

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2018

N° :

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2018

Par Dhekra BEN HADJ BRAHIM ép BEN HASSEN

Née le 07 avril 1984 à Tunis - Tunisie

**SYNTHESE DE CAS CLINIQUES A VISEE PEDAGOGIQUE :
ENTRAINEMENT POUR L'EPREUVE DU CSCT**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs : Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET
Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME
Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Membre invité : Madame le Docteur Claire PERUS

**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 : Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université : P-M. ROBERT
Doyen : Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens : E. BOCQUET, L. NAWROCKI et Pr. G.PENEL
Chef des Services Administratifs : S. NEDELEC
Responsable de la scolarité : M.DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN Prothèses
T. COLARD Sciences Anatomiques et physiologiques
E. DELCOURT-DEBRUYNE Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX Dentisterie Restauratrice Endodontie
Doyen de la Faculté
G. PENEL Responsable du Département de **Biologie orale**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable du Département de Chirurgie Orale
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A.Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

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.

Je dédie cette thèse...

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur aux Muséum National d' Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse,

Pour avoir accepté de le faire au pied levé malgré votre emploi du temps chargé,

Pour vos enseignements pendant ma scolarité,

Veillez trouver au travers de cet ouvrage l'expression de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments respectueux.

Madame le Docteur Emmanuelle Bocquet

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Orthopédie Dento-Faciale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie

Certificat d'Etudes Supérieures de Biologie de la Bouche

Certificat d'Etudes Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale

Master 2 Recherche Biologie Santé

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales.

Vice-Doyen Pédagogie de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale

Coordinateur inter-régional du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'Orthopédie Dento-Faciale

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse,

Pour vos connaissances au travers de vos cours qui m'ont été très utiles,

Pour le temps que vous avez consacré aux ED afin que cet ouvrage voie le jour,

Pour vos conseils et votre disponibilité,

Je vous prie de croire en l'expression de mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur en Biologie de l'Université de Lille 2

Master II Biologie Santé

Master I des Sciences Biologiques et Médicales

Responsable du Département de Prothèses

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse,
Pour votre lecture très attentive et vos remarques précieuses,
Pour votre pédagogie, votre rigueur et votre capacité d'analyse qui m'ont fait progresser,
Pour votre énergie et votre grand humour faisant de chaque séance avec vous un moment agréable,
Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon plus profond respect et mes plus sincères remerciements.*

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

*Pour m'avoir proposé de réaliser cette thèse et fait
l'honneur de la diriger tout au long de cette année
universitaire,
Pour votre générosité, dynamisme et modestie qui me
laissent sans voix,
Pour votre écoute, vos conseils et votre intérêt à
l'avancée de ma rédaction,
Pour votre bonne humeur et votre sympathie,
Pour vos enseignements et votre soutien pendant les
cinq années d'études,
Veuillez trouver ici une minime partie de ma gratitude et
mon plus profond respect.*

Madame le Docteur Claire PERUS

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse,
Pour les bons moments en ta compagnie pendant les
vacations de première consultation et ton sourire qui ne
quitte jamais ton visage,
Pour ton aide et tes conseils à chaque fois que j'avais
besoin de toi,
Je te dédie cette thèse et je te souhaite un bel avenir
professionnel et personnel.*

Table des matières

1.	Introduction	17
2.	Matériels et méthodes	18
1.1	Matériels	18
1.2	Méthodes.....	18
3.	Présentations des cas cliniques	20
1.3	Cas clinique N°1	20
1.3.1	Photographies	20
1.3.2	Anamnèse	21
1.3.3	Examen clinique	21
1.3.3.1	Examen exobuccal.....	21
1.3.3.2	Examen endobuccal.....	21
1.3.3.3	Examens complémentaires	23
1.4	Cas clinique N°2	24
1.4.1	Photographies	24
1.4.2	Anamnèse	25
1.4.3	Examen clinique	25
1.4.3.1	Examen exobuccal.....	25
1.4.3.2	Examen endobuccal.....	25
1.4.3.3	Examens complémentaires	27
1.5	Cas clinique N°3	28
1.5.1	Photographies	28
1.5.2	Anamnèse	29
1.5.3	Examen clinique	29
1.5.3.1	Examen exobuccal.....	29
1.5.3.2	Examen endobuccal.....	29
1.5.3.3	Examens complémentaires	30
1.6	Cas clinique N°4	32
1.6.1	Photographies	32
1.6.2	Anamnèse	33
1.6.3	Examen clinique	33
1.6.3.1	Examen exobuccal.....	33
1.6.3.2	Examen endobuccal.....	33
1.6.3.3	Examens complémentaires	34
1.7	Cas clinique N°5	35
1.7.1	Photographies	35
1.7.2	Anamnèse	36
		12

1.7.3	Examen clinique	36
1.7.3.1	Examen exobuccal.....	36
1.7.3.2	Examen endobuccal.....	36
1.7.3.3	Examens complémentaires	37
1.8	Cas clinique N°6	38
1.8.1	Photographies	38
1.8.2	Anamnèse	39
1.8.3	Examen clinique	39
1.8.3.1	Examen exobuccal.....	39
1.8.3.2	Examen endobuccal.....	39
1.8.3.3	Examens complémentaires	40
1.9	Cas clinique N°7	42
1.9.1	Photographies	42
1.9.2	Anamnèse	43
1.9.3	Examen clinique	43
1.9.3.1	Examen exobuccal.....	43
1.9.3.2	Examen endobuccal.....	43
1.9.3.3	Examens complémentaires	44
1.10	Cas clinique N°8	45
1.10.1	Photographies	45
1.10.2	Anamnèse	46
1.10.3	Examen clinique	46
1.10.3.1	Examen exobuccal.....	46
1.10.3.2	Examen endobuccal.....	46
1.10.3.3	Examens complémentaires	48
1.11	Cas clinique N°9	49
1.11.1	Photographies	49
1.11.2	Anamnèse	50
1.11.3	Examen clinique	50
1.11.3.1	Examen exobuccal.....	50
1.11.3.2	Examen endobuccal.....	50
1.12	Cas clinique N°10	53
1.12.1	Photographies	53
1.12.2	Anamnèse	54
1.12.3	Examen clinique	54
1.12.3.1	Examen exobuccal.....	54
1.12.3.2	Examen endobuccal.....	54
1.12.3.3	Examens complémentaires	55
4.	Diagnostics, plans de traitement et pronostics.....	56

2.1	Cas clinique N°1	56
2.1.1	Diagnostics	56
2.1.2	Analyse de la situation et plan de traitement	56
2.1.3	Pronostic	57
2.2	Cas clinique N°2	58
2.2.1	Diagnostics	58
2.2.2	Analyse de la situation et plan de traitement	58
2.2.3	Pronostic	59
2.3	Cas clinique N°3	60
2.3.1	Diagnostics	60
2.3.2	Analyse de la situation et plan de traitement	60
2.3.3	Pronostic	60
2.4	Cas clinique N°4	61
2.4.1	Diagnostics	61
2.4.2	Analyse de la situation et plan de traitement	61
2.4.3	Pronostic	61
2.5	Cas clinique N°5	62
2.5.1	Diagnostics	62
2.5.2	Analyse de la situation et plan de traitement	62
2.5.3	Pronostic	62
2.6	Cas clinique N°6	63
2.6.1	Diagnostics	63
2.6.2	Analyse de la situation et plan de traitement	63
2.6.3	Pronostic	64
2.7	Cas clinique N°7	65
2.7.1	Diagnostics	65
2.7.2	Analyse de la situation et plan de traitement	65
2.7.3	Pronostic	66
2.8	Cas clinique N°8	67
2.8.1	Diagnostics	67
2.8.2	Analyse de la situation et plan de traitement	67
2.8.3	Pronostic	68
2.9	Cas clinique N°9	69
2.9.1	Diagnostics	69
2.9.2	Analyse de la situation et plan de traitement	69
2.9.3	Pronostic	70
2.10	Cas clinique N°10	71
2.10.1	Diagnostics	71
2.10.2	Analyse de la situation et plan de traitement	71

2.10.3 Pronostic	71
5. Discussion.....	72
6. Conclusion.....	74
7. Références bibliographiques.....	75
8. Annexes	79

Abréviations

AINS	:	Anti inflammatoire non stéroïdien
ATM	:	Articulation temporo-mandibulaire
Amg	:	Amalgame
CIV	:	Couronne à incrustation vestibulaire
CC	:	Couronne coulée
CCM	:	Couronne céramo-métallique
CVI	:	Ciment verre ionomère
D	:	Distal(e)
DO	:	Disto-occlusal(e)
DV	:	Dimension verticale
HB1AC	:	Hémoglobine glyquée
IST	:	Infection sexuellement transmissible
LIPOE	:	Lésion inflammatoire péri-radriculaire d'origine endodontique
LCU	:	Lésion cervicale d'usure
M	:	Mésial(e)
MIH	:	Molar incisor hypomineralisation
MO	:	Mésio-occlusal(e)
MOD	:	Mésio-occluso-distal(e)
O	:	Occlusal(e)
P	:	Palatin
PAP	:	Prothèse amovible partielle
RA	:	Radiographie rétro-alvéolaire
RAS	:	Rien à signaler
RC	:	Radiographie rétro-coronaire
RTE	:	Retraitement endodontique
TEI	:	Traitement endodontique initial
UPA	:	Unité paquet année
V	:	Vestibulaire
VADS	:	Voies aéro-digestives supérieures
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

La pratique de la chirurgie dentaire passe par l'obtention, en fin de cinquième année de la formation universitaire initiale, du certificat de synthèse clinique et thérapeutique autrement appelé le CSCT.

Les épreuves écrite et orale qui le caractérisent sont redoutées par les étudiants car elles requièrent une maîtrise théorique et pratique d'une multitude de notions abordées lors de toutes les années de formation. Le candidat est alors jugé par les enseignants, sur sa capacité à les mettre en application théorique lors de l'épreuve écrite d'une part et sur un patient en situation clinique lors de l'épreuve orale d'autre part.

Cet ouvrage, reprenant les échanges entre étudiants et enseignants lors de séances d'enseignements dirigés, a pour but de les aider à mieux aborder le CSCT, en leur présentant une série de cas cliniques et un exemple d'analyse telle qu'attendu durant cette épreuve.

Ces cas rencontrés dans le service d'odontologie, ont été choisis pour leur variété permettant aux étudiants de s'entraîner.

Après une brève description, dans la première partie de cette thèse du matériel et des méthodes utilisés, la deuxième partie sera consacrée à présenter les cas sélectionnés au travers de photographies de patients, leurs anamnèses, examens cliniques et examens complémentaires. Le but de cette partie étant de pousser les étudiants à la réflexion afin de poser leurs propres diagnostics, plans de traitements et pronostics. En dernière partie, ces éléments seront décrits tels qu'ils sont attendus à l'oral de l'épreuve du CSCT, auxquels les étudiants confronteront leur raisonnement pour mieux distinguer les lacunes sur lesquelles ils doivent se perfectionner.

2. Matériels et méthodes

1.1 Matériels

Appareil photo

Le choix de l'appareil photo présentait une étape indispensable dans l'élaboration de cet ouvrage. En effet, c'est par l'intermédiaire des photographies que les étudiants pourront étudier chaque cas clinique comme s'ils effectuaient eux-mêmes l'examen clinique.

Il a fallu essayer quatre appareils photos différents et sacrifier trois cas cliniques sélectionnés au début de l'année universitaire car l'agrandissement sur un écran rendait la qualité de l'image médiocre ; un détail qu'on ne peut tolérer pour assurer le bon déroulement des enseignements dirigés et l'impression sur papier par la suite.

Des ouvrages spécialisés ont été également utilisés dans la photographie afin d'améliorer les réglages de l'appareil photo.[19,30,32,47]

Traitement des photographies

L'appareil photo utilisé est un Olympus E 510 avec un objectif 14-42 mm

Le scialytique est resté éteint lors des prises des clichés.

C'est le format JPEG qui a été choisi puis les photos ont été recadrées sur ordinateur Les yeux de chaque patient ont été masqués par un rectangle noir afin de respecter leur anonymat.

Matériel intra-buccal

Afin de faciliter l'accès aux dents postérieures et avoir une représentation complète des arcades maxillaire et mandibulaire, des miroirs et des écarteurs de lèvres et de joues ont été utilisés.

La seringue air/eau du fauteuil était maintenue en continu pour éviter la formation de buée sur la surface des miroirs.

1.2 Méthodes

Choix des cas cliniques :

Les patients décrits dans cet ouvrage ont tous été choisis en consultation odontologique du CHU de Lille pour l'intérêt et les notions que leurs cas soulevaient.

Nous avons obtenu leur consentement de diffusion dans cette thèse et une demande d'autorisation de l'utilisation de l'image a été signée par chaque patient permettant ainsi de procéder aux prises des clichés. (Cf. annexe)

Nombre de photographies :

Pour le bon déroulement des enseignements dirigés puis de la rédaction de la thèse, six photographies par patient ont été prises :

- ❖ Une photo de face du visage jusqu'aux épaules, patient en position debout

Ensuite, patient installé au fauteuil :

- ❖ Une photo de l'occlusion dans le sens transversal
- ❖ Deux photos des arcades complètes maxillaire et mandibulaire
- ❖ Deux photos de l'occlusion à droite et à gauche

Déroulement de l'examen : [53]

C'est un examen clinique complet attendu de l'étudiant le jour de l'épreuve du CSCT oral :

1. Anamnèse

- Présentation du patient : nom, prénom, âge et profession
- Motif de consultation
- Pathologies et/ou allergies et traitements en cours
- Habitudes de vie : brossage, tabac, alimentation...

2. Examen clinique

➤ Examen exobuccal

- Inspection : asymétrie, œdème, cicatrices..
- Palpation des chaînes ganglionnaires et des ATM

➤ Examen endobuccal

- Hygiène buccodentaire : présence de plaque et de tartre
- Examen des muqueuses : inspection et palpation des faces internes des lèvres et des joues, du palais, de la langue (mobilité active puis passive avec une compresse) et du plancher buccal
- Examen du parodonte : inspection et palpation des gencives

➤ Schéma dentaire : restaurations, positions, dents absentes...

➤ Examen de l'occlusion

- Dans le sens transversal : apprécier le rapport des centres inter-incisifs et repérer les articulés inversés
- Dans le sens vertical : présence de recouvrement normal, de béance de bout à bout incisif, de supraclusion ou d'articulé inversé
- Dans le sens antéro-postérieur : les classes canine et molaire d'Angle [6]

➤ Segments édentés : décrire les crêtes en cas d'édentement

➤ Tests complémentaires : si nécessaire tests de sensibilité, de percussion, de mobilité, de sondage, du mordu

3. Examens complémentaires : des RA, RC ou une radiographie panoramique afin de confirmer les diagnostics

4. Diagnostics, plan de traitement et pronostic

3. Présentations des cas cliniques

1.3 Cas clinique N°1

1.3.1 Photographies



1.3.2 Anamnèse

Présentation : Dominique, 49 ans, femme au foyer

Motif de consultation : bilan bucco-dentaire

Pathologies : diabétique

Traitements : Glypéride®, Januvia®

Habitudes de vie :

- Brossage 1 à 2 fois par jour
- Consommation de thé et de café sucrés

1.3.3 Examen clinique

1.3.3.1 *Examen exobuccal*

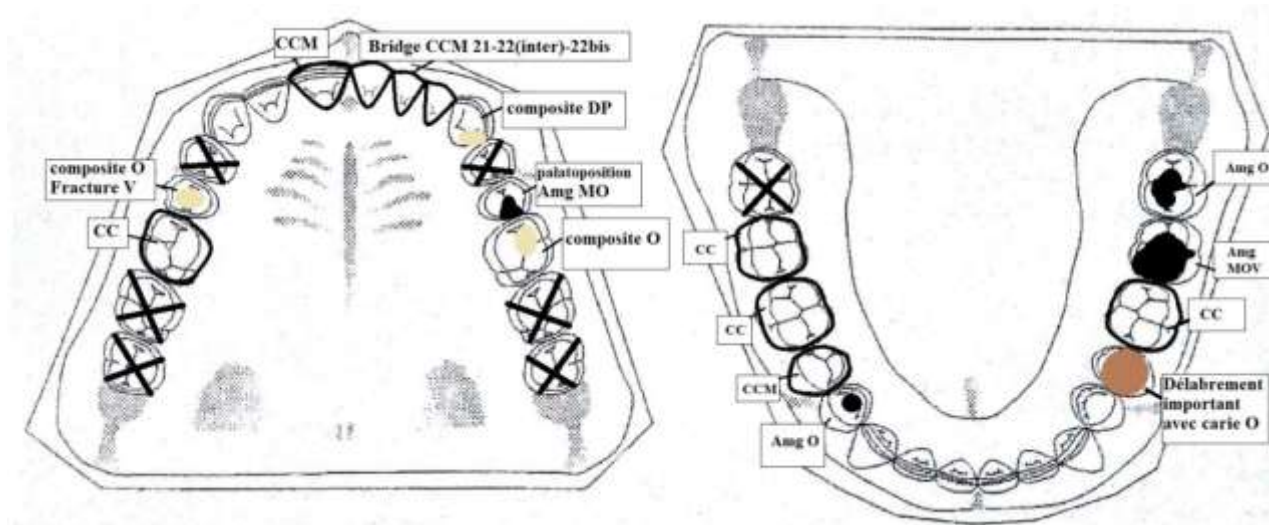
- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

1.3.3.2 *Examen endobuccal*

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Présence de plaque dentaire visible à l'œil nu de manière généralisée, indice 2 de LOË et SILNESS [53]
 - Présence de tartre en regard de l'inflammation gingivale mandibulaire et en rétro- incisif mandibulaire
- **Examen des muqueuses** : RAS
- **Examen du parodonte** :
 - Inflammation gingivale généralisée
 - Déhiscence en regard de la 22 en vestibulaire

➤ **Schéma dentaire :**

- Encombrement antérieur mandibulaire



➤ **Examen de l'occlusion :**

▪ Dans le sens transversal :

- Léger décalage du centre inter-incisif
- Articulés inversés localisés entre 12 et 42/43, 16 et 46, 25/26 et 36/37
- Encombrement antérieur mandibulaire

▪ Dans le sens vertical :

- Recouvrement insuffisant de la 11

▪ Dans le sens antéro-postérieur :

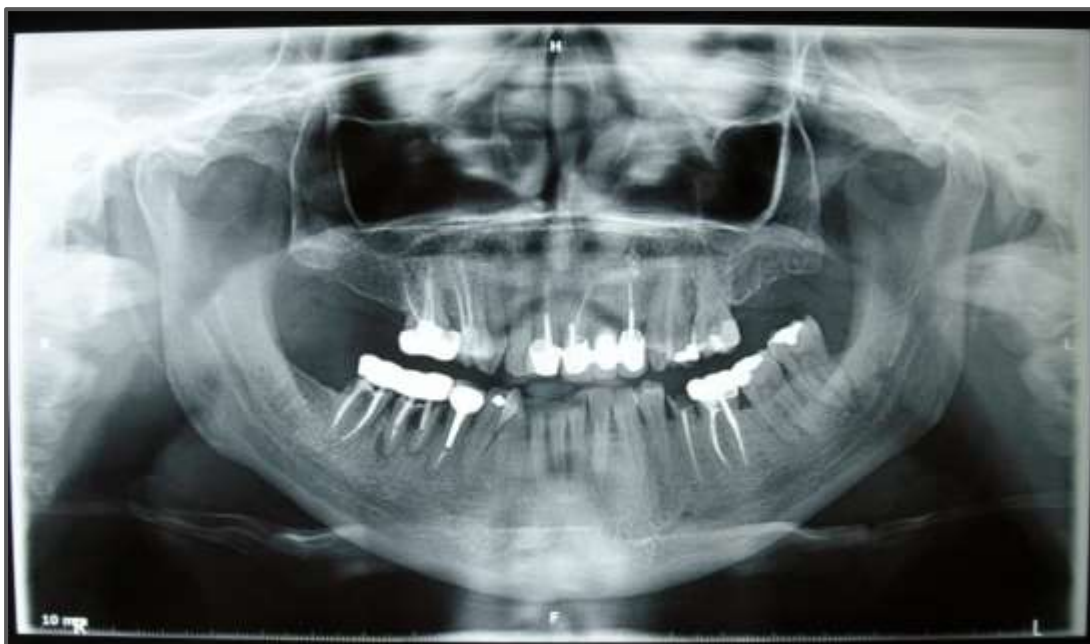
- Classe 1 canine d'Angle à droite et Classe 3 à gauche (cas particulier car présence de 3 incisives à gauche)
- Classe 2 molaire d'Angle à droite et Classe 1 à gauche

➤ **Segments édentés :**

- Au maxillaire : 18-17-27-28 et 48 sont absentes
- L'examen des crêtes montre une classe III de Cawood et Howell

1.3.3 Examens complémentaires

- La présence de nombreuses reconstitutions justifie la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
-panoramique de bonne qualité -structures périphériques visibles -remaniement du condyle gauche -traitements endodontiques multiples -image d'un tenon désaxé sur la 21	-sondage pour vérifier si la racine est perforée : une RA est à réaliser afin de mieux la visualiser
-radio-opacité apicale sur la 22bis	-RA et tests de percussion, palpation des tables osseuses externe et interne sur la 22bis pour confirmer ou pas la symptomatologie de la dent
-légère radio-clarté autour de la restauration occlusale de la 44, en dessous de celle de 25-26-37 et 38	-tests de sensibilité pulpaire ainsi qu'une RC pour la confirmation des caries
-élargissement desmodontal sur la 37	-RA sur la 37 avec test de percussion et de sensibilité
-image de LIR sur la 46 avec une LIPOE, le tenon mésial semble avoir perforé la racine mésiale	-RA sur 46 pour vérifier si perforation
-début d'une image de LIR sur la 47 avec lésion carieuse en distal et élargissement desmodontal	-RA sur la 47 et sondage parodontal
-alvéolyse généralisée débutante	

1.4 Cas clinique N°2

1.4.1 Photographies



1.4.2 Anamnèse

Présentation : Daniel, 56 ans, mécanicien

Motif de consultation : mobilités dentaires, les dents tombent toutes seules.

Pathologies : diabète et cholestérol

Traitements : Metformine, Spiriva®, Atorvastatine

Habitudes de vie :

- Brossage occasionnel
- Consommation de café sucré plusieurs fois par jour
- 20 cigarettes par jour depuis 40 ans (40 UPA) et du cannabis tous les soirs

*La consommation de tabac se calcule en UPA=unité paquet année=nombre de paquets fumés par jour multiplié par le nombre d'années de tabac.[20]
UPA>20 est un signe d'appel car le risque de développer un cancer des VADS est accru*

1.4.3 Examen clinique

1.4.3.1 Examen exobuccal

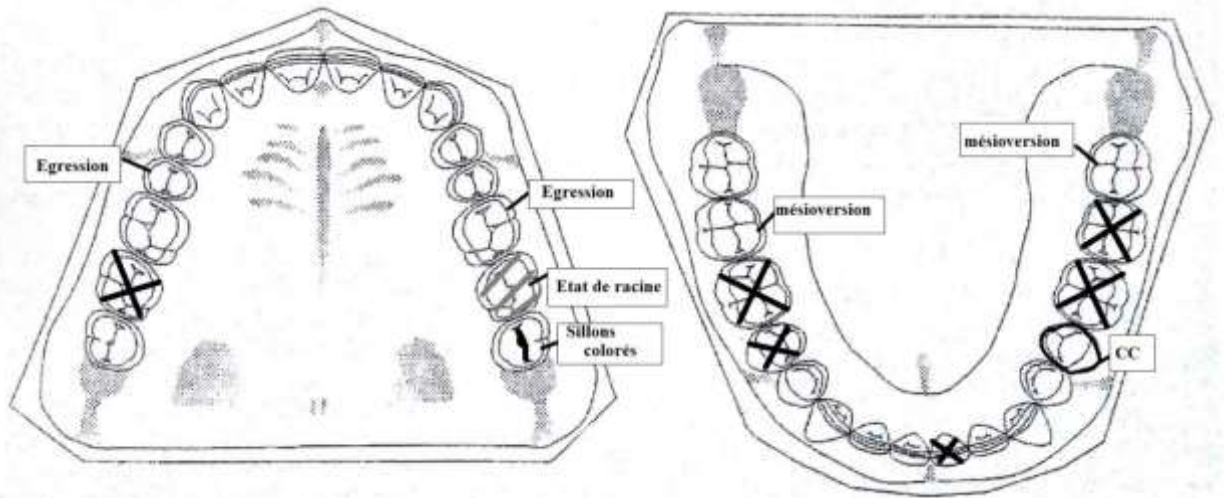
- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

NB : à 40 UPA, le patient présente un profil à risque de cancer des VADS, il faut donc bien observer et palper toutes les muqueuses.[5,15]

1.4.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Présence de plaque dentaire abondante de manière généralisée, classe 3 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre de façon généralisée
- **Examen des muqueuses** : RAS
- **Examen du parodonte**:
 - Œdème gingival généralisé. L'inflammation est masquée par l'effet vasoconstricteur du tabagisme
 - Récession gingivale généralisée en mandibulaire
 - Récessions gingivales au maxillaire au niveau de 12 -14- 15- 16- 22 -23 -24 -25 en vestibulaire et 16- 25- 26 en palatin

➤ **Schéma dentaire :**



➤ **Tests cliniques :**

- Test de mobilité :
 - ARPA 2 : 16 à 21 et 34-38 -43-44- 48
 - ARPA 3 : 22-24-25-32-35-42-41
 - ARPA 4 : 47
- Test de percussion : non douloureux sur 27

➤ **Segments édentés :**

- L'examen des crêtes en mandibulaire montre une classe III de Cawood et Howell

➤ **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal :
 - Malgré l'absence de la 31 on devine une correspondance des centres inter-incisifs
- Dans le sens vertical :
 - Recouvrement normal
- Dans le sens antéro-postérieur :
 - Classe 1 canine d'Angle droite et gauche

1.4.3.3 Examens complémentaires

- La présence de nombreuses reconstitutions, l'état du parodonte et le risque carieux élevé justifie la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
-panoramique de bonne qualité -structures périphériques visibles et saines -spicules de tartre en inter-dentaire -canal mandibulaire nettement visible avec boucle mentonnière	
-ingression de la 18 -27 à l'état de racine	
-radio-clarté en D de 16 et en M de la 48 -radio-clarté en D de 26	-RA avec test de percussion et de sensibilité
-radio-clarté apicale sur 35-38-41 et 47	-tests de percussion et de sensibilité
-alvéolyse angulaire au maxillaire -alvéolyse horizontale généralisée en mandibulaire : de 2/3 sur les incisives, terminale sur la 47 et de 1/3 sur les dents restantes	

1.5 Cas clinique N°3
1.5.1 Photographies



1.5.2 Anamnèse

Présentation : Jocelyne, 72 ans, retraitée

Motif de consultation : douleurs sinusiennes

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Brossage des dents 2 fois par jour
- Patiente non fumeuse

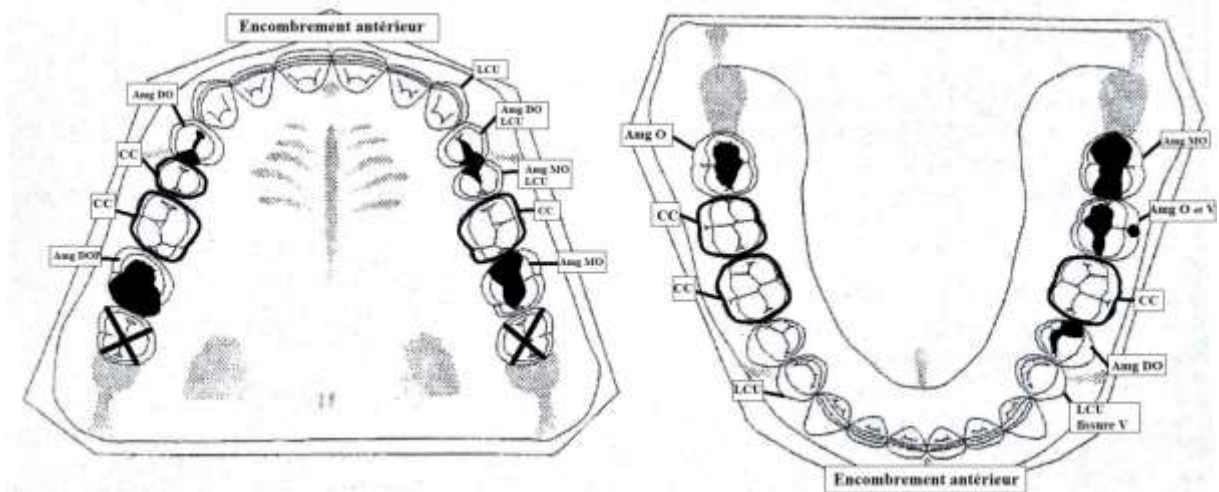
1.5.3 Examen clinique

1.5.3.1 *Examen exobuccal*

- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique, douleurs à la palpation en regard du sinus maxillaire droit.

1.5.3.2 *Examen endobuccal*

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Absence de plaque, classe 0 de LOË et SILNESS
 - Absence de tartre
- **Examen des muqueuses** : RAS
- **Examen du parodonte** :
 - Parodonte sain
- Récessions gingivales sur 11-12-15-17-23-24-25-27 et 31-34-35-44-45
- **Schéma dentaire** :



- **Tests cliniques** :
 - Test de sondage :
 - Sur les dents restaurées par amalgame au niveau des fêlures ainsi que sur la face vestibulaire de la 34 : les fêlures sont uniquement coronaires

➤ **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal :
 - Décalage des centres inter-incisifs avec un encombrement antérieur

- Dans le sens vertical :
 - Supraclusion incisive

- Dans le sens antéro-postérieur :
 - Classe 2 canine d'Angle à droite et classe 1 à gauche
 - Rapport 1/1 molaire d'Angle à droite et classe 1 à gauche

1.5.3.3 Examens complémentaires

- La présence de nombreuses reconstitutions ainsi que la douleur au sinus justifie la réalisation d'une radiographie panoramique réalisée deux semaines avant la consultation :



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
-panoramique de mauvaise qualité avec présence d'artéfacts et de superpositions -présence des boucles d'oreilles -radio-opacité du sinus droit -traitements endodontiques multiples	-un scanner a été réalisé
-radio-opacité en regard de l'apex de la 17	-RA sur 17 avec test de percussion
-alvéolyse généralisée de 1/3	

➤ **Analyse du scanner**



- Sur cette coupe frontale, on voit une radio-opacité qui comble la totalité du sinus droit qui n'est plus perméable. On note un corps étranger radio-opaque au centre de ce sinus.
- Début d'opacité au niveau des fosses nasales, des cellules ethmoïdales et de l'ostium du sinus maxillaire gauche.

➤ **Analyse de la rétro-alvéolaire de la 17**



- La RA met en évidence une obturation non étanche avec un dépassement de produit d'obturation qui pourrait être à l'origine de la sinusite.
- Radio-clarté sous l'amalgame : la netteté des contours ainsi que l'étanchéité au niveau mésial et occlusal (qui paraît de bonne qualité) font penser :
 - ❖ Soit à un manque de matériau radio-opaque dans la cavité d'accès
 - ❖ Soit à une perte du matériau en palatin. Si c'est le cas, une vérification en bouche est nécessaire.

1.6 Cas clinique N°4
1.6.1 Photographies



1.6.2 Anamnèse

Présentation : Raymond, 67ans, retraité

Motif de consultation : des lésions sur toutes les dents

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Brossage des dents 2 fois par jour pendant 4 minutes
- Consommation de citron dans tous ses plats surtout en été

1.6.3 Examen clinique

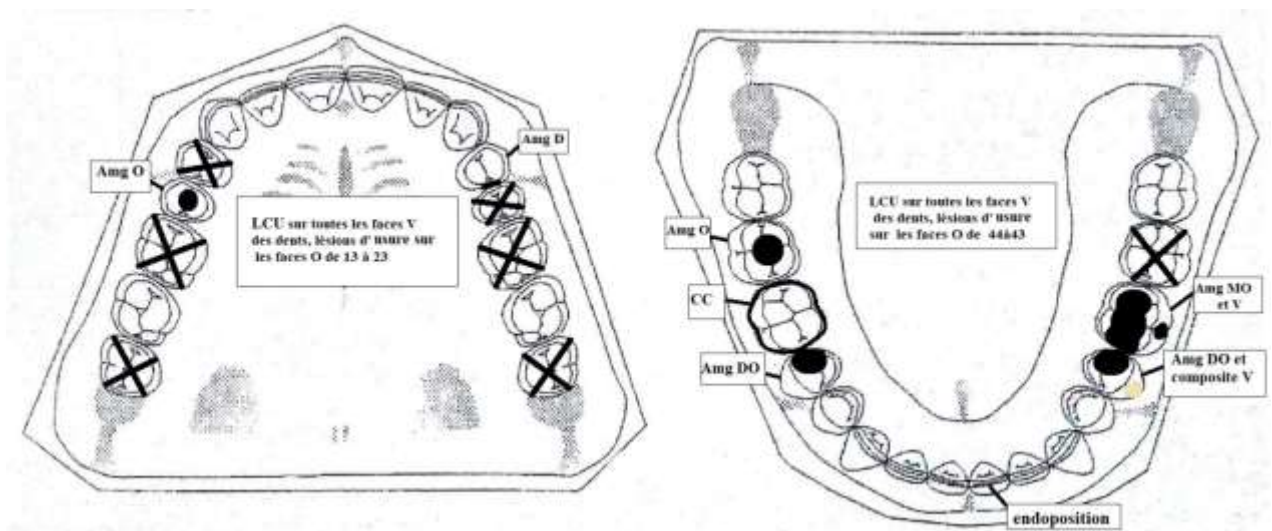
1.6.3.1 Examen exobuccal

- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

1.6.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Absence de plaque, classe 0 de LOË et SILNESS
 - Absence de tartre
- **Examen des muqueuses** : RAS
- **Examen du parodonte** :
 - Parodonte sain et épais
 - Récessions gingivales en regard des LCU
 - Présence de tatouage gingival en regard de la 46

- **Schéma dentaire** :



Segments édentés :

- L'examen des crêtes en mandibulaire montre une classe III de Cawood et Howell
- **Examen de l'occlusion :**
 - Dans le sens transversal :
 - Léger décalage des centres inter-incisifs
 - Dans le sens vertical :
 - Faible recouvrement, une occlusion en bout à bout entre 12 et 42-43
 - Dans le sens antéro-postérieur :
 - Classe 3 canine d'Angle à droite
 - Classe 1 canine d'Angle à gauche

1.6.3.3 Examens complémentaires

- La présence des restaurations et surtout des lésions multiples justifie la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
-panoramique de bonne qualité -structures périphériques visibles -remaniements condyliens -traitements endodontiques sur 15 ,45, 46 et 35, 36	
-radio-clarté sous la couronne de 46	- <i>test de sondage</i> au niveau de l'interface couronne-racine afin de vérifier si reprise carieuse -RA à incidence décalée si possible

1.7 Cas clinique N°5
1.7.1 Photographies



1.7.2 Anamnèse

Présentation : Philippe, 54 ans, chargé de projet

Motif de consultation : fermeture de l'espace entre les dents dû à la persistance d'une dent de lait.

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Brossage des dents 2 fois par jour
- Consommation de café sans sucre
- 2 cigarettes par jour depuis 15 ans (UPA= 1.5)

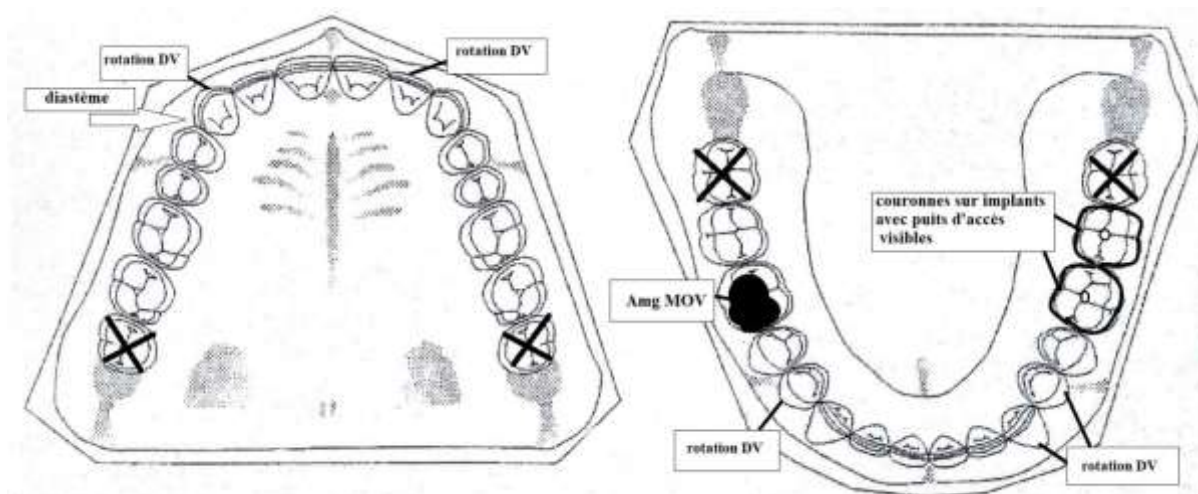
1.7.3 Examen clinique

1.7.3.1 Examen exobuccal

- **Inspection :** RAS
- **Palpation :** absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

1.7.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire :**
 - Présence de plaque dentaire visible à l'œil nu de manière généralisée, classe 2 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre en postérieur
- **Examen des muqueuses :**
 - Présence de tori mandibulaires
- **Examen du parodonte :**
 - Inflammation gingivale légère
- **Schéma dentaire :**



➤ **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal :
 - Décalage des centres inter-incisifs

- Dans le sens vertical :
 - Recouvrement normal

- Dans le sens antéro-postérieur :
 - Classe 2 canine d'Angle à droite
 - Classe 1 canine d'Angle à gauche
 - Classe 3 molaire d'Angle à droite et à gauche

1.7.3.3 Examens complémentaires



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
-panoramique de bonne qualité -structures environnantes visibles -remaniements condyliens	
-version des canines maxillaires -diastème entre 13 et 14	
-radio-clarté entre la couronne et l'implant sur 37 -amalgame débordant sur 46	-test de mobilité sur 37 -RA sur 46
-alvéolyse débutante généralisée	

1.8 Cas clinique N°6
1.8.1 Photographies



1.8.2 Anamnèse

Présentation : Florine, 12 ans, en 5ème

Motif de consultation : soigner ses dents

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Brossage 2fois par jour avec une brosse à dents souple
- Consommation de bonbons au goûter

1.8.3 Examen clinique

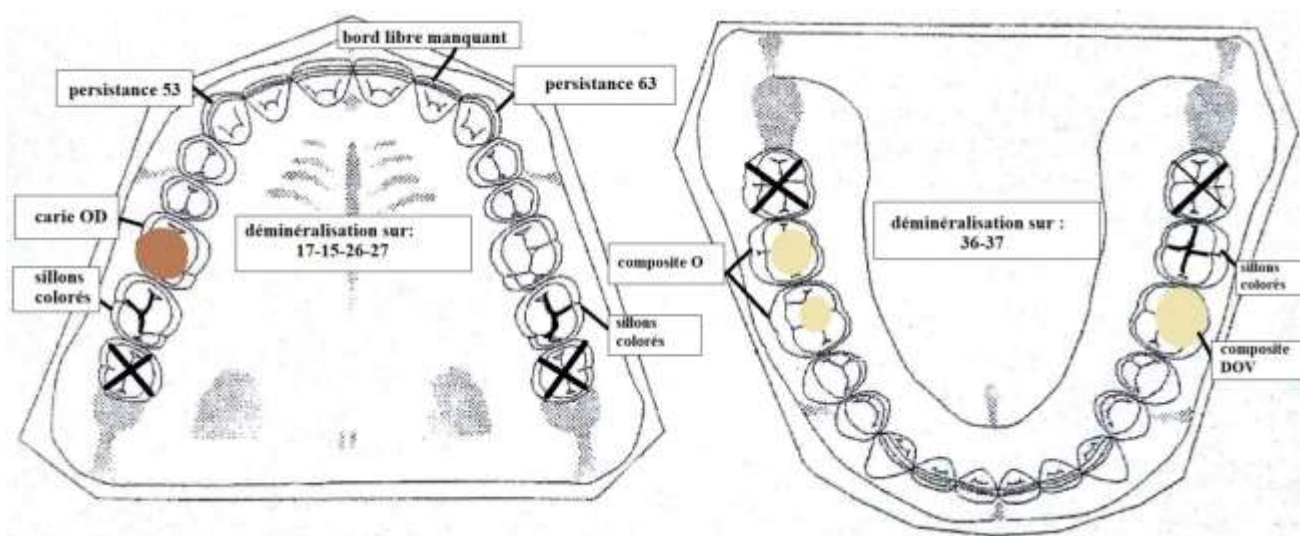
1.8.3.1 Examen exobuccal

- **Inspection :** asymétrie : droite > gauche
- **Palpation :** absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

1.8.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire :**
 - Plaque visible à l'œil nu dans les secteurs postérieurs, classe 2 de LOË et SILNESS
 - Absence de tartre
- **Examen des muqueuses :** RAS
- **Examen du parodonte :**
 - Inflammation gingivale au maxillaire

➤ Schéma dentaire :



➤ **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal :
 - Correspondance des centres inter-incisifs

- Dans le sens vertical :
 - Recouvrement normal

- Dans le sens antéro-postérieur :
 - Classe 1 molaire d'Angle droite et gauche

1.8.3.3 Examens complémentaires

- la persistance de 53 et 63 justifie la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires à la suite de cette analyse
- panoramique de bonne qualité - structures périphériques visibles et saines	
-persistance de 53 et 63 -13 et 23 incluses	-réaliser un CBCT afin de bien visualiser le positionnement des canines
- délabrement important et LIPOE sur 16 - radioclarité sous l'amalgame de 46 et 47 - image radio-claire inter-radiculaire sur 36 avec dépassement d'un matériau radio-opaque - absence du germe de la 38.	-RA avec test de sensibilité -RA a été réalisée sur 36 car suspicion de perforation du plancher. Elle doit être complétée par des tests de percussion.

➤ **Analyse de la rétro-alvéolaire sur 36 :**



- La présence d'une lésion inter-radicaire évoque un problème infectieux
- Une perforation au niveau du plancher semble avoir été obturée par un matériau très radio-opaque avec du résidu qui a fondu
- Les apex sont non visibles sur la radio ce qui ne permet pas d'apprécier la longueur et la qualité de l'obturation

1.9 Cas clinique N°7
1.9.1 Photographies



Occlusion avec le port des prothèses :



Occlusion sans le port des prothèses :



1.9.2 Anamnèse

Présentation : Anita, 60ans, retraitée

Motif de consultation : une incisive cassée et stellite usé

Pathologies : asthme et arthrose

Traitements : ventoline®

Habitudes de vie :

- Brossage des dents de temps en temps
- Consommation de café sucré et de bonbons
- a fumé 2 paquets de cigarettes par jour entre 17 et 42 ans, (UPA=50)

1.9.3 Examen clinique

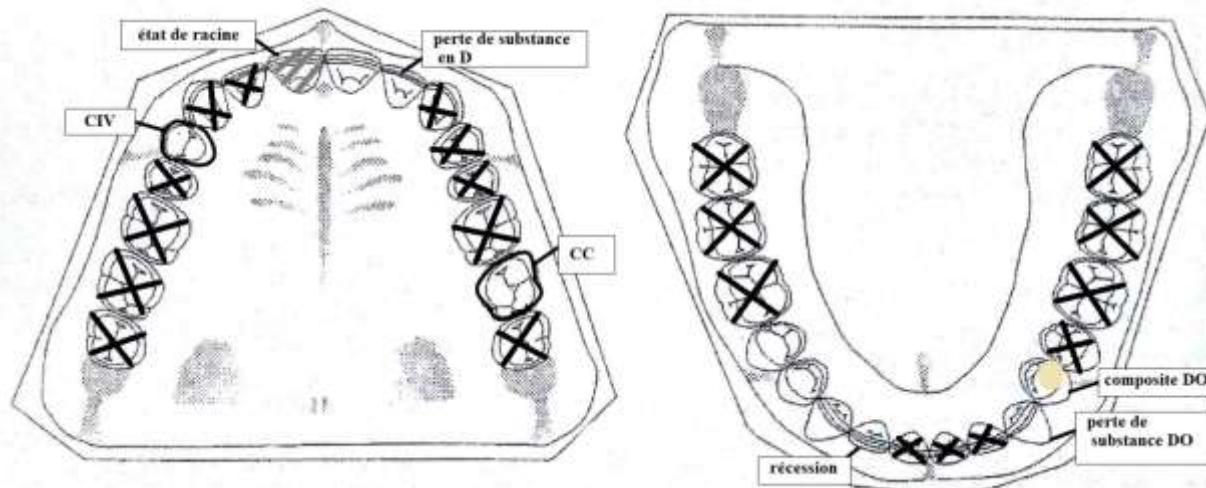
1.9.3.1 Examen exobuccal

- **Inspection**: commissures labiales affaissées avec présence de perlèches, perte de DV
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

NB : Malgré l'arrêt du tabac, le passé tabagique est à prendre en considération. En effet, à 50 UPA, la patiente présente un profil à risque de cancer des VADS, il faut donc bien observer et palper toutes les muqueuses.[42]

1.9.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Présence de plaque dentaire abondante de manière généralisée, classe 3 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre de façon généralisée
- **Examen des muqueuses** : RAS
- **Examen du parodonte** :
 - Inflammation gingivale généralisée
 - Récessions gingivales généralisées en mandibulaire
- **Schéma dentaire** :



➤ **Examen de l'occlusion :**

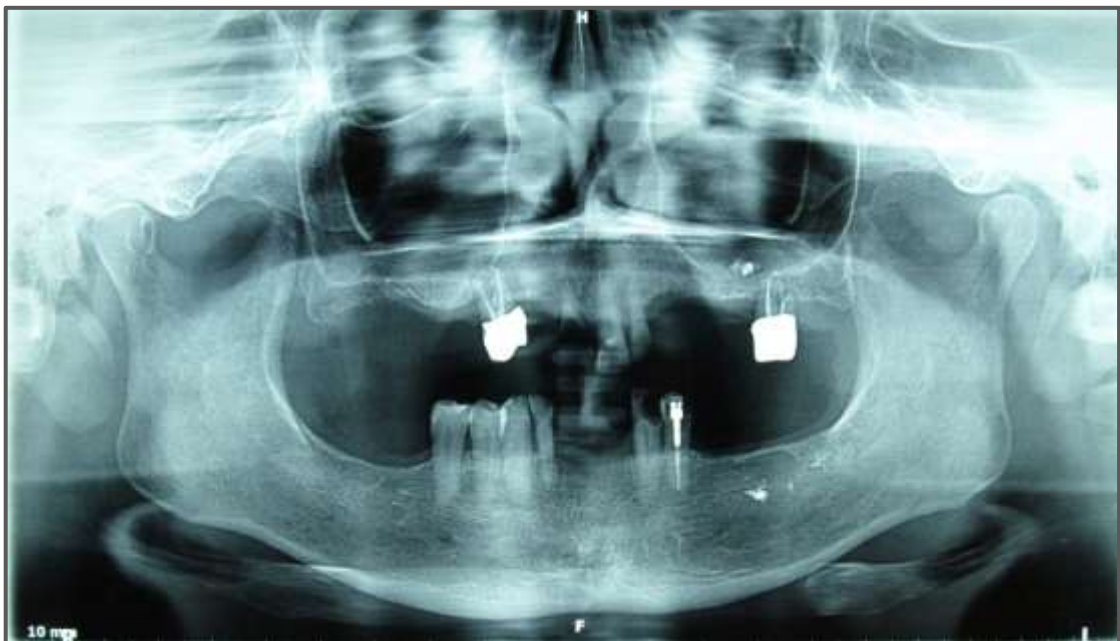
- Dans le sens transversal :
 - Décalage des centres inter-incisifs

- Dans le sens vertical :
 - Supraalvéolie incisive

- Dans le sens antéro-postérieur :
 - Non exploitable

1.9.3.3 Examens complémentaires

- Une radiographie panoramique permettra d'apprécier le niveau osseux ainsi que l'état des dents restantes :



Analyse du cliché	Tests complémentaires suite à cette analyse
-panoramique de bonne qualité -structures périphériques visibles	
-radio-opacité dans le sinus maxillaire gauche	-refaire une petite partie de l'anamnèse : a-t-elle des douleurs sinusiennes quand elle se penche ? a-t-elle le nez qui coule ?
-radio-opacité au niveau de la région molaire mandibulaire gauche	-RA pour vérifier si c'est un résidu de pâte d'obturation
-traitements endodontiques sur 14-27 et 34 -radio-clarté autour du tenon vissé sur 34	-réaliser une RA pour plus de précision
-alvéolyse de ½ sur 43-44et45 et terminale sur 14-27 et 42	

1.10 Cas clinique N°8
1.10.1 Photographies



1.10.2 Anamnèse

Présentation : Dzevad, 29ans, sans profession

Motif de consultation : gêne au palais depuis plusieurs semaines

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Pas de brossage
- Consommation quotidienne de café sucré et de soda
- 10 cigarettes par jour depuis 10 ans (UPA=5)

1.10.3 Examen clinique

1.10.3.1 *Examen exobuccal*

- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

1.10.3.2 *Examen endobuccal*

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Présence de plaque abondante de manière généralisée, classe 3 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre généralisée
- **Examen des muqueuses** :
 - Langue chargée
 - Association de deux lésions de la muqueuse palatine :
 - ❖ Une lésion érythémateuse qui s'étend du voile du palais jusqu'à sa moitié, centrée sur le raphé médian et de part est d'autre
 - ❖ Une lésion blanche, unique, verruqueuse à bords irréguliers

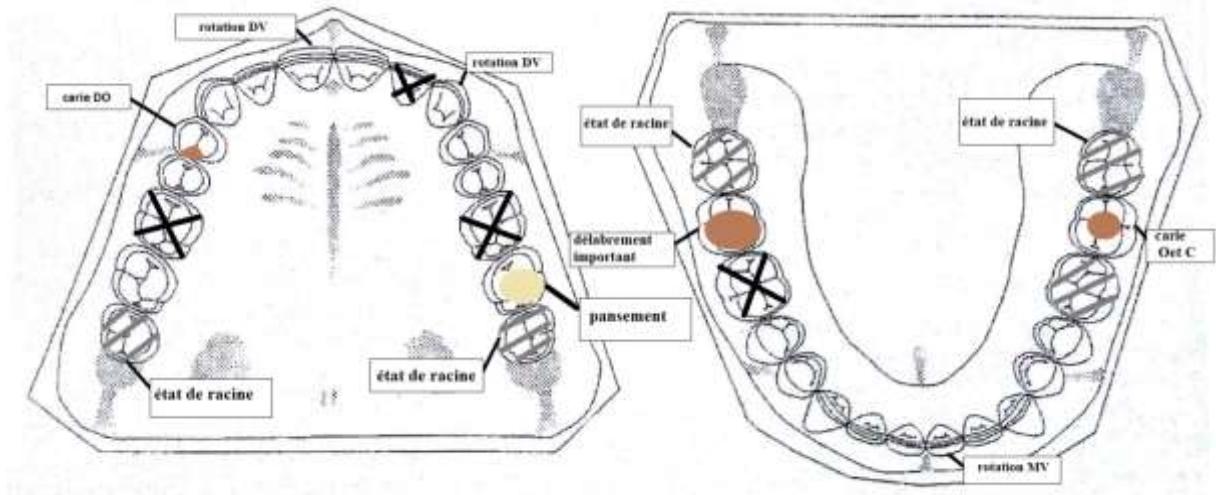
la découverte d'une lésion suspecte lors d'un examen clinique doit faire l'objet d'une enquête rigoureuse afin de déterminer l'étiologie :

- *Commencer par un interrogatoire : les antécédents médicaux, les habitudes toxiques, l'histoire de la maladie (survenue et évolution) et le retentissement fonctionnel*
- *Inspection de la lésion : siège, dimension, aspect homogénéité et présence ou pas d'écoulement*
- *Palpation en exobuccal des ganglions puis en endobuccal des muqueuses et de la lésion afin de déterminer sa consistance, si elle est détachable et/ou douloureuse [5,21]*

➤ **Examen du parodonte :**

- Œdème gingival généralisé. L'inflammation est masquée par l'effet vasoconstricteur du tabagisme

➤ **Schéma dentaire :**



- Caries occlusales multiples

➤ **Examen de l'occlusion :**

▪ Dans le sens transversal :

- Décalage du centre inter-incisif mandibulaire vers la gauche

▪ Dans le sens vertical :

- Recouvrement normal

▪ Dans le sens antéropostérieur :

- Rapport 1/1 canine d'Angle à droite
- Classe 2 canine d'Angle à gauche

1.10.3.3 Examens complémentaires

- Le délabrement dentaire important justifie la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires suite à cette analyse
<ul style="list-style-type: none">-panoramique de moyenne qualité avec des superpositions coronaires sur les secteurs prémolaires-structures environnantes visibles et saines-absence de la 22-radio-clartés multiples confirmant les lésions carieuses en bouche-le fragment restant de la 36 est superficiel	

1.11 Cas clinique N°9
1.11.1 Photographies



1.11.2 Anamnèse

Présentation : Virginie, 46 ans, aide-soignante

Motif de consultation : bilan bucco-dentaire

Pathologies : dépression -Intolérance au latex

Traitements : Seresta®

Habitudes de vie :

- Brossage une fois par jour le matin
- Consommation de café sucré
- 15 cigarettes par jour depuis 20 ans (UPA=15)

1.11.3 Examen clinique

1.11.3.1 *Examen exobuccal*

- **Inspection** : RAS
- **Palpation** : absence d'adénopathies, ATM asymptomatique

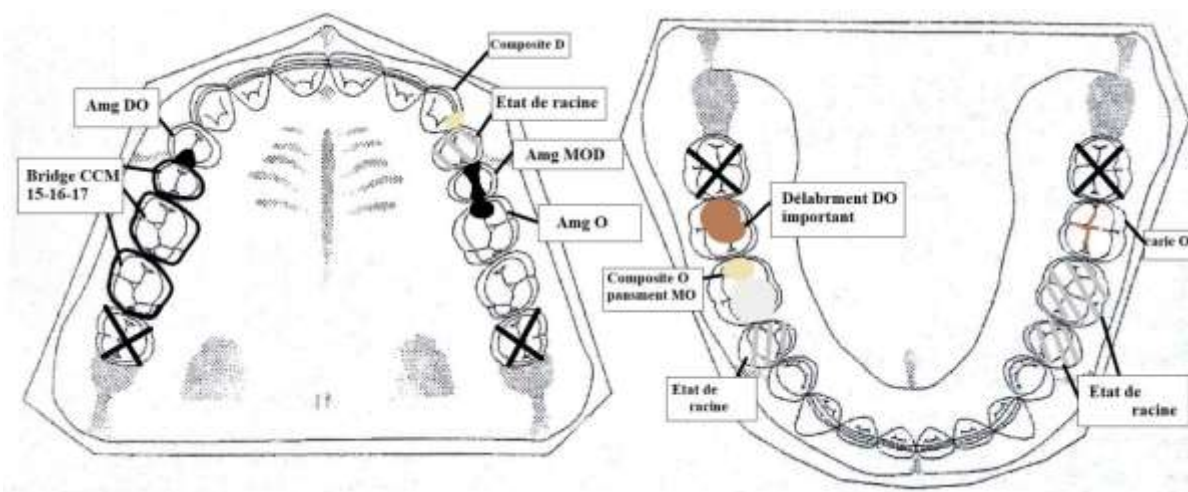
1.11.3.2 *Examen endobuccal*

- **Hygiène buccodentaire** :
 - Présence de plaque visible à l'œil nu, classe 2 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre en rétro-incisif mandibulaire
- **Examen des muqueuses** :
 - Langue légèrement plicaturée

Une langue plicaturée est un facteur favorisant la rétention de plaque ; il faut bien la palper lors de l'examen des muqueuses.[26]

- **Examen du parodonte** :
 - Œdème gingival généralisé. L'inflammation est masquée par l'effet vasoconstricteur du tabagisme
 - Récessions gingivales sur 12-13-14-22-23-25 et généralisées en mandibulaire

➤ **Schéma dentaire :**



Nous sommes face à une patiente dépressive présentant plusieurs caries et dents à l'état de racine. Il est alors important de faire un recueil d'informations afin de répondre au mieux à son motif de consultation :

Dans le cadre de sa dépression, a-t-elle des insomnies ? Est-ce qu'elle grignote pendant la nuit ?

➤ **Examen de l'occlusion :**

▪ Dans le sens transversal :

- Décalage des centres inter-incisifs

▪ Dans le sens vertical :

- Recouvrement normal

▪ Dans le sens antéropostérieur :

- Classe 1 canine d'Angle à droite et Classe 2 à gauche
- Classe 1 molaire d'Angle à droite
- Perturbation des courbes occlusales

➤ **Examens complémentaires**

- La présence d'un bridge, des reconstitutions et des dents à l'état de racine justifient la réalisation d'une radiographie panoramique :



Analyse du cliché	Tests complémentaires suite à cette analyse
- panoramique de bonne qualité -structures périphériques visibles et saines -bridge 15-16-17 -traitements endodontiques sur 15-17-35 et 45	
-radio-clarté autour de la reconstitution sur 27	-RA avec test de sensibilité
-élargissement desmodontal en mésial de 37	-RA et tests de percussion et de sensibilité
-élargissement desmodontal sur 46 et 47 -le plancher de 46 paraît très fin avec radioclarté sous l'amalgame	-RA avec tests de percussion axiale et latérale
-alvéolyse de 1/3 au maxillaire -alvéolyse mandibulaire : 2/3 en antérieur et 1/3 en postérieur	

1.12 Cas clinique N°10
1.12.1 Photographies



1.12.2 Anamnèse

Présentation : Oriane, 20 ans, apprentie esthéticienne

Motif de consultation : bilan bucco-dentaire

Pathologies : aucune

Traitements : aucun

Habitudes de vie :

- Brossage deux fois par jour avec une brosse à dents souple
- grignotage

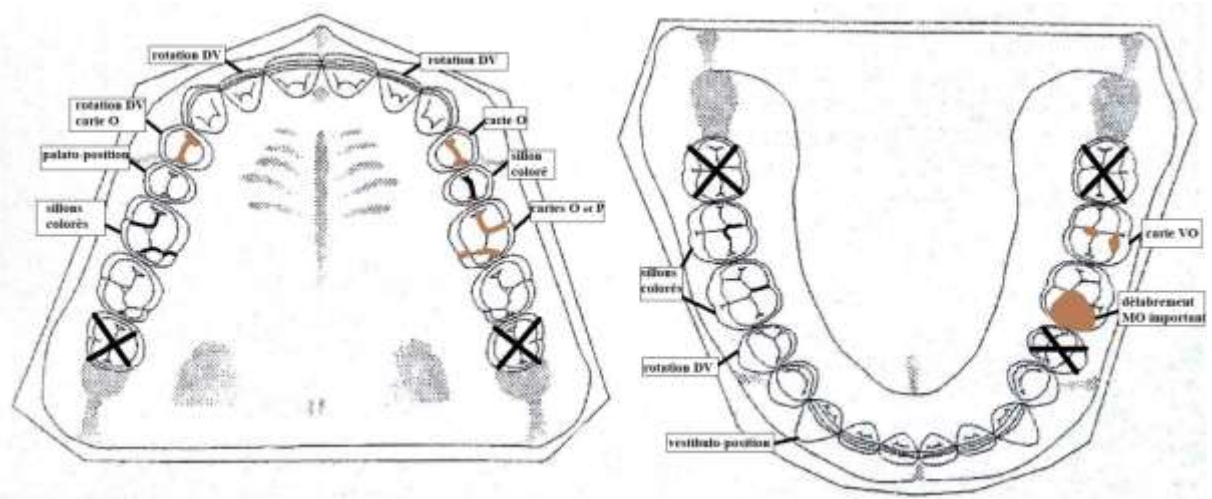
1.12.3 Examen clinique

1.12.3.1 Examen exobuccal

- **Inspection :** RAS
- **Palpation :** absence d'adénopathies, ATM asymptotique

1.12.3.2 Examen endobuccal

- **Hygiène buccodentaire :**
 - Plaque visible à l'œil nu, classe 2 de LOË et SILNESS
 - Présence de tartre au niveau du secteur 2
- **Examen des muqueuses :** RAS
- **Examen du parodonte :**
 - Inflammation gingivale dans les secteurs prémolo-molaires maxillaires
- **Schéma dentaire :**



➤ **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal :
 - Décalage des centres inter-incisifs
 - Mésio-vestibulo-rotation 12 et 22
- Dans le sens vertical :
 - Recouvrement normal
- Dans le sens antéropostérieur :
 - Palato-version 11 et 21
 - Classe 1 canine d'Angle droite et classe 2 à gauche
 - Classe 1 molaire d'Angle à droite

1.12.3.3 Examens complémentaires



Analyse du cliché	Tests complémentaires suite à cette analyse
<p>-présence d'artéfacts mais le cliché est exploitable</p> <p>-structures environnantes visibles et saines</p> <p>-présence des germes des DDS, sans anomalies apparentes</p> <p>-fermeture de l'espace par distalisation de 34 et mésialisation de la 36</p>	
<p>-radio-clarté occlusale et apicale sur 36</p>	<p>-RA et tests de percussion sur 36 : vérifier si c'est une carie profonde ou une trépanation antérieure de la corne mésiale avec perte du pansement.</p>

4. Diagnostics, plans de traitement et pronostics

2.1 Cas clinique N°1

2.1.1 Diagnostics

- Encombrement incisif mandibulaire
- Délabrement coronaire avec lésion carieuse secondaire sur 35
- Suspicion de lésions carieuses secondaires sur la 25-26 et 44
- Lésion carieuse secondaire sur 37
- Lésion carieuse secondaire avec LIPOE sur 38
- Lésion carieuse secondaire, LIPOE et LIR sur 46
- Maladie parodontale : *diagnostic à préciser après un bilan parodontal* [8,10]
- Edentement maxillaire classe I de Kennedy
- Egression de la 38

2.1.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- Le diabète est équilibré (son Hb1Ac est de 6.7). Pour la suite des soins, la patiente sera considérée comme une personne saine. Il n'est donc pas nécessaire de prescrire une antibiothérapie avant les soins.

Hb1Ac ou l'hémoglobine glyquée renseigne sur la moyenne des glycémies des trois derniers mois permettant ainsi de vérifier l'efficacité de la prise en charge du diabète.

La valeur normale chez une personne non diabétique se situe entre 4 et 6%. En cas de diabète de type 1 ou 2 : le taux de HbA1c doit s'approcher de 7% [18]

➤ **Chirurgie**

- Extraction de la 46
- Extraction de la 38 car égressée et sans antagoniste

➤ **Soins parodontaux**

- Proposer une thérapeutique parodontale initiale :
 - ◆ Motivation à l'hygiène buccale
 - ◆ Revoir la technique de brossage avec le matériel adapté
 - ◆ Conseiller de remplacer le sucre pour le café par un édulcorant comme l'aspartame ; un sucre ne contribuant pas à la carie dentaire [39]
 - ◆ Réaliser un détartrage

➤ **Soins conservateurs et endodontie**

- 35 : curetage carieux puis RTE

➤ **Occlusodontie**

- Le remaniement du condyle gauche est dû à l'absence de calage postérieur. Il y a donc une compression articulaire non douloureuse à ce jour. Dans cette situation, il faut anticiper : investiguer ce qui se passe au niveau de l'ATM car si un traitement orthodontique, prothétique ou implantaire est envisagé, il sera voué à l'échec si l'assainissement de l'ATM par le port d'une gouttière n'est pas réalisé.

➤ **Réhabilitation prothétique**

- 35 : restauration par un inlay-core et une couronne puisque la quantité de parois restantes ne permet pas la réalisation d'un composite à tenon [51]
- En antérieur, le bridge est en sur-occlusion :
 - ❖ Il faut informer la patiente du risque de fracture
 - ❖ Lui demander si l'esthétique lui convient
 - ❖ Si la réalisation d'un nouveau bridge est envisagée-*vue la perte osseuse et l'alignement des collets*- il faut vérifier au préalable la possibilité d'une greffe parodontale afin de refaire une papille au niveau de l'intermédiaire [50]
 - ❖ S'il n'est pas possible de refaire le bridge, du fait de l'absence des dents postérieures, une PAP peut être réalisée
- Dépose de la couronne 47:
 - ❖ Si la 47 est conservable ; réaliser son RTE puis un bridge 45-46-47
 - ❖ Si la 47 n'est pas conservable, il faudra l'extraire et évaluer la possibilité de poser deux implants à la place de 46 et 47 sinon envisager de les adjoindre à une PAP
- Implants pour remplacer 17 et 27 afin de retrouver un calage postérieur ou PAP 2 dents

➤ **Surveillance et maintenance parodontale**

Il faut savoir que la majorité des patients, ne déclarent pas directement leur demande. Il ne faut pas s'arrêter simplement au motif de consultation, mais aller plus loin dans l'interrogatoire, discuter sereinement avec eux afin que leur besoin soit exprimé clairement.

2.1.3 Pronostic

Le succès du plan de traitement proposé est dépendant de la motivation de la patiente.

Elle semble déterminée à améliorer son état buccal tant sur le niveau parodontal que dentaire. Dans ces conditions, le pronostic est favorable.

2.2 Cas clinique N°2

2.2.1 Diagnostics

- Maladie parodontale : *diagnostic à préciser après un bilan parodontal* [51]
- Suspicion de lésion carieuse sur 16 à confirmer par une RA
- Lésion carieuse SiSta 2.4 sur 26
- Edentement mandibulaire classe III modification 2 de Kennedy
- Lésions endo-parodontales sur 25-35-38 et 47
- 27 à l'état de racine

2.2.2 Analyse de la situation et plan de traitement

➤ **Chirurgie**

- Extraction des dents non conservables :
 - ❖ 25- 26-27-28 au maxillaire
 - ❖ 16 en fonction de la RA
 - ❖ 32-41-42-47 en mandibulaire
 - ❖ 38 en vue de sa lésion et sa position mésialée qui gêne le couloir prothétique

➤ **Soins parodontaux**

- Proposer une thérapeutique parodontale initiale :
 - ◆ Motivation à l'hygiène buccale
 - ◆ Revoir la technique de brossage avec le matériel adapté
 - ◆ Conseiller d'arrêter le tabac et le cannabis et remplacer le sucre pour le café par un édulcorant comme l'aspartame ; un sucre ne contribuant pas à la carie dentaire. L'orienter si nécessaire vers un tabacologue, s'il pense que le sevrage va être difficile.[39]
- Etant mécanicien, le patient nous dit passer son temps à fumer pendant son travail, il est primordial donc de discuter avec lui de l'importance d'arrêter le cannabis et le tabac en expliquant leurs méfaits et conséquences sur sa cavité buccale et sa santé en général. L'orienter si nécessaire vers un tabacologue, s'il pense que le sevrage va être difficile [41]
- Le diabète est une pathologie à stabiliser afin d'assurer l'amélioration de la santé parodontale [49] : s'assurer d'une Hb1Ac dans les normes sinon procéder à une antibioprophylaxie avant tout acte et l'adresser à son médecin traitant pour une meilleure prise en charge de son diabète.[7]

➤ **Soins conservateurs**

- Soins des lésions carieuses de 16 (si elle est conservable) et 48

➤ **Réhabilitation prothétique**

- Réaliser des modèles d'étude pour voir si on peut utiliser la 48 comme support de crochet et si elle se positionne en dehors du plan d'occlusion :
 - ❖ Soit elle nécessite uniquement une coronoplastie
 - ❖ Soit une couronne si le délabrement est important
- L'absence de calage postérieur est un facteur local aggravant dans la maladie parodontale et le patient finira par perdre ses incisives maxillaires. Afin de la stabiliser, on peut réaliser deux PAP de transition remplaçant 25-26 -27 et 32-36-37-41-42-45-46-47 (selon l'espace disponible)
- Une fois la maladie parodontale stabilisée, voir si 35 est conservable sinon l'extraire et l'intégrer dans la PAP

➤ **Surveillance et maintenance parodontale**

2.2.3 Pronostic

Compte tenu de sa consommation importante de tabac et de cannabis en plus de son diabète qui sont des facteurs de risque majeurs des atteintes buccodentaires, le pronostic se prononce défavorable. Cependant, le jour de la consultation, le patient est venu de sa propre initiative, s'est montré très inquiet du devenir de ses dents et souhaite vraiment les conserver.

2.3 Cas clinique N°3

2.3.1 Diagnostics

- Suspicion de sinusite aspergillaire provenant de la 17 à confirmer par l'anatomopathologie
- LCU sur 23-24-25-34 et 44
- Reconstitution coronaire non étanche avec perte ou manque de matériau sous la restauration de 17 à confirmer
- Restaurations par amalgame débordantes sur 14-24 en distal, et sur 25-28-38 en mésial

Aspergillose sinusienne

C'est une infection du sinus maxillaire suite à un traitement endodontique suivi d'un passage du produit d'obturation canalaire dans la cavité sinusienne

Cette forme se manifeste par : des douleurs sinusiennes, une obstruction nasale, une rhinorrhée purulente

La prise en charge est médico-chirurgicale réalisée par un ORL.[11,23,27,34]

2.3.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- **Traitement immédiat** : prescription de :
 - Antibiotiques : soit l'association amoxicilline-acide clavulanique soit l'association quinolone et métronidazole [22]
 - AIS locaux ou per os
 - Sérum physiologique pour le lavage nasal
 - Antalgiques
- **Orientation vers un ORL**
 - Réalisation d'une méatotomie et d'un lavage du sinus. Si on n'agit pas sur la dent, une récurrence est possible, il est nécessaire de demander l'avis d'un ORL sur la conservation ou pas de la dent
- **Soins conservateurs**
 - soins des LCU
 - polissage des amalgames sur 14-24-25-28 et 38
 - 17 : RTE si avis ORL favorable
- **Réhabilitation prothétique**
 - Couronne sur 17 si conservable

2.3.3 Pronostic

Réservé sur la 17 mais favorable pour le reste de la cavité buccale.

2.4 Cas clinique N°4

2.4.1 Diagnostics

- Lésions érosives généralisées
- Edentement maxillaire classe III et mandibulaire classe III modification 2 de Kennedy
- Suspicion de lésion carieuse sous la couronne de 46

2.4.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- La consommation excessive de citron associée à un brossage agressif sont à l'origine de ces lésions

Les lésions cervicales observées ainsi que celles en cuvettes sur les faces occlusales sont caractéristiques des lésions érosives d'origine extrinsèque associées à un brossage traumatique.

Il existe différents processus d'usure au niveau de la surface dentaire :

- ❖ **L'attrition** : altération physiologique de la dent qui peut se transformer en phénomène pathologique dans le cas du bruxisme ou d'une supraclusion
- ❖ **L'abrasion** : usure par phénomène de frottement en interposant un objet (stylo, piercing..) ou suite à un brossage inapproprié
- ❖ **L'érosion** : dissolution chimique de la structure dentaire engendrée par l'acide alimentaire, environnemental ou gastrique
- ❖ **Abfraction** : perte de substance exclusivement cervicale causée par les orientations des forces occlusales et souvent associée à un brossage inadéquat [9,24,48]

➤ **Assainissement**

- Revoir la méthode de brossage
- Recommander la réduction de la consommation du citron

➤ **Soins conservateurs et endodontie**

- Réaliser une restauration adhésive en premier temps pour la gêne esthétique [24]

➤ **Réhabilitation prothétique**

- Une pose de facettes peut être envisagée dans un second temps en fonction de la motivation du patient, et de la gestion du processus érosif.
- Comblent les édentements 14-16-24 et 25

Choix du matériau pour les facettes : s'orienter vers des blocs hybrides résine- céramique ; un matériau avec une faible dissolution chimique et donc qui aura une meilleure tenue si le patient reprend une alimentation à risque.[46]

2.4.3 Pronostic

Le patient consulte pour la gêne esthétique et semble très motivé, le pronostic s'annonce favorable sous réserve de diminuer de manière considérable l'alimentation acide.

2.5 Cas clinique N°5

2.5.1 Diagnostics

- Diastème entre 13 et 14
- Couronne sur 37 mal adaptée

2.5.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- 36 37 : ce sont deux couronnes avec des puits d'accès en occlusal qui devaient être comblés normalement par du composite. On note un risque de péri-implantite s'il y a une communication buccale [43]
- **Soins parodontaux**
 - Il ya une alvéololyse débutante. Avant de débiter le traitement orthodontique, proposer une thérapeutique parodontale initiale :
 - ◆ motivation à l'hygiène buccale
 - ◆ revoir la technique de brossage avec le matériel adapté
 - ◆ conseiller d'arrêter le tabac
- **Soins conservateurs et endodontie**

RTE 46 puis RCR et couronne provisoire (afin d'assurer l'étanchéité) avant de commencer le traitement orthodontique [51]
- **Orthodontie [16]**
 - Fermer le diastème entre 13 et 14
- **Réhabilitation prothétique**
 - Couronne définitive sur 46 [52]
 - Proposer la réalisation de nouvelles couronnes sur implant au niveau de 36 et 37 [13]

2.5.3 Pronostic

Le pronostic est favorable car le patient est motivé.

2.6 Cas clinique N°6

2.6.1 Diagnostics

- Persistance de 53 et 63 avec 13 et 23 incluses
- Suspicion de nécrose de 22
- Lésion carieuse SiSta1.4 sur 16 avec LIPOE
- Lésion inter-radiculaire sur 36
- Suspicion de MIH en vue des éléments suivants :
 - ❖ Le délabrement important sur 16
 - ❖ La présence des reconstitutions sur 36 et 46, 47
 - ❖ La présence des tâches blanches sur 11-21 et 27
 - ❖ Les colorations brunes sur les sillons de 17-26-27 et 37
 - ❖ L'absence d'autres caries en bouche

2.6.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Afin de confirmer le syndrome de MIH il faut demander :

- s'il y a eu des soins sur la denture lactéale
- s'il y a eu des difficultés d'anesthésie
- si les dents sont sensibles au froid ou lors du brossage

Le syndrome du MIH : il s'agit d'un défaut de structure au niveau de l'émail touchant au moins une molaire permanente. Les incisives permanentes peuvent également être concernées. Les hypominéralisations peuvent être légères, modérées ou sévères allant de la simple coloration à la perte importante de substance.[29] [1]

➤ **Assainissement**

- Education à l'hygiène alimentaire :
 - ❖ prendre en considération le surpoids de la patiente : réduire la fréquence du grignotage ; réserver le paquet de bonbons pour certains moments et conseiller d'avoir uniquement quatre repas par jour.
- Education à l'hygiène buccale : demander le type de matériel utilisé et l'adapter, lui apprendre la méthode de brossage adéquate
- Réaliser un détartrage
- Recommander l'utilisation de dentifrice et la pose de vernis fluorés [36] [37]

➤ **Soins conservateurs et endodontie**

- Prise en charge des lésions liées au MIH par la pose de CVI haute viscosité
- 36 :
 - ❖ Si la dent est asymptotique avec tests de percussion négatifs :
 - Surveillance

- ❖ Si lésion inter-radulaire confirmée :
 - Retrait de la reconstitution
 - Nettoyer la zone avec des US
 - RTE
 - Sceller la perforation avec du silicate de calcium
 - Pose d'une couronne provisoire

Remarque : *il ya une possibilité de mettre une coiffe métallique préformée sur la 36; elle est plus facile à réaliser et un peu moins délabrante qu'une dent provisoire [35]*

- Soin sur 16 : curetage puis réévaluation. Le pronostic est très réservé car la carie semble très profonde
- Si la nécrose de 22 est confirmée, réaliser le traitement endodontique afin d'éviter la dyschromie et proposer une coronoplastie par adjonction de composite.

➤ **Chirurgie**

- Programmer l'extraction des 53 et 63 en coordination avec l'orthodontiste et évaluer si l'extraction d'autres dents est nécessaire avant le traitement orthodontique.
- Extraction de la 16 si non conservable

➤ **Orthodontie**

- Traction des canines [3,25,33]
- Prévoir un mainteneur d'espace si la 16 doit être extraite :
 - ❖ Soit pour prévoir la traction de 17 et 18 par la suite
 - ❖ Soit pour la pose d'implant à l'âge adulte

➤ **Réhabilitation prothétique**

- Une couronne définitive sur 36 après le traitement orthodontique

➤ **Surveillance**

2.6.3 Pronostic

Prévenir les parents que le pronostic de la 16 est réservé.

Pour le reste de la bouche, le pronostic est fonction de la motivation de la patiente.

2.7 Cas clinique N°7

2.7.1 Diagnostics

- Maladie parodontale
- 11 à l'état de racine
- Suspicion de récurrence carieuse sur 34
- Lésion carieuse SiSta 1.4 sur 33
- Edentement maxillaire classe II modification 2 de Kennedy
- Edentement mandibulaire classe I modification 1 de Kennedy

2.7.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Prendre en considération l'asthme de la patiente :

- Fait-elle souvent des crises, qu'est-ce qui la déclenche, de quand date la dernière crise, et a-t-elle son traitement sur elle ? sinon programmer un rendez-vous ultérieurement. [41][44]
- Si la patiente est sous corticoïdes, il y a un risque de sécheresse buccale il faut surveiller la survenue de candidose [20]

Compte tenu des éléments suivants :

- L'examen des prothèses révèle l'absence d'appui en mandibulaire sur les trigones donc absence totale de sustentation
- Le calage postérieur étant mal reconstitué, la DV n'a pas été rétablie
- On constate une alvéolyse ainsi qu'un mauvais rapport couronne/racine au niveau de la 27 qui sera défavorable si l'on souhaite l'utiliser comme support de crochet.
- Les incisives centrales ne sont pas conservables
 - ▶ on conclue qu'au maxillaire il ne reste plus que la 14, donc il faudra prévoir une prothèse totale transitoire

Une radiographie panoramique ne permet pas de voir les courbes occlusales ; c'est un plan de coupe il y a des déformations au niveau des incisives.

Pour étudier les courbes occlusales, des modèles d'étude montés sur articulateur sont nécessaires suivi d'un montage directeur afin de :

- Vérifier l'égression alvéolaire
- Planifier les extractions voire une plastie osseuse maxillaire antérieure permettant un gain de hauteur pour le montage des dents prothétiques [14,17]

➤ **Soins parodontaux**

- Proposer une thérapeutique parodontale initiale :
 - ◆ Motivation à l'hygiène buccale
 - ◆ Revoir la technique de brossage avec le matériel adapté pour les dents mandibulaires
 - ◆ Revoir l'hygiène alimentaire : expliquer le risque de récurrence carieuse si l'apport du sucre est non maîtrisé
 - ◆ Réaliser un détartrage

➤ **Chirurgie**

- Extraction des dents maxillaires restantes avec plastie osseuse en fonction de l'étude de la courbe d'occlusion
- Extraction de la 42 car pronostic réservé : on aura par la suite une symétrie du sourire

➤ **Soins conservateurs et endodontie**

- Traitement endodontique sur 33
- 34 : si récurrence carieuse confirmée, curetage puis RTE

➤ **Réhabilitation prothétique**

- RCR et couronnes sur 33 et 34 [51]
- Pose d'une prothèse amovible totale maxillaire
- Pose d'une prothèse mandibulaire partielle transitoire en un premier temps. Si par la suite on note une stabilité parodontale et absence de mobilité on peut envisager un stellite mandibulaire

La PAP mandibulaire permet de temporiser et de surveiller la cicatrisation. S'il s'avère nécessaire d'extraire d'autres dents, leur adjonction sur la prothèse en résine est facilement réalisable.

2.7.3 Pronostic

Le pronostic dépend de la motivation de la patiente.

2.8 Cas clinique N°8

2.8.1 Diagnostics

- Lésions carieuses multiples
- 18-28-38-36 et 48 à l'état de racines
- Edentement maxillaire classe III modification 1 de Kennedy
- Edentement mandibulaire classe III de Kennedy
- Lésion muqueuse palatine

Diagnostics différentiels : papillome, condylome acuminé, carcinome verruqueux débutant [28]

2.8.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Au terme de l'examen clinique, concernant la lésion au palais, nous avons évoqué trois diagnostics :

- ❖ *Papillome*
- ❖ *Condylome acuminé*
- ❖ *Carcinome verruqueux débutant*

Afin de confirmer la nature de cette lésion Il faut réaliser une biopsie et une exérèse:

- ❖ *La taille de l'exérèse sera plus large que la lésion visible, elle englobe une zone saine autour du tissu atteint afin d'assurer son élimination totale.*
- ❖ *La biopsie sera envoyée au laboratoire d'anatomo-pathologie pour l'analyser*
- ❖ *Informé le patient qu'on doit attendre le compte rendu de l'analyse : les résultats orienteront la thérapeutique [21,28,31]*

Prescrire un bilan sérologique :

- ❖ *VIH, hépatite*

Le papillome et le condylome acuminé sont des IST virales liées la plupart du temps au Papillomavirus humain, types 6, 11 et 16.[40]

Le Papillomavirus humain peut être impliqué dans la pathogénie du carcinome verruqueux.[28]

❖ **Le papillome**

C'est une tumeur épithéliale bénigne en forme de « chou-fleur » vue les excroissances digitées qu'elle présente. Elle se situe préférentiellement sur la langue, la gencive et le voile du palais. Elle peut être de couleur blanche ou rouge, de consistance molle ou indurée. Sa taille peut aller de quelques millimètres à 1 cm sans transformation maligne.[6,28]

❖ **Le condylome acuminé**

C'est une lésion pédiculée, de couleur rouge ou blanche, confluente parfois en « chou-fleur ». Sa transmission dans la cavité buccale se fait par voie orale ou lors des rapports sexuels oro-génitaux. Les patients infectés par le VIH présentent fréquemment ce type de lésion [12,28]

❖ **Le carcinome verruqueux**

C'est une lésion blanche qui se développe principalement sur le palais et les muqueuses alvéolaire et buccale. Elle se présente sous une forme verruqueuse. Pendant les stades débutants sa taille est de l'ordre de 1 cm allant jusqu'à des lésions beaucoup plus étendues.[28]

➤ **Assainissement**

- Revoir l'hygiène buccale mais aussi l'hygiène de vie
- Réaliser un détartrage
- Motivation à l'hygiène
- Conseiller l'arrêt du tabac

- **Chirurgie**
 - Extraction de 18-28-38-36-48

- **Soins conservateurs et endodontie**
 - Soins des lésions carieuses : évaluer après le curetage si reconstitution immédiate ou passage par un TEI puis pose du CVI haute viscosité

- **Réhabilitation prothétique**
 - S'orienter plutôt sur la réalisation d'une PAP en attendant l'évolution des habitudes d'hygiène et de la motivation du patient

2.8.3 Pronostic

Le pronostic est réservé dépendant essentiellement de la motivation du patient

2.9 Cas clinique N°9

2.9.1 Diagnostics

- Maladie parodontale : diagnostic à préciser après un bilan parodontal
- Egression de 25 et 26
- LCU sur 12 et 34
- 24-35-36 et 45 à l'état de racines
- Lésion carieuse SiSta 1.4 sur 47 avec nécrose pulpaire, classe IV de Baume
- LIPOE sur 46 avec délabrement MO
- Lésions carieuses, SiSta 1.1 sur 37, SiSta 3.1 sur 14 et 44
- Restauration par amalgame débordante entre 25 et 26
- Restauration par amalgame non étanche en distal de 27

2.9.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- On prend en considération la langue plicaturée, une légère hyposialie médicamenteuse dues à la prise de l'antidépresseur.

La prise d'antidépresseur : si la patiente ressent des brûlures ou une gêne, on peut proposer un sialagogue ou un substitut salivaire (surtout si une prothèse amovible est envisagée par la suite) [4]

➤ Soins parodontaux

- Proposer une thérapeutique parodontale initiale :
 - ◆ Motivation à l'hygiène buccale
 - ◆ Revoir la technique de brossage avec le matériel adapté
 - ◆ Conseiller d'arrêter le tabac
 - ◆ Réaliser un détartrage

➤ Chirurgie

- Extraction de 24-35-36 et 45

➤ Soins conservateurs et endodontie

- Polissage de l'amalgame entre 25 et 26 en attendant la remise dans le plan d'occlusion
- Soins des lésions carieuses sur 14-44 puis reconstitution au CVI haute viscosité
- Curetage carieux et TEI sur 47 puis RCR (inlay-core ou composite à tenon en fonction des parois restantes après le curetage carieux) puis confection d'une provisoire
- Soins des LCU sur 12 et 34
- En fonction de la RA et le test de sensibilité sur 27 : curetage carieux ou traitement endodontique initial si nécrose pulpaire

➤ **Réhabilitation prothétique**

- Réaliser des modèles d'étude afin d'étudier les égressions dentaires du secteur 2 et prévoir une extraction ou pose d'overlay ou couronnes.[14,17]
- Prévoir par la suite une PAP une dent au maxillaire et 3 dents en mandibulaire

➤ **Surveillance et maintenance parodontale**

2.9.3 Pronostic

Le pronostic s'annonce favorable puisque la patiente semble motivée.

2.10 Cas clinique N°10

2.10.1 Diagnostics

- Lésions carieuses SiSta 1.1 sur 14-24-26 et 37
- LIPOE sur 36 avec délabrement MO
- Malpositions dentaires
- Edentement mandibulaire de classe III de la classification de Kennedy

2.10.2 Analyse de la situation et plan de traitement

La prise en charge de cette patiente est coordonnée entre le chirurgien-dentiste et l'orthodontiste. Ilya des extractions de prémolaires à envisager avant d'entamer l'alignement des dents. Il est évident qu'il faut extraire celles qui sont les plus délabrées.

- **Assainissement**
 - Motivation à l'hygiène buccale : expliquer la méthode de brossage et recommander l'arrêt du grignotage [46]
- **Chirurgie**
 - Extraction de 14-24-45
 - Extraction de 28
 - Le délabrement de la 36 étant très important, son extraction est préférable. Le traitement orthodontique permettra par la suite de mésialer 37 et 38
- **Soins conservateurs et endodontie**
 - Soins des lésions carieuses sur 26 et 37
 - Air-abrasion sur les sillons colorés de 46 et 47 puis pose de sealant [37]
- **Orthodontie [2]**

2.10.3 Pronostic

Le pronostic est favorable car la patiente est motivée compte tenu de sa future profession dans le domaine de l'esthétique.

5. Discussion

L'épreuve orale du CSCT vise à évaluer les aptitudes de l'étudiant à synthétiser et restituer les connaissances acquises lors de toutes ses précédentes années d'étude en chirurgie dentaire et de les mettre en application en élaborant un plan de traitement.

L'obtention de ce certificat est obligatoire pour débiter la pratique de la chirurgie dentaire en cabinet sous forme de collaboration ou de remplacement.

La réalisation de cet ouvrage est passée par une étape de sélection de cas cliniques suivie de la prise de photos de chaque patient sélectionné. Une deuxième étape consistait à présenter les cas aux étudiants de cinquième année lors des séances d'enseignements dirigés.

Cependant, malgré la préparation préalable, nous avons rencontré quelques difficultés relatives aux patients :

- La qualité de la surface dentaire pour le cas clinique 4 où les photos présentaient beaucoup de reflets ; il a donc fallu supprimer le flash pour mieux voir les dents avec une qualité de photos moindre.
- L'ouverture buccale et la position linguale dans le cas clinique 9 où le patient n'arrivait pas à maintenir la langue en position basse ce qui masquait une partie des dents mandibulaires.

Cette thèse à visée pédagogique, a volontairement été structurée de façon à ce que le lecteur puisse s'entraîner sur des cas que nous avons jugés intéressants, tous regroupés dans une même partie.

Les solutions sont séparées dans la troisième partie afin de permettre d'étudier ces cas sans être influencés. Celles-ci sont agrémentées de notions pédagogiques qui permettent de mieux appréhender l'épreuve.

Les diagnostics et plans de traitement exposés dans cet ouvrage ont été élaborés à partir de discussions entre étudiants et professeurs pendant les séances d'enseignements dirigés. Ils ne constituent en aucun cas une vérité absolue mais des propositions qui peuvent être discutées et améliorées en fonction de l'évolution de la science.

Tous les cas cliniques présentés dans cette thèse sont issus du service de première consultation odontologique de Lille.

Chacun de ces cas expose différentes disciplines de la dentisterie montrant aux étudiants des exemples variés de prise en charge :

Cas 1 :

Patiente consultant pour un bilan bucco-dentaire.

Présence de plaque, tartre, plusieurs restaurations et un remaniement condylien.

Disciplines concernées : prophylaxie, chirurgie, Dentisterie Restauratrice Endodontie, occlusodontie et prothèse.

Cas 2 :

Patient fumeur, consommateur de cannabis, consulte car il perd ses dents.

Très mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Disciplines concernées : chirurgie, parodontologie, Dentisterie Restauratrice
Endodontie et prothèse.

Cas 3 :

Patiente avec douleurs sinusiennes, l'aspergillose est évoquée.

Disciplines concernées : chirurgie, Dentisterie Restauratrice Endodontie.

Cas 4 :

Patient consultant pour des raisons esthétiques avec des LCU généralisées.

Disciplines concernées : prophylaxie, clinique du sourire, Dentisterie Restauratrice
Endodontie et prothèse.

Cas 5 :

Patient fumeur consultant pour diastème avec couronnes sur implants.

Disciplines concernées : parodontologie, orthodontie et prothèse.

Cas 6 :

Patiente de 12 ans en surpoids, consultant pour un bilan bucco-dentaire avec canines maxillaires incluses et suspicion de MIH.

Disciplines concernées : prophylaxie, chirurgie, Dentisterie Restauratrice Endodontie,
orthodontie et prothèse.

Cas 7 :

Patiente asthmatique avec un passé tabagique consultant pour un stellite usé et fracture d'une incisive.

Présence de plaque et tartre.

Disciplines concernées : prophylaxie, chirurgie, pédodontie et orthodontie.

Cas 8 :

Patient fumeur consultant pour une gêne au palais avec suspicion d'une pathologie virale.

Très mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Disciplines concernées : prophylaxie, chirurgie, Dentisterie Restauratrice Endodontie
et prothèse.

Cas 9 :

Patiente dépressive dans un contexte alcool-tabagique, consultant pour un bilan bucco-dentaire.

Présence de plaque, tartre et des récessions gingivales.

Disciplines concernées : parodontologie, chirurgie, Dentisterie Restauratrice
Endodontie et prothèse.

Cas 10 :

Patiente consultant pour un bilan bucco-dentaire.

Habitude de vie : grignotage

Disciplines concernées : prophylaxie, Dentisterie Restauratrice Endodontie, chirurgie
et orthodontie.

6. Conclusion

Au terme de deux années de pratique clinique en centre hospitalier, les étudiants en chirurgie dentaire ont acquis les méthodes de travail leur permettant de diagnostiquer au mieux les patients qui se présentent à eux. Pour valider cette expérience et leur permettre de pratiquer la chirurgie dentaire en cabinet, le CSCT est un passage obligatoire.

Cet ouvrage a pour seule vocation de les aider à synthétiser une partie de leurs connaissances pendant leurs révisions et sera consultable en ligne ou à la bibliothèque universitaire.

Il ne présente qu'une infime sélection de ce qu'ils peuvent rencontrer lors de l'épreuve du CSCT et ne couvre aucunement toutes les notions qu'ils ont à connaître. Il ne peut donc pas se substituer à l'expérience acquise pendant le travail en clinique et les conseils des professionnels qui les ont encadrés durant leur formation. Cette thèse vient seulement en complément.

L'évolution des sciences et des technologies, la multiplicité des cas que l'on peut rencontrer et enfin la quantité des connaissances à acquérir font que le travail effectué lors de cette thèse doit sans cesse être renouvelé et complété dans les années à venir par des présentations similaires afin que les étudiants candidats au CSCT puissent parfaire au mieux leurs révisions.

7. Références bibliographique

1. d'Arbonne F, Foray H. Hypominéralisation molaires incisives. EMC - Médecine buccale. 2016;[28-200-C-10].
2. Bassigny F. L'orthodontie préprothétique : pour praticiens initiés et non initiés. Paris : Éd. CdP.; 2009. 134 p.
3. Ben Balla H, Bocquet E. Canines incluses : protocole de prise en charge et proposition d'un système de traction [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
4. Boisramé S, Remaud M, Pers J-O. Conduite à tenir devant une sécheresse buccale. EMC-Médecine buccale. 2016;[28-005-K-30].
5. Bonnefoy C. Dépistage précoce des lésions cancéreuses de la cavité buccale: Sous la présidence scientifique du Dr Luc Chikhani. Actualités odonto-stomatologiques. 2012;(258):193.
6. Bouletreau P, Froget N, Gleizal A, Breton P. Affections du plancher de la bouche. EMC-Médecine buccale. 2008;[28-260-C-10].
7. Buyschaert M. Diabète et maladie parodontale. Le point en 2017 d'une double relation silencieuse. Médecine des Maladies Métaboliques. 11(2):105- 9.
8. Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Orti V, Gibert P. Examen clinique des parodontites. EMC - Médecine buccale. 2008;[28-235-U-10].
9. Chadwick G. Dental Erosion. London : Quintessence Pub. Co.; 2006. 71 p.
10. Charon JA, Joachim F. Le diagnostic en parodontie : guide de l'examen clinique pour un plan de traitement adapté. Éditions CdP; 2016. 103 p.
11. Delbet C, Barthélémy I, Teitelbaum J, Devoize L. Mycoses aspergillaires des sinus maxillaires. EMC - Médecine buccale. 2011;[28-220-C-10].
12. Douvier S, Dalac S. Infections à papillomavirus. EMC - Maladies infectieuses. 2004;[8-054-A-10].
13. Drogou H. Les couronnes piliers hybrides transvissées sur implant : protocole rigoureux de collage des embases titane. Actualités Odonto-Stomatologiques. (283):1- 9.
14. Dupas P-H, Margerit J. L'articulateur au quotidien : son utilisation simplifiée. Paris : Editions CdP; 2012. 99 p.
15. e-cancer.fr. Détection précoce des cancers de la cavité buccale - Dépistage et détection précoce [Internet]. Institut National Du Cancer. [consulté le 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale>
16. El Menjra-Fatma A. L'orthodontie chez l'adulte. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 1991.

17. Fajri L, Berrada S, Merzouk N. L'articulateur dans l'étude pré-prothétique en Prothèse amovible partielle - Partie 1. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. (276):1.
18. federationdesdiabetiques.org. L'HbA1c ou hémoglobine glyquée [Internet]. [consulté le 14 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>
19. Fettak F, Gambiez A. La photographie numérique dentaire : de la théorie à la pratique clinique [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
20. Paquet-année [Internet]. [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible sur: <https://www.medecine-des-arts.com/fr/article/tabac-breves-sur-le-tabac/cotation-du-tabagisme-en-paquets-annee.php>
21. Gauzeran D. Candidoses buccales : diagnostic et traitement. Paris : Laboratoires Pred; 2000. 86 p.
22. Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales. Paris: Éd. CdP; 2014. 189 p.
23. Gilain L, Laurent S. Sinusites maxillaires. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*. 2005;[20-430-A-10].
24. Girard P, Quevauvilliers J, Jeandot J. Dictionnaire médical du chirurgien-dentiste. Paris : Masson; 1997. 1124 p.
25. Helfer M. Esthétique du sourire : six analyses esthétiques et traitements multidisciplinaires. Paris : Espace id; 2014. 72 p.
26. Henner N, Pignoly M, Antezack A, Monnet-Corti V. Abord parodontal des dents maxillaires antérieures incluses et retenues. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*. 52(1):39.
27. Joly A, Huttenberger B, Pare A. Examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques. *La Presse Médicale* 2017. 46(3):286- 95.
28. Lafont E, Aguilar C, Vironneau P, Kania R, Alanio A, Poirée S, et al. Sinusites fongiques. *Revue des Maladies Respiratoires*. 34(6):672- 92.
29. Laskaris G, Le Sueur-Almosni F. Atlas de poche des maladies buccales. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2007. 370 p.
30. Leroy S, Marquillier T. L'érosion-infiltration dans la prise en charge des lésions antérieures du MIH : à propos de trois cas cliniques [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
31. Loiacono P, Pascoletti L, Pagliai R. La photographie en odontologie : théorie et pratique pour une documentation moderne. Paris : Quintessence International; 2011. 333 p.
32. Mahroug L, Maja N, Allaoui M, Oukabli M, Boui M, El Khatib K. Le condylome acuminé isolé de la cavité buccale: à propos d'un cas clinique. *Isolated condyloma acuminatum of the oral cavity: a short case report*. 21(4):257.

33. Maréchal H. La photographie dentaire : étape par étape. Paris : Editions Epace id; 2015. 56 p.
34. Marteau J-M, Boileau M-J. Dents incluses, sémiologie et principes thérapeutiques. EMC- Médecine buccale. 2016;[28-830-C-10].
35. Milián Masanet A, Bagán Sebastián JV, Riera Grimalt J, Lloria de Miguel E, Jiménez Soriano Y. Sinus aspergillosis after an endodontic treatment. Presentation of a clinical case. Acta Otorrinolaringologica Espanola. 49(5):408- 10.
36. Morrier J-J, Millet C, Richard B, Guilbert A, Duprez J-P. Prothèses chez l'enfant. EMC - Médecine buccale. 2018;[28-672-C-10].
37. Muller-Bolla M, Courson F, Dridi S-M, Viargues P. L'odontologie préventive au quotidien : maladies carieuses et parodontales, malocclusions. Paris ; Berlin ; Chicago : Quintessence international; 2013. 120 p.
38. Muller-Bolla M, Sixou JL, Courson F, Doméjean S, Tubert-Jeannin S. Fluor et maladie carieuse. EMC-Médecine buccale. [28-904-C-10].
39. Patti A, Perrier d'Arc G. Les traitements orthodontiques précoces. Paris : Quintessence international.; 2003. 121 p.
40. Périot A. L'intérêt et les différentes modalités d'utilisation des édulcorants. Pratiques en nutrition. 10(37):18- 24.
41. Piette É, Billet J, Montreuil CB de. Manifestations buccopharyngées des dermatoses. EMC - Oto-rhino-laryngologie. 1999;[20-524-A-10].
42. Predine-Hug F. L'odontologiste face à : asthme, cirrhose, diabète, endocardite, épilepsie ... conduites à tenir. EDP Sciences.; 2011. 130 p.
43. Reyhler H, Weynand B. Dépistage et diagnostic des lésions précancéreuses de la muqueuse orale. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale. 2010;111(4):203- 7.
44. Rieu I, Zal-Leize E. La Peri-Implantite: Etiologie, Diagnostic, Therapeutique. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 1998.
45. Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne : identification des patients : évaluation des risques : prise en charge, prévention et précautions. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2010. 722 p.
46. Roquier-Charles D, Seiller M. Hygiène et soins buccodentaires. : prévention et traitement des affections courantes. Paris : Pharmathèmes.; 2005. 63 p.
47. Samama Y, Ollier J, Lang BR. La prothèse céramo-céramique et implantaire : système Procera®. Paris : Quintessence International; 2002. 87 p.
48. Tervil B, Bugugnani R. La photographie numérique en odontologie : relation praticien, patient et laboratoire. Rueil-Malmaison: Ed. CdP; 2006.

49. Touzi S, Cavelier S, Chantereau C, Tavernier B. Vieillissement des structures dentaires et périodentaires. EMC - Médecine buccale. 2011;[28-020-I-10].
50. Vichova Z, Delannoy B, Robert J-M, Lehot J-J, Quadiri T. Sujet à risque diabétique. EMC-Médecine buccale. 2009;[28-005-A-10].
51. Vigouroux F chirurgien dentiste, Da Costa Noble R, Verdalle P-M, Colomb R. Guide pratique de chirurgie parodontale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011. 177 p.
52. Walter B, Dartevelle P. Préparations coronaires périphériques et préparations coronoradiculaires. Paris: Éd. CdP.; 2014. 110 p.
53. Walter B, Sailer I, Barthet P, De March P, Dot D, Fages M, et al. Prothèse fixée : approche clinique. Éditions CdP; 2016. 329 p.
54. Zunzarren R, Dupuis V. Guide clinique d'odontologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson; 2014. 313 p.

8. Annexes

Annexe 1 : demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Je soussigné(e) :

.....
.....

Demeurant :

.....
.....
.....

Tél :

Courriel :

Autorise Dhekra Ben Hassen à utiliser et diffuser au public à titre gratuit des photographies me représentant, réalisées le dans le service d'Odontologie du CHRU de Lille afin d'exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, pour la réalisation d'une thèse de chirurgie dentaire.

En acceptant, je m'engage à ne faire aucune restriction de mon droit à l'image.

Signature

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2018] – N°:

SYNTHÈSE DE CAS CLINIQUES A VISEE PEDAGOGIQUE :
ENTRAÎNEMENT POUR L'ÉPREUVE DE CSCT / **BEN HADJ BRAHIM ép
BEN HASSEN Dhekra.**- p. (80); réf. (54).

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.

Résumé de la thèse :

En fin de cinquième année de chirurgie dentaire, les étudiants doivent passer une épreuve de CSCT écrite et orale les autorisant à pratiquer en cabinet. C'est une épreuve qui évalue leurs capacités à utiliser leurs connaissances en situation de première consultation ou d'urgence.

Afin de les aider à se préparer au mieux, cet ouvrage présente différents cas sélectionnés au cours de l'année universitaire 2017-2018 en première consultation odontologique puis discutés pendant les séances d'enseignements dirigés entre étudiants et enseignants.

Décrits en deuxième partie, ils ont été volontairement séparés de leurs analyses placées en troisième partie afin que les étudiants puissent réfléchir et comparer ensuite leurs raisonnements à ceux émis par les enseignants. La première partie étant réservée à une description succincte des matériels et méthodes utilisés afin d'élaborer cette thèse dans les meilleures conditions.

Les analyses ont été étayées de notions théoriques évoquées lors des enseignements dirigés afin d'élargir d'avantage l'éventail des connaissances à acquérir par les candidats.

JURY :

Président : **Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

Assesseurs : **Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET**
Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME
Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Membre invité : **Madame le Docteur Claire PERUS**