusodontie, réhabilitations prothétiques... En passant par des pathologies régulièrement rencontrées et des plans de traitement plus ou moins complexes.

Cette thèse a volontairement été présentée en deux parties, avec d'une part la présentation des cas cliniques et d'autre part les éléments attendus en réponse à l'épreuve oral du CSCT, se composant du diagnostic, de la conduite à tenir et du pronostic à court, moyen et long terme.

Les éléments de réponse ont été séparés afin de ne pas les avoir à vu d'oeil lors de l'entraînement. Ainsi cette thèse peut faire figure d'examen blanc. De plus la deuxième partie a été agrémenté de notions sur les pathologies présentées par les patients, point souvent source de grandes inquiétudes car pas toujours bien maîtrisé, afin que les étudiants puissent mieux les appréhender et connaître les précautions éventuelles à mettre en place.

Les solutions proposées dans ce travail sont des propositions en accord avec les données actuelles de la sciences mais ne constituent pas des vérités absolues. Elles sont ouvertes à discussion et sont avant tout des choix personnels. L'étudiant doit toujours prioriser ses cours théoriques ainsi que les remarques reçues en cliniques et peut approfondir certains sujets par des recherches personnelles. Ce travail constitue un complément de connaissances.

## 5. CONCLUSION

A l'issue de son entraînement, l'étudiant aura acquis des automatismes applicables à l'ensemble des patients qu'il recevra pour la première fois et pourra alors aborder l'examen du CSCT oral avec un peu plus de sérénité.

S'il n'y a pas de « recette miracle », il est entendu que la réussite de cette épreuve est consécutive des deux années de pratique clinique et du travail fourni tout au long du parcours universitaire, sans oublier la gestion du stress le jour J face aux examinateurs !

Cette synthèse de cas cliniques sera mise à la disposition de tous les étudiants souhaitant une aide dans la préparation à l'épreuve orale du CSCT. Elle pourra se trouver sous forme papier, mais sera aussi mise en ligne et en libre accès sur le site « Pépites ».

Bien que traitant de thèmes variés, il est évident qu'elle ne peut être exhaustive et ne recouvrir qu'un échantillon très mince de cas cliniques. Elle invite donc à enrichir cet index d'autres cas, pouvant être le fruit du travail d'une prochaine thèse.

## Références bibliographiques

1. Amine K, Kholi WE, Mortaziq A, Kissa J. Le recouvrement radiculaire : facteurs pronostiques et techniques chirurgicales. *Encycl Méd Chir*. 2016.
2. ANSM. Le mercure des amalgames dentaires - Recommandations, à l'attention des professionnels de santé, à respecter lors de l'utilisation des amalgames dentaires. 2015.
3. ANSM. Recommandations de bonne pratique - Prescription des Antibiotiques en Pratique bucco-dentaire. 2011.
4. Ba KD, Samadet V, Delsol L, Canal P, Frapier L, Chouvin M, et al. Résorption en orthodontie. *Encycl Méd Chir*. 2013.
5. Banerjee A, Hajatdoost-Sani M, Farrell S, Thompson I. A clinical evaluation and comparison of bioactive glass and sodium bicarbonate air-polishing powders. *J Dent*. 2010;38(6):475-9.
6. Baraliakos X, Braun J. Spondyloarthritides. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(6):825-42.
7. Björk A, Skieller V. Growth of the maxilla in three dimensions as revealed radiographically by the implant method. *Br J Orthod*. 1977;4(2):53-64.
8. Bodin C, Foglio-Bonda P-L, Abjean J. Restauration fonctionnelle par ajustement occlusal. *Encycl Méd Chir*. 2004.
9. Bühler J, Amato M, Weiger R, Walter C. A systematic review on the effects of air polishing devices on oral tissues. *Int J Dent Hyg*. 2016;14(1):15-28.
10. Carrotte P. Endodontics: Part 3 Treatment of endodontic emergencies. *Br Dent J*. 2004;197(6):299-305.
11. Claisse-Crinquette A, Claisse D, Bonnet E. Blanchiment des dents pulpées et dépulpées. *Encycl Méd Chir*. 2000.
12. Claramunt Lozano A, Sarrion Perez MG, Gavalda Esteve C. Dental considerations in patients with respiratory problems. *J Clin Exp Dent*. 2011;3:e222-7.
13. Corbet EF. Oral diagnosis and treatment planning: part 3. Periodontal disease and assessment of risk. *Br Dent J*. 2012;213(3):111-21.
14. Corbet E, Smales R. Oral diagnosis and treatment planning: part 6. Preventive and treatment planning for periodontal disease. *Br Dent J*. 2012;213(6):277-84.
15. Da Costa Noble R, Verdalle P-M. Parodontologie – Guide Clinique d'Odontologie – Chapitre 5. 2011;97-141.
16. Dahl JE. Tooth bleaching - A critical review of the biological aspects. 2003;(14(4):292-304).

17. Darling-Fisher CS, Kanjirath PP, Peters MC, Borgnakke WS. Oral Health: An Untapped Resource in Managing Glycemic Control in Diabetes and Promoting Overall Health. 2015;11(9):889-96.
18. David DJ, Gourion D. Antidépresseurs et tolérance : déterminants et prise en charge des principaux effets indésirables. *L'Encéphale*. 2016. p553-561.
19. Dear JW, Bateman DN. Antidepressants. *Medicine (Baltimore)*. 2016;44(3):135-7.
20. Delannoy B, Delannoy G, Vichova Z, Robert J-M, Lehot J-J. Risque cardiovasculaire en odontologie. *Encycl Méd Chir*. 2009.
21. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2012;28(1):2-12.
22. Eledjam J-J, Viel E, Bruelle P, Coussaye J-E de L. Pharmacologie des anesthésiques locaux. *Encycl Méd Chir*. 1996.
23. Emkanjoo Z, Ebadi K, Sharifi M, Alizadeh A, Barakpour H, Phaghfourian B, et al. Electrophysiological characteristics of orthodromic reentrant tachycardia in patients with Wolf-Parkinson-White syndrome and atrial fibrillation. *Int J Cardiol*. 2010;142(2):196-8.
24. Gausche M. To treat or not to treat paroxysmal supraventricular tachycardia. *Acad Emerg Med*. 1996;3(6):564-6.
25. Ghapanchi J, Rezazadeh F, Kamali F, Rezaee M, Ghodrati M, Amanpour S. Oral manifestations of asthmatic patients. *JPMA J Pak Med Assoc*. 2015;65(11):1226-7.
26. Greenwell H, Committee on Research, Science and Therapy. American Academy of Periodontology. Position paper: Guidelines for periodontal therapy. *J Periodontol*. 2001;72(11):1624-8.
27. Guyot L, Thiery G, Brignol L, Chossegros C. Abord conservateur des dysfonctions de l'appareil manducateur. *Encycl Méd Chir*. 2007.
28. Harrington N, Prado N, Barry S. Dental treatment in children with asthma - a review. *Br Dent J*. 2016;220(6):299-302.
29. Haute Autorité de Santé - Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. 2005.
30. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
31. Haute Autorité de Santé - Hypercholestérolémie pure et hyperlipidémie mixte : prise en charge. 2015.
32. Haute Autorité de Santé - Parodontopathies : diagnostic et traitements. 2002.

33. Haute Autorité de Santé - Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010
34. Hossny E, Rosario N, Lee BW, Singh M, El-Ghoneimy D, Soh JY, et al. The use of inhaled corticosteroids in pediatric asthma: update. *World Allergy Organ J.* 2016;9:26.
35. Huynh NT, Rompré PH, Montplaisir JY, Manzini C, Okura K, Lavigne GJ. Comparison of various treatments for sleep bruxism using determinants of number needed to treat and effect size. *Int J Prosthodont.* 2006;19(5):435-41.
36. Hüe O, Berteretche M. Prothèse complète réalité clinique solutions thérapeutiques. Quintessence Paris. 2004.
37. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;200:119-32.
38. Kontturi-Närhi V, Markkanen S, Markkanen H. Effects of airpolishing on dental plaque removal and hard tissues as evaluated by scanning electron microscopy. *J Periodontol.* 1990;61(6):334-8.
39. Koshak EA. Classification of asthma according to revised 2006 GINA: Evolution from severity to control. *Ann Thorac Med.* 2007;2:45-6.
40. Laborier C, Georget C. Certificat médical initial en odontologie. *Encycl Méd Chir.* 2004.
41. Lasfargues J-J, Louis J-J, Kaleka R. Classifications des lésions carieuses. De Black au concept actuel par sites et stades. *Encycl Méd Chir.* 2006.
42. Mano MC, Trentesaux T, Begué-Simon A-M, Wolikow M, Hamel O, Hervé C. Éducation thérapeutique du patient en odontologie. *Éthique Santé.* 2015;12(2):77-84.
43. Morgon L, Béry A. Examen de la denture. *Encycl Méd Chir.* 2010.
44. Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *Encycl Méd Chir.* 2005.
45. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. *BMJ.* 2001;322(7292):977-80.
46. Perrell-Jones C, Ireland RS. What factors influence patient compliance with supportive periodontal therapy in a general practice setting? *Br Dent J.* 2016;221(11):701-4.
47. Pickron RN. Etiology of gingival recession. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2014;146(6):693-4.
48. Pillon F, Buxeraud J. L'essentiel sur l'hypertension artérielle. *Actual Pharm.* 2014;53(532):20-4.
49. Raychaudhuri SP, Deodhar A. The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis. *J Autoimmun.* 2014;48–49:128-33.
50. Reddel HK, Levy ML, Global Initiative for Asthma Scientific Committee and



Dissemination and Implementation Committee. The GINA asthma strategy report: what's new for primary care? *NPJ Prim Care Respir Med*. 2015;25:15050.

51. Robinson PD. Tooth extraction : a practical guide. Wright. 2000.
52. Roche Y. Chapitre 22 – Ulcères gastroduodénaux. In: *Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne*. Paris: Elsevier Masson; 2010.
53. Roche Y. Chapitre 26 - Anémies. In: *Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2010.
54. Seng GF, Gay BJ. Dangers of sulfites in dental local anesthetic solutions: warning and recommendations. *J Am Dent Assoc*. 1986;113:769-70.
55. SFCO. *Recommandations : emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie*. 2003.
56. Steichen O, Plouin P-F. Prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle. *Rev Médecine Interne*. 2014;35(4):235-42.
57. Travess H, Roberts-Harry D, Sandy J. Orthodontics. Part 6: Risks in orthodontic treatment. *Br Dent J*. 2004;196:71-7.
58. Vardanyan R, Hruby V. Chapter 7 - Antidepressants. In: *Synthesis of Best-Seller Drugs*. Boston: Academic Press; 2016. p. 111-43.
59. Vigouroux F. Chapitre 2 - Prise en charge du patient en parodontologie. In: *Guide pratique de chirurgie parodontale*. 2011. p. 21-45.
60. Wallet M, Denhez F, Zimmermann P, Giraud O. Extractions dentaires : techniques opératoires. *Encycl Méd Chir*. 2009.
61. Wentworth RB. Periodontal maintenance. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(2):145-6.

SYNTHESE DE CAS CLINIQUES A VISEE PEDAGOGIQUE : AIDE A LA PREPARATION DU CSCT ORAL / **FIRMIN Marie.**- p. (93) : ill. (91) ; réf. (61).

**Domaines:** Enseignement, Sémiologie

**Mots clés Rameau:** Chirurgie dentaire – Etude et enseignement, Oraux, Méthode des cas, Pédagogie, Diagnostic clinique, Anamnèse.

**Mots clés FmeSH:** Enseignement dentaire – méthodes, Gestion des soins aux patients – méthodes, Anamnèse

**Mots clés libres:** CSCT = Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique, Pédagogie

Le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) est une épreuve ponctuant la cinquième année de chirurgie dentaire. Il évalue la capacité de l'étudiant à mobiliser rapidement et à bon escient ses connaissances, acquises au cours des années de pratique clinique et de son parcours universitaire, lors de la prise en charge d'un patient. Cette épreuve est composée d'un oral et d'un écrit.

Cette thèse regroupe un panel de 11 cas cliniques qui constituent des exercices d'entraînement, visant à aider le candidat à mieux se préparer à l'épreuve orale du CSCT. A l'issue de son entraînement, il aura acquis des automatismes applicables à l'ensemble des patients qu'il recevra pour la première fois et pourra alors aborder l'examen avec un peu plus de sérénité.

La thèse se divise en deux parties, la première rassemble les cas cliniques sur lesquels les étudiants peuvent directement s'entraîner à poser les diagnostics, les plans de traitement et les pronostics ; et la deuxième est consacrée aux réponses attendues le jour de l'oral du CSCT, agrémentées de quelques commentaires. Elle peut ainsi faire figure d'examen blanc.

**JURY :**

**Président: Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX**

**Assesseurs: Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET**

**Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME**

**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**