

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2021

N° :

Thèse pour le

DIPLOME DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 19/05/2021

Par JAKOB Mathilde

Née le 17 Janvier 1996 à Lille (59) - FRANCE

**Préparation à l'épreuve orale du CSCT :
Synthèse de cas cliniques à visée pédagogique**

JURY

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT
Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME
Madame le Docteur Marion TALLEUX

Président de l'Université	: Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	: M-D. SAVINA
Doyen	: E.BOCQUET
Vice-Doyen	: A. de BROUCKER
Responsable des Services	: S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	: M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d'Odontologie pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento- Faciale
	Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de 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

Je dédie cette thèse...

Aux membres du Jury,

Madame le professeur Caroline DELFOSSE

Professeur des universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

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

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse et je vous en remercie.
Veuillez trouver à travers cet ouvrage, l'expression
de ma sincère reconnaissance et de mon profond
respect.*

Madame le Docteur Marion TALLEUX

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie

Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

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

*J'espère que cet ouvrage 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

Section Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Biologie Cellulaire de l'Université de Lille2

Master II Biologie Santé

Master I des Sciences Biologiques et Médicales

Responsable du Département de Prothèses Assesseur aux Nouvelles Technologies

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de
participer à ce jury de thèse.
Pour votre investissement et votre réactivité.
Soyez assuré de tout mon respect et de ma
profonde reconnaissance.*

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

Assesseur PACES

*Merci de m'avoir proposé de réaliser cette thèse
avec vous.*

*Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et
votre investissement.*

*Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés.
Recevez dans cet ouvrage, l'expression de ma
reconnaissance la plus profonde.*

Table des matières

Introduction.....	12
1 Matériels et méthodes.....	13
1.1 Matériels.....	13
1.2 Méthodes.....	13
2 Présentation des cas cliniques.....	15
2.1 Cas clinique n°1.....	15
2.1.1 Photographies.....	15
2.1.2 Anamnèse.....	16
2.1.3 Examen clinique.....	16
2.1.3.1 Examen exobuccal.....	16
2.1.3.2 Examen endobuccal.....	16
2.1.4 Examens complémentaires.....	19
2.2 Cas clinique n°2.....	20
2.2.1 Photographies.....	20
2.2.2 Anamnèse.....	21
2.2.3 Examen clinique.....	21
2.2.3.1 Examen exobuccal.....	21
2.2.3.2 Examen endobuccal.....	21
2.2.4 Examens complémentaires.....	23
2.3 Cas clinique n°3.....	25
2.3.1 Photographies.....	25
2.3.2 Anamnèse.....	26
2.3.3 Examen clinique.....	26
2.3.3.1 Examen exobuccal.....	26
2.3.3.2 Examen endobuccal.....	26
2.3.4 Examens complémentaires.....	27
2.4 Cas clinique n°4.....	28
2.4.1 Photographies.....	28
2.4.2 Anamnèse.....	29
2.4.3 Examen clinique.....	29
2.4.3.1 Examen exobuccal.....	29
2.4.3.2 Examen endobuccal.....	29
2.5 Cas clinique n°5.....	31
2.5.1 Photographies.....	31
2.5.2 Anamnèse.....	32
2.5.3 Examen clinique.....	32
2.5.3.1 Examen exobuccal.....	32
2.5.3.2 Examen endobuccal.....	32
2.5.4 Examens complémentaires.....	34
2.6 Cas clinique n°6.....	35
2.6.1 Photographies.....	35
2.6.2 Anamnèse.....	36
2.6.3 Examen clinique.....	36
2.6.3.1 Examen exobuccal.....	36
2.6.3.2 Examen endobuccal.....	36
2.6.4 Examens complémentaires.....	38
2.7 Cas clinique n°7.....	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
2.7.4 Examens complémentaires.....	41
2.8 Cas clinique n°8.....	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
2.8.4 Examens complémentaires.....	44
3 Diagnostics, plans de traitement et pronostics.....	46
3.1 Cas clinique n°1.....	46
3.1.1 Diagnostics.....	46
3.1.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	46
3.1.3 Pronostic.....	49
3.2 Cas clinique n°2.....	49
3.2.1 Diagnostics.....	49
3.2.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	50
3.2.3 Pronostic.....	50
3.3 Cas clinique n°3.....	51
3.3.1 Diagnostics.....	51
3.3.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	51
3.3.3 Pronostic.....	52
3.4 Cas clinique n°4.....	52
3.4.1 Diagnostics.....	52
3.4.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	52
3.4.3 Pronostic.....	53
3.5 Cas clinique n°5.....	53
3.5.1 Diagnostics.....	53
3.5.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	54
3.5.3 Pronostic.....	54
3.6 Cas clinique n°6.....	54
3.6.1 Diagnostics.....	54
3.6.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	55
3.6.3 Pronostic.....	56
3.7 Cas clinique n°7.....	56
3.7.1 Diagnostics.....	56
3.7.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	56
3.7.3 Pronostic.....	57
3.8 Cas clinique n°8.....	57
3.8.1 Diagnostics.....	57
3.8.2 Analyse de la situation et plan de traitement.....	57
3.8.3 Pronostic.....	58
Conclusion.....	59
Références bibliographiques.....	61

Abréviations

CSCT :	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
ATM :	Articulations Temporo-Mandibulaires
RA :	Rétro-alvéolaire
RC :	Rétro-coronaire
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
RAS :	Rien à signaler
CCM :	Couronne Céramo-métallique
Cp Occ:	Composite occlusal
Am Occ:	Amalgame occlusal
CC :	Couronne coulée
TEI :	Traitement endodontique initial
LIPOE :	Lésion Inflammatoire Périradiculaire d'Origine Endodontique
MV2 :	Canal Mésio-vestibulaire n°2
Cp cerv:	Composite cervicale
Cp P :	Composite Palatin
Cp M :	Composite Mésial
Am sillon V :	Amalgame sillon Vestibulaire
PA :	Prothèse amovible
Am DO:	Amalgame Disto-occlusal
Cp D et M:	Composite distal et mésial
Am OL:	Amalgame Occluso-lingual
Am MO:	Amalgame Mésio-occlusal
PAP :	Prothèse Amovible Partielle
UPA :	Unité Paquet Année
IAOH :	Index d'Apnées-Hypopnées Obstructives
SAS :	Symptôme d'Apnée du Sommeil
PPC :	Pression Positive Continue
RTE :	Retraitement Endodontique
DV :	Dimension Verticale

Introduction

L'étudiant en chirurgie dentaire doit, en fin de 5^e année, valider un examen appelé le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) qui va lui permettre d'effectuer des remplacements libéraux ou collaborations salariales dans les cabinets libéraux avant de terminer ses études et d'être diplômé.

Cet examen se déroule en deux parties : une épreuve écrite et une épreuve orale.

La partie orale consiste, devant un jury de trois professionnels de santé rattachés à la faculté, en l'accueil d'un patient venant soit des urgences dentaires soit des premières consultations.

Le but est d'évaluer l'étudiant quant à l'abord du patient, l'observation et l'examen clinique, la pose d'un diagnostic et l'élaboration d'un plan de traitement en fonction de la demande du patient.

Cette thèse a pour objectif d'aider les étudiants à s'entraîner à l'épreuve orale à travers un panel de cas cliniques variés provenant des premières consultations reçues dans le service durant l'année universitaire 2019-2020.

Après la description des matériels et méthodes utilisés pour la réalisation de cette thèse dans une première partie, la deuxième partie consiste à présenter les différents cas cliniques choisis au travers de photographies de patients, leurs anamnèses ainsi que des examens cliniques et examens complémentaires effectués.

La dernière partie a pour but de présenter le diagnostic, les grands axes du plan de traitement et le pronostic.

1 Matériels et méthodes

1.1 Matériels

L'appareil photo :

L'appareil photo utilisé pour illustrer ces cas cliniques est un Panasonic Lumix DMC-FZ 150 avec un objectif de 24-25 mm.

Il a fallu s'entraîner à plusieurs reprises sur des camarades pour obtenir des photographies endobuccales de qualité acceptable pour pouvoir les traiter.

Traitement des photographies :

Lors de la réalisation des photographies, le scialytique est resté éteint. Les photos ont ensuite été recadrées sur ordinateur.

Pour garder l'anonymat des patients, des rectangles noirs sur les yeux ont été ajoutés via le logiciel Paint.

Matériel intra-buccal :

Pour avoir une vision complète des arcades maxillaire et mandibulaire, des miroirs et des écarteurs de joues et lèvres ont été utilisés.

Pour éviter un maximum la formation de buée sur la surface des miroirs, la seringue air/eau du fauteuil était maintenue.

1.2 Méthodes

Les patients décrits ont été choisis dans le service des premières consultations. Il y a eu un consentement oral de leur part de diffusion dans cette thèse ainsi que du droit à l'image qui ne permet pas leur identification.

Six photographies ont été prises par patient :

- une photo exo-buccale bouche fermée
- deux photos des arcades complètes maxillaire et mandibulaire
- une photo en occlusion de face
- deux photos en occlusion à droite et à gauche

Le déroulement des examens effectués est celui attendu de l'étudiant lors de l'épreuve du CSCT oral :

1) Anamnèse :

- Présentation du patient : Nom, Prénom, Age et Profession
- Motif de Consultation
- Pathologies, allergies, traitements en cours
- Habitudes de vie : alimentation, tabac, brossage

2) Examen clinique :

► Exobuccal

- Inspection : asymétrie, cicatrice
- Palpation des chaînes ganglionnaires et des Articulations Temporo-mandibulaires (ATM).

► Endobuccal

- Hygiène buccodentaire : présence de plaque, tarte
- Examen des muqueuses : inspection et palpation des lèvres, faces internes des joues, du palais, de la langue (mobilité à évaluer à l'aide d'une compresse) et du plancher lingual
- Examen du parodonte : inspection et palpation des gencives

► Schéma dentaire : dents absentes (demander la raison au patient et depuis combien de temps) , positions, restaurations, lésions carieuses

► Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : rapport des centres inter-incisifs, articulés inversés
- dans le sens vertical : présence d'un recouvrement normal, d'une béance, d'un bout à bout incisif, d'une supraclusion
- dans le sens antéro-postérieur : les classes d'Angle canine et molaire

► Secteurs édentés : décrire les crêtes si édentement

► Tests complémentaires : si besoin, effectuer les tests de sensibilité, de percussion, de mobilité, de sondage et du mordure sur les dents suspectes

3) Examens complémentaires : pour avoir plus de renseignements, confirmer un diagnostic, faire des Rétro-alvéolaires (RA), des Rétro-coronaires (RC) ou une radiographie panoramique

4) Pose de diagnostics, établissement du plan de traitement et du pronostic

2 Présentation des cas cliniques

2.1 Cas clinique n°1

2.1.1 Photographies



2.1.2 Anamnèse

Présentation : Mr Q. Jean, 60ans, commercial

Motif de consultation : douleur secteur maxillaire gauche qui revient de façon récurrente

Pathologies : - diabète

- double pontage en 2009
- ablation de la vésicule biliaire en 2009
- apnée du sommeil
- Accident Ischémique Transitoire (AIT) en 2012

Traitements : - Clopidogrel (Plavix®)

- Ezétimibe + Simvastatine (Inegy® 10mg)
- Esomeprazole (Inexium® 20mg)
- Metformine 850mg

Habitudes de vie :

- 5 cigarettes par jour
- arrêt du cannabis il y a un an
- brossage 5 fois par semaine avec une brosse à dents manuelle à poils médiums et une fois sur deux avec un dentifrice en poudre

2.1.3 Examen clinique

2.1.3.1 Examen exobuccal

► **Inspection** : Rien A Signaler (RAS)

► **Palpation** : RAS

2.1.3.2 Examen endobuccal

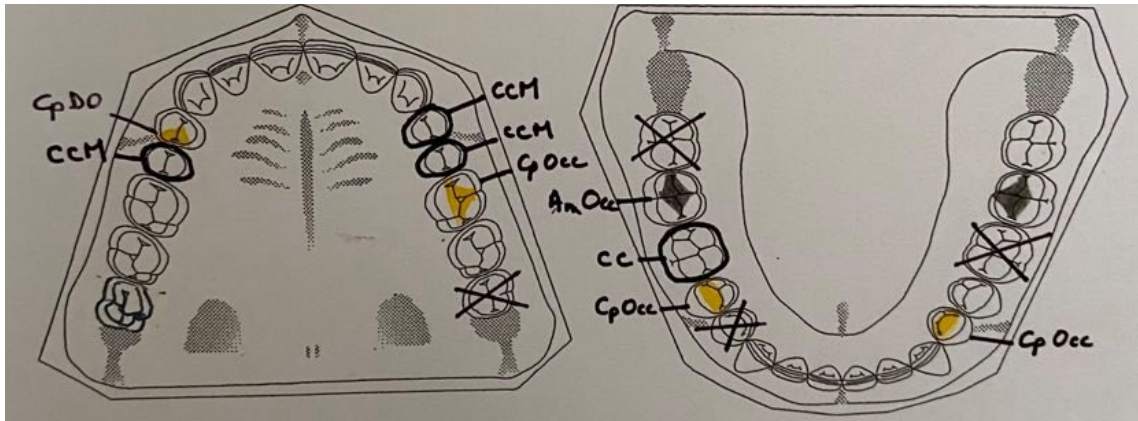
► **Hygiène buccodentaire** :

- Absence de plaque
- Présence de tartre rétro-incisif mandibulaire

► **Examen des muqueuses** : RAS

► **Examen du parodonte** : Gencive légèrement oedématisée en regard des prémolaires secteur gauche maxillaire

► **Schéma dentaire :**



► **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal : alignement des centres inter-incisifs
- Dans le sens vertical : recouvrement normal
- Dans le sens antéro-postérieur : - Classe II canine d'Angle à droite (rapport 1/1) et classe I à gauche
- Classe II molaire d'Angle à droite

La **classification d'Angle** permet de décrire les relations d'arcades en intercuspédie dans le sens sagittal. (Figure 1) [1]

La **Classe I** est caractérisée par des rapports d'intercuspédie dans lesquels la première molaire mandibulaire est mésialée d'une demi-cuspide par rapport à la première molaire maxillaire. En conséquence, la canine mandibulaire est mésialée d'une demi-dent par rapport à la canine maxillaire. (B)

La **Classe II** est caractérisée par des rapports d'intercuspédie dans lesquels la première molaire mandibulaire est distalée de plus d'une demi-cuspide par rapport à la première molaire maxillaire. En conséquence, la canine mandibulaire est distalée de plus d'une demi-dent par rapport à la canine maxillaire. (A)

La **Classe III** est caractérisée par des rapports d'intercuspédie dans lesquels la première molaire mandibulaire est mésialée de plus d'une demi-cuspide par rapport à la première molaire maxillaire. En conséquence, la canine mandibulaire est mésialée de plus d'une demi-dent par rapport à la canine maxillaire. (C)

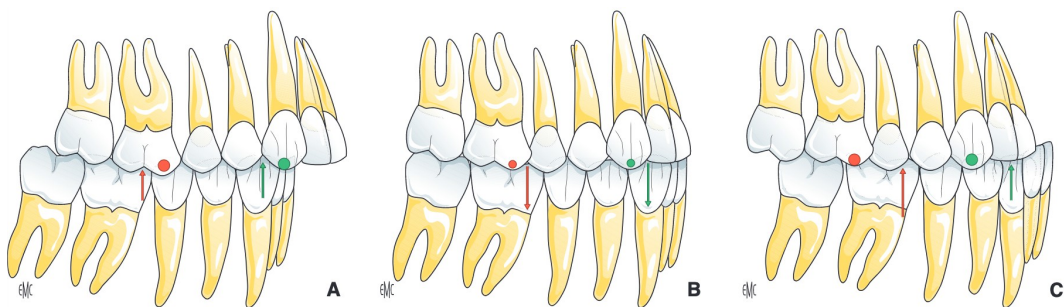


Figure 1: La classification d'Angle [1]

► **Segments édentés :**

- Au maxillaire : 28 n'est pas présente en bouche
- A la mandibule : 36, 44 et 48 sont absentes en bouche
- L'examen des crêtes montre une classe III de Cawood et Howell

La classification de **Cawood et Howell** permet de classer les différents stades de résorption alvéolaire (Figure 2) :

- Classe I : denté
- Classe II : post-extraction
- Classe III : crête arrondie : hauteur et largeur suffisantes
- Classe IV : crête en lame de couteau : hauteur suffisante mais largeur insuffisante
- Classe V : crête plate : hauteur et largeur insuffisantes
- Classe VI : crête concave (avec perte d'os basal) [2]

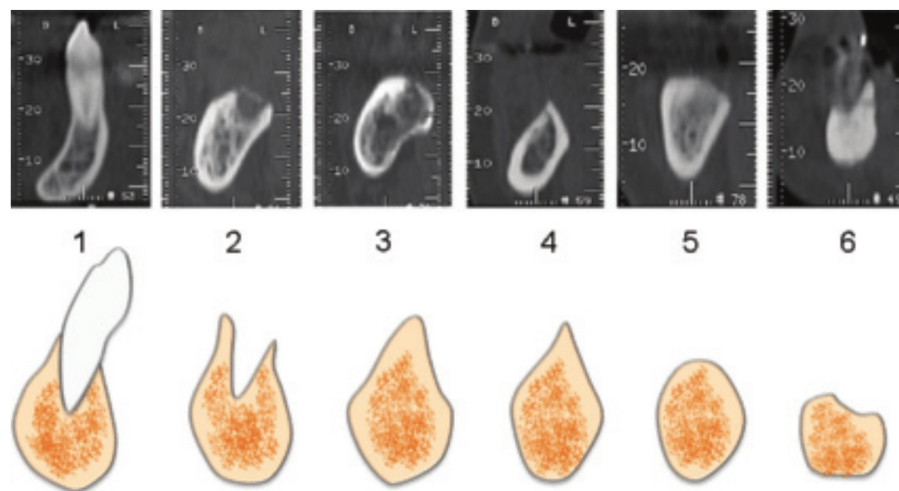


Figure 2: Classification de Cawood et Howell [3]

► **Tests complémentaires :**

- Palpation des tables osseuses en vestibulaire et en palatin douloureuse secteur 2
- Percussions axiales et latérales douloureuses sur 24 et non douloureuses sur 25
- Regarder si présence ou non de fistule (*si oui : mettre un cône de gutta fine-fine et réaliser une RA pour visualiser le chemin et identifier la dent causale [4]*)

2.1.4 Examens complémentaires

► Radiographie panoramique

La réalisation d'une radiographie panoramique est dans ce cas justifiée car il y a de nombreuses restaurations en bouche.



La panoramique est de bonne qualité et les structures environnantes sont visibles.

On observe des traitements endodontiques initiaux (TEI) sur 15, 24, 25, 26 et 46.

On observe également des images de lésions inflammatoires périradiculaires d'origine endodontique (LIPOE) en regard de 24 et 25.

Les TEI sur 24 et 25 paraissent non adéquats, non homogènes et non denses.

Le TEI sur 26 semble correct mais une radiographie panoramique n'est pas assez précise. Il faut donc réaliser une RA dans ce secteur.

► Rétro-alvéolaire centrée sur 24-25



La RA met en évidence des TEI non adéquats en regard de 24-25.

Le TEI sur 26 manque de conicité et le canal mésio-vestibulaire n°2 (MV2) est non traité.

2.2 Cas clinique n°2

2.2.1 Photographies



2.2.2 Anamnèse

Présentation : Mr S. Jean, 76ans, retraité

Motif de consultation : Incisive centrale maxillaire gauche mobile depuis 7 mois.
Mr nous informe qu'il a eu une chute pendant son enfance.

Pathologies : - Infarctus du myocarde avec pose de Stent il y a 6 ans
- Arthrose

Traitements : - Anticoagulant arrêté il y a 3 ans (Mr ne sait plus le nom du médicament)
- Ginkgo biloba 250mg (huile essentielle)

Habitudes de vie : - 3 cafés sucrés par jour
- brossage 2 fois par jour

2.2.3 Examen clinique

2.2.3.1 Examen exobuccal

► Inspection : RAS

► Palpation : RAS

2.3.3.2 Examen endobuccal

► Hygiène buccodentaire :

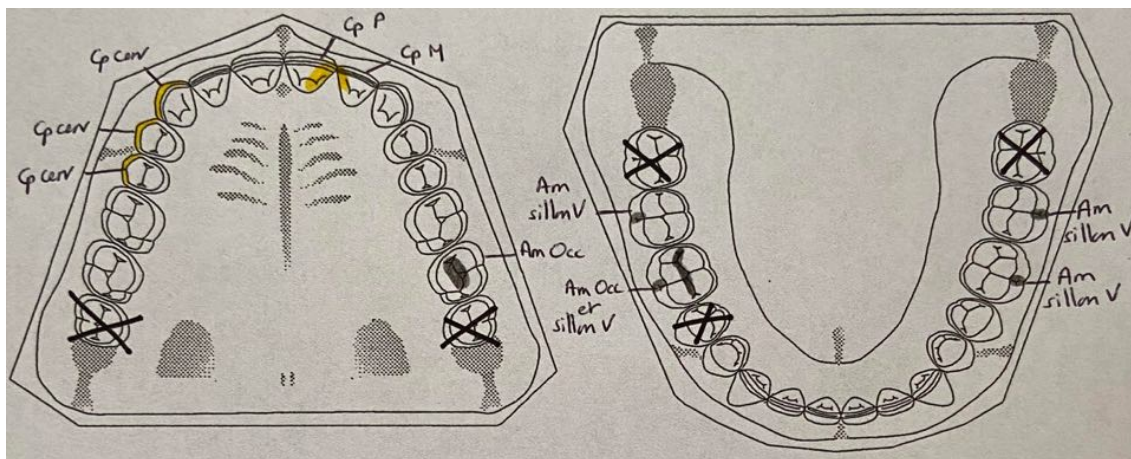
- présence de plaque visible à l'oeil nu
- absence de tartre
- colorations au niveau des anciennes restaurations

► Examen des muqueuses : RAS

► Examen du parodonte :

- récessions parodontales généralisées
- gencive non inflammatoire

► Schéma dentaire :



► **Examen de l'occlusion :**

■ Dans le sens transversal : - Encombrement antérieur maxillaire et mandibulaire
- Non alignement des centres inter-incisifs :
déviation mandibulaire à droite

■ Dans le sens vertical : - Egression de la 21
- Egression des prémolaires maxillaires droites due à l'édentement

L'absence de sollicitations fonctionnelles de dents antagonistes à un édentement désorganise les trabéculations osseuses. Si l'édentement est ancien, l'égression des dents concernées est de règle. Bien souvent, l'ensemble du parodonte est entraîné dans cette migration.

Le rétablissement d'un plan d'occlusion correct avant la compensation de l'édentement est un préalable incontournable. [5]

Texte 1: Conséquences d'un édentement non compensé

■ Dans le sens antéro-postérieur : classe I canine et molaire d'Angle à droite et à gauche

► **Segment édenté** : absence de 45

► **Tests complémentaires :**

- Test de mobilité sur 21 : mobilité ARPA 3

La classification ARPA date de 1966 et s'agit de l'indice de Mülheman.

C'est un indice visuel que l'on obtient en mobilisant la dent dans le sens vestibulo-lingual à l'aide de deux manches d'instruments.

Il existe cinq stades : - Arpa O : ankylose de la dent dans son alvéole

- Arpa 1 : Mobilité transversale physiologique de la dent

- Arpa 2 : Mobilité transversale visible à l'oeil nu de la dent inférieure à 1mm.

- Arpa 3 : Mobilité transversale de la dent supérieure à 1 mm.

- Arpa 4 : Mobilité transversale et verticale de la dent. [6]

Texte 2: Classification ARPA

- Test de sensibilité sur 21 et 22 négatif

- Tests de percussions axiale et latérale non douloureux sur 21 et 22

- Sondage parodontal sur 21 : absence de fêlure, fracture

2.2.4 Examens complémentaires

► Radiographie panoramique



La radiographie panoramique est de bonne qualité, les structures environnantes sont visibles. Les condyles ne sont pas arrondis et on note une déformation des angles mandibulaires au niveau de la tubérosité massétérique (signe d'une hyperfonction des muscles masséters).

On observe une alvéolyse horizontale généralisée et plus marquée sur 26.

Des TEI sur 21 et 22 ont été effectués.

La réalisation d'une RA est nécessaire pour plus de précisions en regard de 21 et 22.

► Rétro-alvéolaire centrée sur 21-22



La RA est de bonne qualité.

La longueur de 21 est réduite (soit due à une résorption, conséquence du traumatisme sur la dent soit le choc a eu lieu sur une dent immature).

Pour savoir si c'est une résorption ou une dent immature, il faut regarder la dent contro-latérale pour comparer. Dans ce cas, si on regarde l'épaisseur de la couche dentinaire, on constate qu'elle est importante.

Le traumatisme a donc eu lieu sur dent immature et secondairement une résorption a eu lieu.

Description des traitements endodontiques sur RA :

Au niveau de la 21, la densité du TEI est correcte sur les 2/3 coronaires mais n'est pas assez dense et homogène à l'apex.

Au niveau de la 22, la densité et l'homogénéité sont correctes mais la longueur n'est pas adéquate.

On observe des radios-clartés au niveau des apex de 21 et 22 ainsi qu'en mésial de la 21. Ce sont des images de LIPOE.

Cela peut expliquer la mobilité de la 21.

La RA met aussi en évidence une fracture coronaire en mésial de la 22.

► Rétro-coronaire centrée sur 16

Une RC centrée sur la 16 est à réaliser car on observe sur la radiographie panoramique une radioclarité en mésial.

Celle-ci n'a pas pu être réalisée.

2.3 Cas clinique n°3

2.3.1 Photographies



2.3.2 Anamnèse

Présentation : Mme C. Martine, 62ans, femme au foyer

Motif de consultation : Remplacer l'incisive expulsée il y a plusieurs mois et faire un bilan dentaire avec une motivation à la reprise des soins.

Pathologie : RAS

Habitudes de vie :

- cafés sucrés tous les jours
- 10 cigarettes par jour depuis 40ans
- grignotage
- brossage 2 fois par jour avec une brosse à dents manuelle, poils souples

Antécédents dentaires : Prothèses amovibles (PA) maxillaire et mandibulaire non supportées

2.3.3 Examen clinique

2.3.3.1 Examen exobuccal

► **Inspection :** RAS

► **Palpation :** RAS

2.3.3.2 Examen endobuccal

► **Hygiène buccodentaire :**

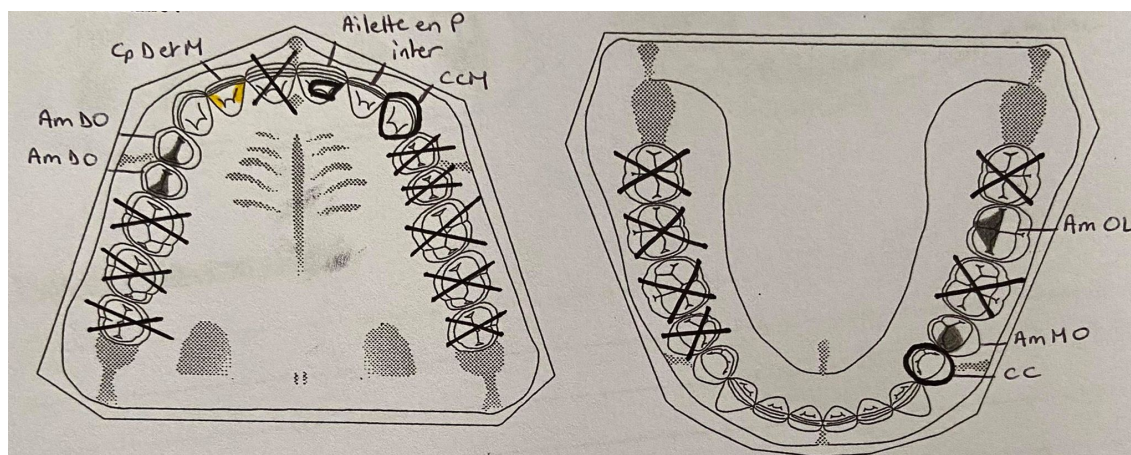
- plaque visible à l'oeil nu généralisée
- absence de tartre

► **Examen des muqueuses :** RAS

► **Examen du parodonte :**

- récessions généralisées
- inflammation gingivale
- exostose en vestibulaire et en lingual de 36

► **Schéma dentaire :**



► **Examen de l'occlusion :**

■ occlusion très instable car absence de calage mandibulaire. Seules quelques dents antérieures sont en occlusion.

► **Segment édenté :**

- au maxillaire : absence de 11-16-17-18-24-25-26-27-28, crêtes négatives selon la classe de Cawood and Howell dues à la résorption osseuse

- à la mandibule : absence de 36-38-45-46-47-48, crêtes négatives dues à la résorption osseuse

► **Tests complémentaires :** test de mobilité sur les dents maxillaires : mobilité ARPA 3 secteur 1 et ARPA 2 secteur 2

2.3.4 Examens complémentaires

► **Radiographie panoramique :**



La radiographie panoramique est de bonne qualité et les structures environnantes sont visibles.

On observe une alvéolyse généralisée sur 2/3. Les crêtes édentées sont négatives.

On peut voir une lésion carieuse en distal de 35, des restaurations débordantes sur 12 et 15, une embrasure non dégagée entre 34 et 35 ainsi qu'une radioopacité en mésial de 37 qui correspond à l'exostose visible en bouche.

2.4 Cas clinique n°4

2.4.1 Photographies



2.4.2 Anamnèse

Présentation : Mr P. Georges, 66ans, retraité

Motif de consultation : demande de devis pour prothèse sur implants et une dent mobile en bas à droite

Pathologies : - Diabète
- Polyarthrite rhumatoïde

Traitements : - Méthotrexate (Imeth®)
- Metformine + Sitagliptine (Janumet®)
- Acetylsalicylate de LD-Lysine (Kardegic®)
- Atorvastatine (Tahor®)

Habitudes de vie : - cafés sucrés tous les jours
- brossage 2 fois par jour avec brosse à dents manuelle

Antécédents dentaires : Pose de 4 implants (de 12 à 22) 6 mois auparavant

2.4.3 Examen clinique

2.4.3.1 Examen exobuccal

► **Inspection :** légère asymétrie

► **Palpation :** RAS

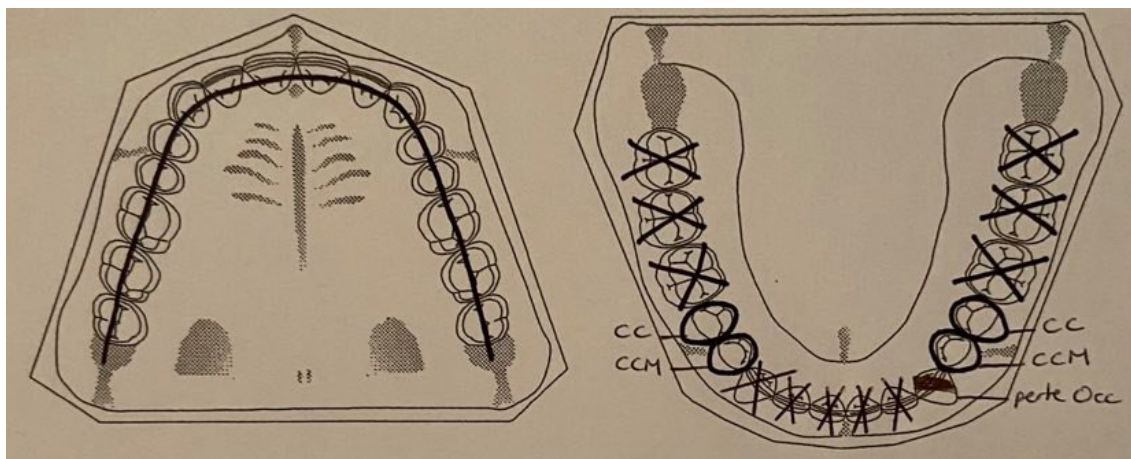
2.4.3.2 Examen endobuccal

► **Hygiène buccodentaire :**
- plaque visible à l'oeil nu
- tartre généralisé

► **Examen des muqueuses :** RAS

► **Examen du parodonte :**
- inflammation gingivale généralisée
- récession gingivale localisée sur 33 sans atteinte des papilles

► **Schéma dentaire :**



► **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens transversal : - non alignement des centres inter-incisifs avec les prothèses.
- le patient est en articulé inversé à droite

► **Segments édentés :**

- au maxillaire : - édentement total
 - quatre implants (de marque inconnue) posés de façon trop vestibulaire dont un implant trop proche de la suture intermaxillaire
Ils sont donc difficilement réutilisables pour une future réhabilitation prothétique.
 - les dents prothétiques ne sont pas sur crête
 - la prothèse n'est pas aux limites
 - la grille prothétique montre que la prothèse a été renforcée suite à une fracture
 - les dents prothétiques cassent
- à la mandibule : - absence de 31-32-36-37-38-41-42-43-46-47-48
 - prothèse amovible partielle (PAP) mandibulaire 9 dents

► **Tests complémentaires :**

- Test de mobilité sur les dents naturelles mandibulaires à droite : mobilité ARPA 3 pour 44 et 45

► **Examens complémentaires :**

Une radiographie panoramique serait nécessaire pour observer l'intégration des implants au maxillaire ainsi que le niveau osseux. Elle n'a pas pu être réalisée.

2.5 Cas clinique n°5

2.5.1 Photographies



2.5.2 Anamnèse

Présentation : Mr P. Joël, 49ans, sans emploi

Motif de consultation : bilan dentaire car gêne en haut à droite au froid depuis plusieurs semaines + demandes esthétique et fonctionnelle

Pathologie : RAS

Traitement : Méthadone

Habitudes de vie : - ancien toxicomane (arrêt il y a 3ans)

- prises alimentaires irrégulières, grignotage
- un litre de café au lait par jour
- un paquet de cigarettes par jour depuis 30ans (30 UPA)
- plus de brossage des dents depuis 2ans car douleurs
- bain de bouche chaque matin

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.

UPA>20 est un signe d'alarme car le risque de développer un cancer des Voies Aérodigestives Supérieures (VADS) est accru. [7]

Texte 3: Unité Paquet Année

2.5.3 Examen clinique

2.5.3.1 Examen exobuccal

► **Inspection** : RAS

► **Palpation** : RAS

2.5.3.2 Examen endobuccal

► **Hygiène buccodentaire** :

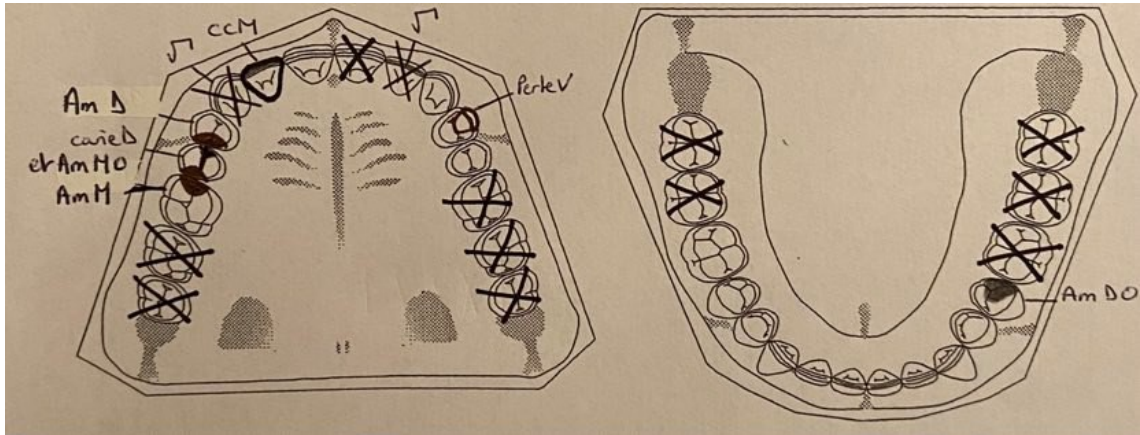
- plaque visible à l'oeil nu
- tartre généralisé

► **Examen des muqueuses** : RAS

Chez un patient fumeur depuis de longues années, il est important d'examiner précisément la muqueuse buccale ainsi que la langue et d'évaluer sa mobilité pour intercepter des lésions cancéreuses. [8]

► **Examen du parodonte** : gencive œdématiée

► **Schéma dentaire :**



► **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens vertical : alignement des centres inter-incisifs
- Dans le sens antéro-postérieur : tendance Classe II d'Angle molaire à droite et Classe II d'Angle canine à gauche

► **Segments édentés :**

- au maxillaire : - absence de 17-18-21-26-27-28
- PAP 4 dents
- à la mandibule : - absence de 36-37-38-47-48
- pas de PA

► **Tests complémentaires :**

- palpation des tables osseuses maxillaires droites douloureuse
- test de sensibilité douloureux sur 14, 15 et 16
- test de percussions axiale et latérale douloureux sur 14, 15 et 16

2.5.4 Examens complémentaires

► Radiographie panoramique



La radiographie panoramique est de bonne qualité, les structures environnantes sont visibles.

Pour pouvoir serrer et réaliser la panoramique, le patient a fait une latéralité ce qui explique que le condyle gauche est plus en avant que le droit qui est remanié et que les centres inter-incisifs semblent décalés.

On observe des amalgames occluso-mésiaux sur 15 et 16 et un amalgame occluso-distal sur 14. Des TEI ont été réalisés sur 12 qui est couronnée ainsi que sur 35 qui est reconstituée par amalgame occluso-distal et sur 41.

La radiographie panoramique est un examen de coupes en deux dimensions.

Les racines des incisives mandibulaires semblent courtes car elles sont en proversion.

2.6 Cas clinique n°6

2.6.1 Photographies



2.6.2 Anamnèse

Présentation : Mme F. Marie, 54ans

Motif de consultation : pertes de substance dentaire entraînant des difficultés à mastiquer provoquant des vomissements. Ne mange que du côté gauche.

Pathologie : RAS

Antécédents chirurgicaux : Sleeve, Bypass et Bodylift

Traitement : Oméprazole

Habitudes de vie :
- 10 cafés sucrés par jour
- un brossage par jour le soir avec une brosse à dents manuelle à poils souples
- utilisation d'un bain de bouche si douleur

2.6.3 Examen clinique

2.6.3.1 Examen exobuccal

► **Inspection** : RAS

► **Palpation** : RAS

2.6.3.2 Examen endobuccal

► **Hygiène buccodentaire** :

- plaque visible à l'œil nu
- tartre généralisé

► **Examen des muqueuses** : RAS

► **Examen du parodonte** :

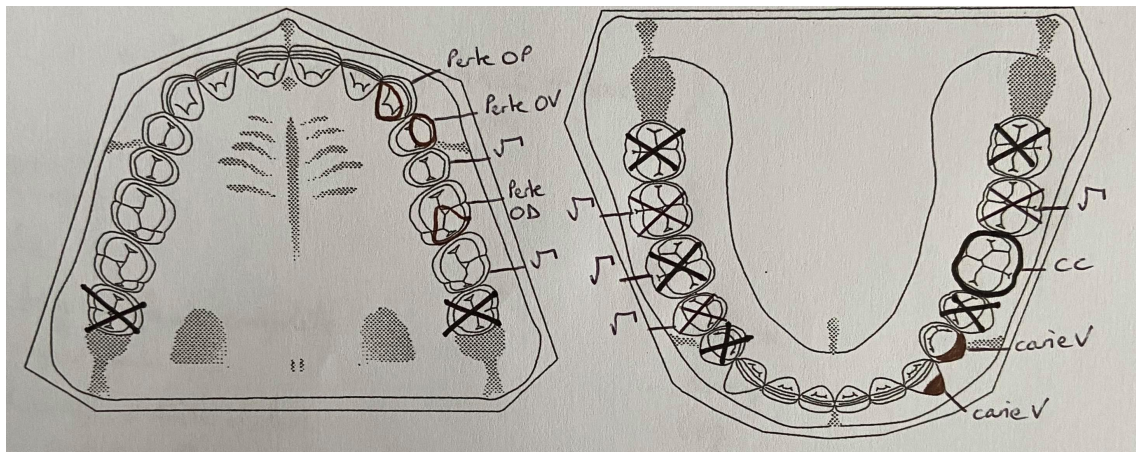
- inflammation gingivale modérée généralisée
- fistule en regard de 23

La fistule d'origine dentaire correspond à un trajet de drainage d'un foyer infectieux dentaire. La cause est le plus souvent la nécrose de la pulpe secondaire à un processus infectieux carieux très évolué.

La nécrose entraîne des lésions des racines dentaires (lésions apicales) avec formation d'un granulome ou d'un kyste dentaire selon la taille, intraosseux, point de départ de la fistule. [4]

Texte 4: La fistule d'origine dentaire

► **Schéma dentaire :**



► **Examen de l'occlusion :**

■ Dans le sens vertical :

- décalage du centre inter-incisif mandibulaire de 2 mm vers la droite
- égression compensatrice du secteur 1 due à l'édentement secteur 4

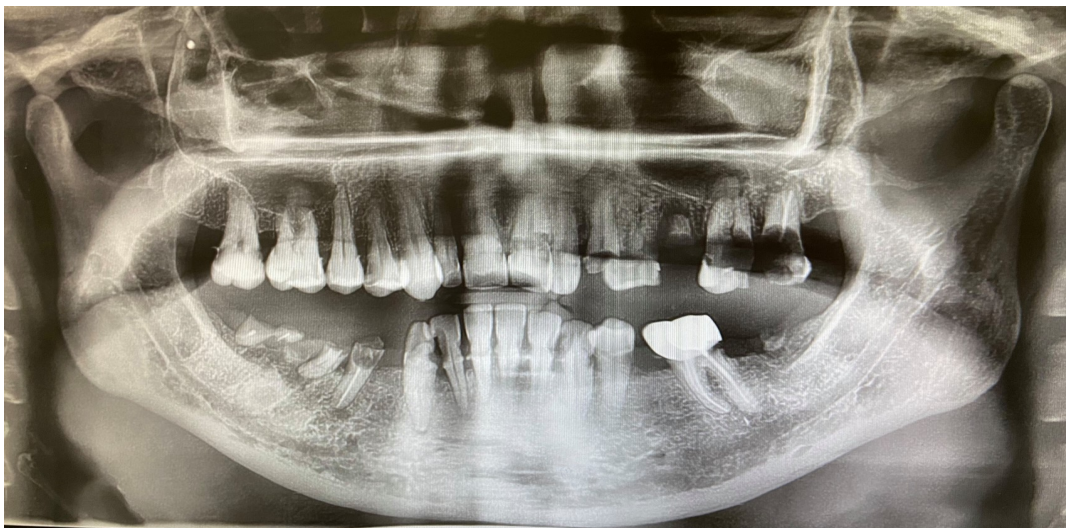
■ Dans le sens antéro-postérieur : surplomb antérieur supérieur à 4mm

► **Segments édentés :** à la mandibule : absence de 35-38-44-48

2.6.4 Examens complémentaires

► Radiographie panoramique :

La radiographie panoramique est nécessaire pour observer et évaluer les nombreuses racines en bouche.



La radiographie panoramique est de bonne qualité, les structures environnantes sont visibles.

La 26 et la 27 ont d'importantes pertes de substance : elles sont non conservables.

Le TEI de la 36 semble correct mais il y a une lésion carieuse secondaire sous la CC.

La 45 obturée et cariée présente une image péri-apicale. Une RA est nécessaire pour avoir plus de précision en regard de cette dent.

Le bloc incisivo-canin mandibulaire présente des lésions de site 3 stade 4 selon la classification Si/Sta.

Le concept « Si/Sta » est un nouveau système de classification des lésions carieuses par site de cariosusceptibilité et stade de progression. Dans ce système, trois sites carieux occlusal, proximal et cervical permettent de classer topographiquement les lésions en fonction des zones d'accumulation de la plaque dentaire. Pour chacun de ces trois sites, cinq stades de progression des lésions sont définis en fonction de critères de diagnostic clinique, radiographique et histologique.

Le stade O est un stade réversible la lésion étant reminéralisable.

Le stade 1 correspond à une lésion confinée dans le tiers dentinaire externe et le stade 2 à une lésion étendue au tiers dentinaire médian mais ne fragilisant pas la structure dentaire. Le traitement restaurateurs de ces lésions implique des interventions opératoires à minima.

Les stades 3 et 4 correspondent à des lésions extensives ayant atteint le tiers dentinaire interne et nécessitant un traitement restaurateur visant à protéger et renforcer les structures dentaires résiduelles, fragilisées ou perdues. [9]

Texte 5: Classification Si/Sta

2.7 Cas clinique n°7

2.7.1 Photographies



2.7.2 Anamnèse

Présentation : Mr T.Mohammed, 52ans, pâtissier

Motifs de consultation : faire les soins dentaires, poser des implants, saignement des gencives au brossage

Pathologie : RAS

Habitudes de vie :

- grignotage (chocolat car pâtissier)
- coca tous les jours
- un café sucré le matin
- un brossage le soir, parfois le matin avec une brosse à dents manuelle poils médiums, un dentifrice du commerce
- parfois utilisation d'un bain de bouche

2.7.3 Examen clinique

2.7.3.1 Examen exobuccal

► Inspection : RAS

► Palpation : RAS

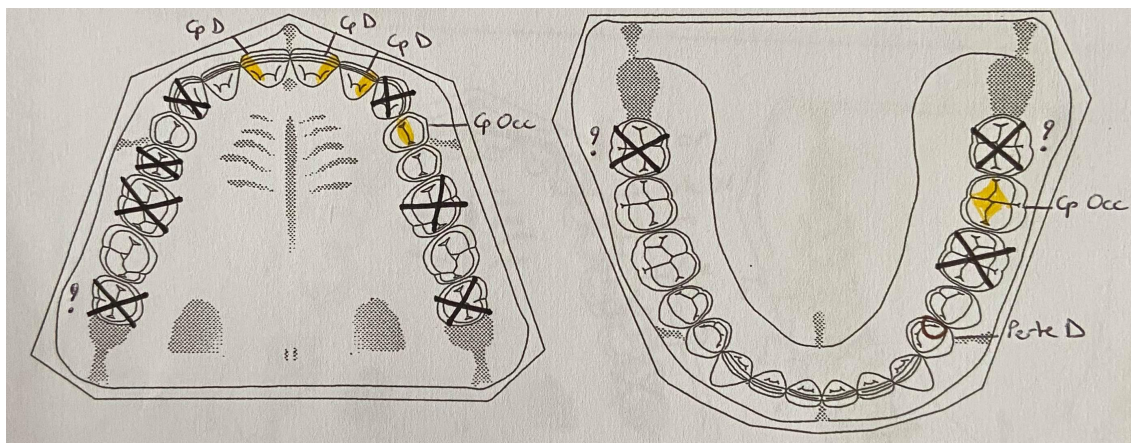
2.7.3.2 Examen endobuccal

► Hygiène buccodentaire : - absence de plaque
- tartre rétro-incisif mandibulaire

► Examen des muqueuses : RAS

► Examen du parodonte : pas d'inflammation gingivale

► Schéma dentaire :



► **Examen de l'occlusion :**

■ Dans le sens vertical : - décalage du centre inter-incisif mandibulaire de 2 mm vers la droite

- recouvrement incisif antérieur supérieur à 2mm

■ Dans le sens transversal : encombrement antérieur mandibulaire

■ Dans le sens antéro-postérieur : impossible de donner les classes d'Angle car absence en bouche des canines et premières molaires maxillaires

► **Segments édentés :**

- au maxillaire : - absence de 13-15-16-18-23-26

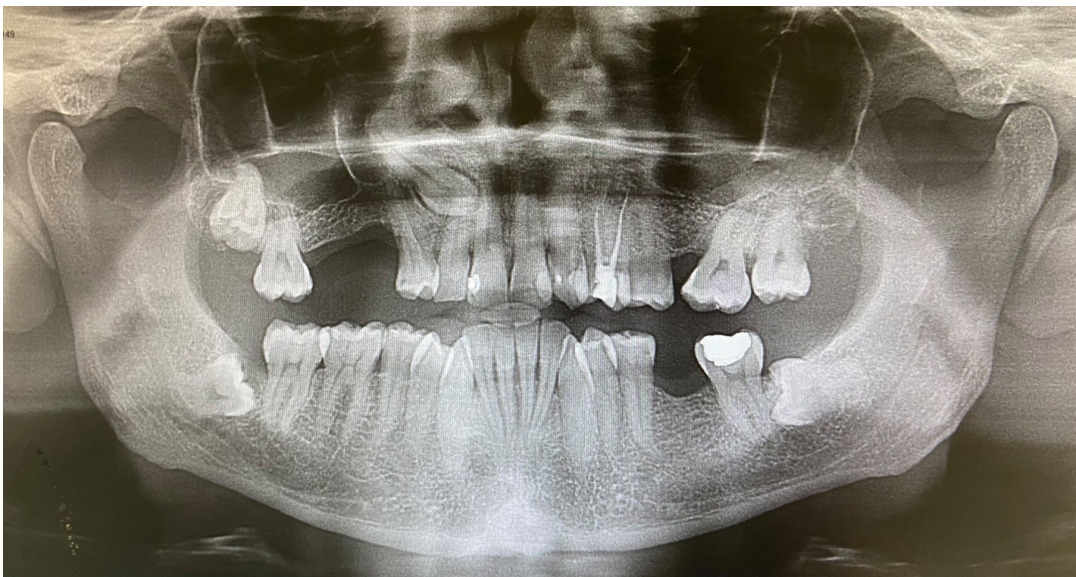
- secteur 1 : crête concave

- espace entre 25 et 27 réduit car mésialisation et mésioversion de 27

- à la mandibule : absence de 36

2.7.4 Examens complémentaires

► **Radiographie panoramique :**



La radiographie est de bonne qualité et les structures environnantes sont visibles. Les dents de sagesse (18, 38 et 48) ainsi que la canine maxillaire droite (13) sont incluses. Il y a une possible agénésie de la 23 ou de la 22 ou alors la canine a été extraite car elle était en infravestibuloposition.

Un TEI a été réalisé sur 24. Il faut évaluer la qualité de celui-ci avec une RA.

2.8 Cas clinique n°8

2.8.1 Photographies



2.8.2 Anamnèse

Présentation : Mr R. Jonathan, 30ans, étudiant

Motif de consultation : Restaurer ses dents suite à un traumatisme en 2014 et gène en bas à droite

Pathologie : RAS

Habitudes de vie :

- 6 cigarettes par jour, motivé à arrêter
- 2 cafés sucrés par jour
- un brossage le matin avec une brosse à dents manuelle poils médiums

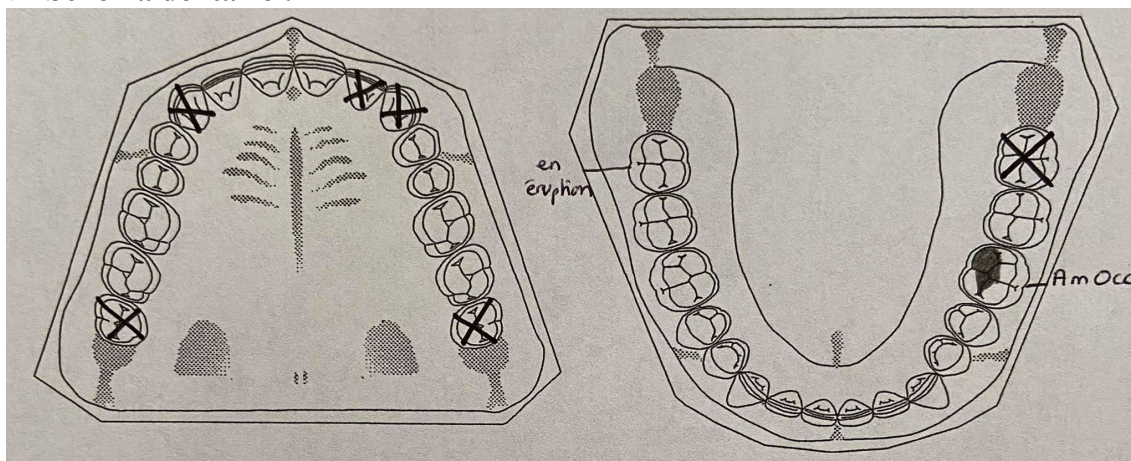
2.8.3 Examen clinique

2.8.3.1 Examen exobuccal

- ▶ **Inspection** : RAS
- ▶ **Palpation** : RAS

2.8.3.2 Examen endobuccal

- ▶ **Hygiène buccodentaire :** - plaque visible à l'œil nu
- tartre généralisé
- ▶ **Examen des muqueuses :** RAS
- ▶ **Examen du parodonte :** - gencive inflammatoire généralisée
- suspicion de fistule en regard de 22 (à palper)
- ▶ **Schéma dentaire :**



La 21 est palato-versée et colorée probablement suite au traumatisme.

► **Examen de l'occlusion :**

- Dans le sens vertical : alignement des centres inter-incisifs
- Dans le sens transversal : - articulé inversé antérieur
- articulé inversé secteurs 1/4
- Dans le sens sagittal : tendance classe d'Angle II molaire à droite et à gauche

► **Segments édentés :**

- au maxillaire :
 - absence de 13-22-23
 - espace mésio-distal segment édenté secteur 2 semble seulement disponible pour une dent

► **Tests complémentaires :**

- en regard de la 21 :
 - palpation des tables osseuses négative
 - percussions axiale et latérale négatives
 - test de sensibilité négatif
 - évaluation la mobilité : mobilité ARPA 1

2.8.4 Examens complémentaires

► **Radiographie panoramique**



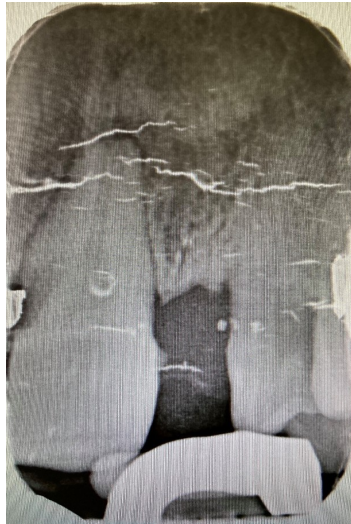
La radiographie panoramique est de bonne qualité, les structures environnantes sont visibles.

Il semble y avoir une agénésie des canines maxillaires mais c'est très rare. Il est possible qu'il y ait agénésie des incisives latérales et que les canines aient pris naturellement la place des latérales. La 13 semble également avoir subi une coronoplastie. [10]

L'espace entre la 21 et la 24 est suffisant pour une dent.

On remarque que la 38 est incluse et que la 48 est enclavée avec une péri-coronarite.

► **Rétro-alvéolaire centrée sur 21**



Au niveau de la 21, on a une image de lésion péri-apicale certainement due au choc avec l'impression d'une image de résorption.
Il aurait été préférable de voir également sur la RA la 11 pour pouvoir comparer les deux incisives centrales.

3 Diagnostics, plans de traitement et pronostics

3.1 Cas clinique n°1

3.1.1 Diagnostics

- Parodontite apicale aigüe avec image de LIPOE sur 24 (car douleurs) [11]
- Lésions carieuses secondaires en distal de 14, 37 et 46
- Mauvaise adaptation marginale de la restauration sur 38
- Inclusion de 28-48
- Edentement Classe III de Kennedy mandibulaire modification 1 (Figure 3)

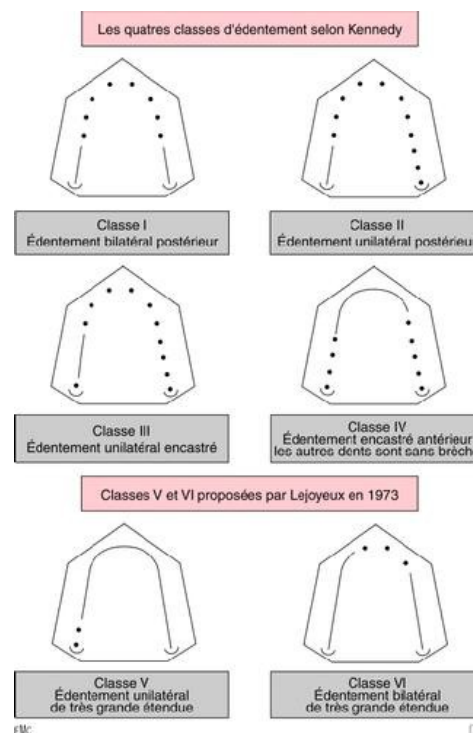


Figure 3: Classification de l'édentement selon Kennedy [5]

3.1.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Durant le questionnaire médical, le patient nous informe qu'il fait de l'apnée du sommeil : pauses respiratoires anormalement fréquentes lors du sommeil. On lui demande s'il est suivi pour cette pathologie.

Pour un patient adulte atteint d'apnée du sommeil, il existe différents traitements :

- la ventilation par pression positive continue, qui est un dispositif qui insuffle de l'air via un masque au patient pendant toute la nuit
- l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) réalisée par le chirurgien dentiste

Cette orthèse est indiquée en première intention lorsque l'index d'apnées-hypopnées obstructives (IAHO) est compris entre 15 et 30 en l'absence de comorbidité cardiovasculaire grave associée.

Elle est indiquée en deuxième intention en cas de symptôme d'apnée du sommeil (SAS) sévère (IAH supérieur à 30/heure) s'il y a refus ou intolérance à la pression positive continue (PPC).

Certains travaux font état de l'efficacité d'une association OAM et PPC avec un masque nasal, pour diminuer les pressions et les fuites buccales. [12]

Texte 6: L'apnée du sommeil

Traitement d'urgence :

Prescription d'un antibiotique : Amoxicilline, 2 grammes par jour en comprimé pendant 7 jours. [13]

Traitement global :

● Chirurgie :

La 28 et 48 sont incluses et non symptomatiques : il n'est pas nécessaire d'intervenir mais une surveillance devra être entreprise. [14]

	Prothèse adjointe partielle ou complète	Prothèse adjointe ayant une 2^e molaire comme pilier	Préparation à une radiothérapie de la sphère cervico-faciale	Sujet à risque infectieux général ou à distance
3^e molaire mandibulaire incluse, intraosseuse non pathologique et sans pathologie associée	Il n'existe pas de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion. Surveillance recommandée si conservation.	Il n'existe pas de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion. Surveillance recommandée si conservation.	Il n'existe pas de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion. Surveillance recommandée si conservation.	Avulsion non indiquée.
3^e molaire mandibulaire incluse recouverte de tissus mous	Avulsion recommandée si elle est située dans une zone d'appui muqueux.	Avulsion possible si un contact existe entre 2 ^e et 3 ^e molaire. Surveillance recommandée si conservation.	Avulsion recommandée. Tenir compte du délai entre avulsion et radiothérapie.	Avulsion recommandée.
3^e molaire mandibulaire incluse associée à une résorption radiculaire de la 2^e molaire adjacente	Avulsion non systématique. L'indication d'avulsion dépend du pronostic de la deuxième molaire adjacente et du potentiel évolutif de la troisième molaire.			
3^e molaire mandibulaire incluse en position mésio-angulaire ou horizontale associée à une perte osseuse en distal de la 2^e molaire	Surveillance recommandée si conservation. Avulsion recommandée en cas de résorption importante. <u>Remarque</u> : une perte osseuse et une profondeur de poche peuvent être plus importantes après qu'avant avulsion.			
3^e molaire mandibulaire incluse cariée ou ayant une pulpopathie ou l'une de ses complications	Avulsion recommandée.			
3^e molaire mandibulaire incluse en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée associée à un examen anatomopathologique systématique du kyste ou de la tumeur bénigne.			
3^e molaire mandibulaire incluse en rapport avec une tumeur supposée maligne	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique. L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion.			
Fracture mandibulaire impliquant une 3^e molaire mandibulaire incluse	L'indication d'avulsion dépend du type de fracture et des modalités thérapeutiques envisagées.			
Encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire	Il n'existe pas de données scientifiquement établies pour recommander ou contre-indiquer une avulsion. Aucune certitude n'existe entre évolution d'une troisième molaire mandibulaire et encombrement dentaire. L'avulsion est possible si une relation est établie.			
Trouble de l'articulation temporomandibulaire	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire incluse et l'existence d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire. Avulsion possible si une relation est établie.			
Préparation à la chirurgie orthognatique	L'indication d'avulsion dépend de la décision thérapeutique globale.			
Troubles trophiques (pelades)	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire incluse et l'une quelconque de ces manifestations. L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination.			
Troubles musculaires (spasme, tic, torticollis)				
Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmolement)				
Troubles vasculaires (érythème, acouphène)				
Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)				

Figure 4: Indications et contre-indications de l'avulsion des 3^e molaires mandibulaires incluses [15]

- **Soins conservateurs et endodontie :**

- retraitement endodontique (RTE) de 24, 25 et 26
- traitement des lésions carieuses secondaires sur 14, 37 et 46
- traitement de la restauration non adéquate sur 38

- **Prothèse :**

Remplacer les dents absentes (44 et 36) par un stellite mandibulaire 2 dents et refaire les couronnes sur 24, 25 et 46.

3.1.3 Pronostic

Le pourcentage de succès d'un retraitement endodontique dépend de l'état initial lors du RTE. Il faut éviter de faire les mêmes erreurs que lors du traitement endodontique initial.

	Taux de succès
Anatomie canalaire respectée	86,10 %
Calcification	53,10 %
Butée apicale	76,10 %
Instrument fracturé	96,70 %
Sous obturation	100 %
Anatomie canalaire respectée	48,30 %
Transport interne ou externe	35,60 %
Résorption apicale	71,40 %
Perforation	60,50 %
Stripping	28 %
Résorption interne	71,40 %

Tableau 1: Taux de succès du retraitement endodontique selon Gorni et al. en fonction de la situation après le traitement initial. [16]

Le patient semble motivé. Il faut l'inciter à utiliser une brosse à dents poils souples. Le pronostic est ici favorable.

3.2 Cas clinique n°2

3.2.1 Diagnostics

- Parodontite apicale chronique (pas aiguë car pas de douleur) avec LIPOE et résorption radiculaire de la 21
- Maladie parodontale : suspicion de parodontite (diagnostic à préciser après un bilan parodontal)
- Edentement de classe III de Kennedy mandibulaire
- Fracture coronaire de la 22

- Alvéolyse angulaire, de 3/4 localisée en regard de 26. Il faudra vérifier la charge occlusale de cette dent particulièrement en occlusion dynamique et donc l'existence d'un potentiel traumatisme occlusal.

3.2.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de la situation :

La pose d'un stent il y a 6 ans ne doit pas considérer le patient comme un patient à risque contrairement aux patients porteurs d'une prothèse valvulaire.

Pas besoin d'antibioprophylaxie pour un geste invasif dans ce cas.

Traitement global :

● Prévention :

Motivation à l'hygiène : - technique de brossage + matériel
- élimination du sucre dans le café

● Soins conservateurs et endodontie :

- retraitement endodontique de la 21 (ce n'est pas une urgence, la mobilité date de plusieurs mois) avec un bouchon de Biodentine® (silicate de calcium) car l'apex de la dent est large et le contrôle d'étanchéité est donc difficile
- extraction du fragment fracturé de la 22 puis RTE et reconstitution étanche

Conservation ou non de la 21 :

La conservation ou non de la 21 se décide selon l'évaluation de la mobilité dentaire, le sondage parodontal (permet de détecter une fêlure, une fracture) et selon la motivation du patient.

Si la dent est mobile ARPA 4, elle est à extraire. Si la mobilité est plus légère, la dent est conservable.

Si la dent est en ARPA 3, une contention posée après le RTE permet d'aider à la cicatrisation.

● Prothèse :

Si extraction de la 21 : prothèse amovible immédiate

Dans ce cas, le bridge n'est pas indiqué car le niveau osseux est bas

● Implantologie :

Si le patient ne veut pas de prothèse amovible : greffe osseuse + pose d'un implant.

On propose également au patient de remplacer la 45 par une solution implantaire.

● Parodontologie :

Séances thérapeutiques puis maintenance parodontale

3.2.3 Pronostic

Le pronostic de ce plan de traitement dépend de la motivation du patient.

Mr Jean est déterminé. Le pronostic semble favorable.

3.3 Cas clinique n°3

3.3.1 Diagnostics

- Maladie parodontale : suspicion de parodontite de Stade 4 (car besoin de réhabilitation prothétique complexe) et Grade C (car 10cigarettes par jour) selon la nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires [17]
- Edentement de Classe I modification 1 de Kennedy au maxillaire
- Edentement de Classe II modification 1 de Kennedy à la mandibule
- Restaurations débordantes sur 12, 15 et 35
- Lésion carieuse de site 2 stade 2 sur 35 selon la classification Si/Sta

3.3.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Traitement global :

- **Prévention :**

Motivation à l'hygiène : technique de brossage et matériel

- **Parodontologie :**

Bilan parodontal + séances thérapeutiques parodontales + réévaluation + maintenance

- **Prothèse :**

Réalisation de modèles d'étude

Pour l'instant, il est impossible de donner un diagnostic précis sur les dents conservables ainsi que les courbes d'occlusion.

- **Chirurgie :**

Régularisation des crêtes osseuses en mésial de 37 avec plus ou moins avulsion de la 37 en fonction de l'analyse des courbes occlusales (car dent égressée).

- **Soins conservateurs et endodontie**

Réalisation des soins carieux et remplacement des restaurations débordantes

- **Prothèse :**

Après analyse du cas, on passe par une étape de prothèses amovibles transitoires pour rétablir l'occlusion et la compression articulaire liée à l'édentement terminal bilatéral.

- **Occlusodontie :**

Prévoir de l'occlusodontie si une solution fixée ou implanto-portée est envisagée car un édentement terminal est à risque pour les articulations même en absence de symptomatologie douloureuse. [18]

La priorité dans ce cas est de rétablir un calage postérieur avant de remplacer la 11.

3.3.3 Pronostic

La patiente est motivée.

Le plan de traitement s'avère long et complexe mais le pronostic est favorable.

3.4 Cas clinique n°4

3.4.1 Diagnostics

- Occlusion non équilibrée
- Abrasion

Il existe différents modes de destruction dentaire liés à l'usure : l'abrasion, l'attrition et l'érosion.

L'abrasion est un processus à trois corps avec une action mécanique, liée majoritairement à une hygiène bucco-dentaire traumatique (brosse à dents inadaptée+ mauvaise utilisation + dentifrice trop abrasif).

L'attrition est un processus à deux corps (liée aux contacts dento-dentaires).

L'érosion est caractérisée par un processus chimique ou physico-chimique, une dégradation de surface et la présence d'acide exogène ou endogène. [19]

Texte 7: L'abrasion, l'attrition et l'érosion

- Occlusion inversée postérieure à droite
- Prothèses maxillaire et mandibulaire non adaptées
- Récession gingivale de type 1 selon la classification de **Cairo** au niveau de 33

La classification de **Cairo** permet de classer les récessions gingivales en utilisant le niveau d'attache clinique interproximal comme critère d'identification.

- la classe RT 1 inclut une récession gingivale sans perte d'attache interproximale
- la classe RT 2, la récession a été associée à une perte d'attache interproximale inférieure ou égale au site vestibulaire
- la classe RT 3, la perte d'attache interproximale est supérieure au site vestibulaire [20]

Texte 8: Classification de Cairo

3.4.2 Analyse de la situation et plan de traitement

● **Imeth** : est un méthotrexate. Il est donc une contre-indication relative à la prise d'Amoxicilline.

● **Parodontologie** :

Séances thérapeutiques parodontales car 44 et 45 mobiles + maintenance parodontale

- **Prothèse :**

Réalisation de modèles d'étude

- **Implantologie :**

Il ne faut pas chercher à enlever les implants : cela serait trop compliqué.

Il faut les intégrer à la prothèse sans les utiliser.

Plusieurs solutions sont possibles : - trouver la marque des implants grâce au passeport implantaire du patient ou la bibliothèque implantaire, dévisser la partie mâle de la partie femelle et poser une vis de cicatrisation. L'implant est ainsi neutre : ne sert pas mais reste en bouche.

- sans trouver la marque des implants : éviter la prothèse au niveau des boutons pressions pour ne plus les utiliser.

- **Prothèse :**

Refaire les couronnes mandibulaires pour les remettre dans un plan d'occlusion convenable en fonction des modèles d'étude.

3.4.3 Pronostic

On ne répond pas au motif de consultation du patient car il n'est pas envisageable.

Le pronostic est donc compromis.

Si le patient accepte ce plan de traitement, il devient alors favorable.

Il ne faut pas hésiter à dire non à un patient si ce qu'il demande n'est pas envisageable car c'est nous, en tant que praticien qui serions responsable face à la justice.

3.5 Cas clinique n°5

3.5.1 Diagnostics

- Edentement de Classe I modification 1 de Kennedy au maxillaire
- Edentement de Classe I de Kennedy à la mandibule
- Maladie parodontale : suspicion de parodontite de Stade 4 (car réhabilitation prothétique complexe) grade C (fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour).

On observe une alvéolyse horizontale de 1/2 au maxillaire et de 1/3 à la mandibule, une lésion angulaire sur 35 et une atteinte de la furcation sur 16 et 46.

Ce diagnostic est à préciser lors d'un bilan parodontal.

- Lésions carieuses sur 15 (site 2 stade 3), 23 (site 1 stade 4) et 24 (site 1 stade 4)
- Lésions carieuses et parodontites apicales chroniques sur 13 et 22
- Lésion carieuse avec image de résorption en regard de 14
- Occlusion inversée secteur 4
- Stomatite prothétique : la muqueuse sous-prothétique est érythémateuse, œdématiée et satinée [21]

3.5.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Le patient ne se présente pas dans le cadre d'une urgence.

Il est possible de poser un IRM ou un CVI pour temporiser les sensibilités sur 14 et 15 mais il ne faut pas entreprendre tout de suite de faire les TEI car le patient n'est pas en pulpite aiguë irréversible.

Dans ce cas, l'élaboration d'un plan de traitement global dès la première consultation n'est pas envisageable.

Le détartrage n'est pas indiqué tout de suite car le patient a des douleurs.

Il faut motiver le patient à reprendre une bonne hygiène bucco-dentaire en prescrivant une brosse à dents avec poils ultra souples et un dentifrice désensibilisant et en revoyant les méthodes de brossage. [22] [23]

On revoit le patient deux mois après la première consultation pour évaluer le contrôle de plaque, noter ou non une amélioration.

L'élaboration d'un plan de traitement global dépend de la motivation du patient.

3.5.3 Pronostic

Le patient semble sevré depuis 3ans et est dans une démarche de suivi et d'accompagnement.

L'élaboration d'un plan de traitement dépend de sa motivation.

Le praticien doit encourager le patient, a un rôle d'accompagnant.

Le pronostic est favorable s'il y a un bon suivi.

Il est à évaluer lors du prochain rendez-vous après l'amélioration ou non de l'hygiène bucco-dentaire.

3.6 Cas clinique n°6

3.6.1 Diagnostics

- Maladie parodontale : suspicion de parodontite chronique généralisée

On observe une alvéolyse horizontale de 1/3 au maxillaire et une alvéolyse de moins d'1/3 à la mandibule.

Le bilan parodontal va préciser ces observations.

Les dents à l'état de racine sont non conservables, on classifie l'édentement après assainissement.

- Edentement de Classe II de Kennedy au maxillaire
- Edentement de Classe I modification 1 de Kennedy à la mandibule
- Lésions carieuses cervicales sur 34 et 35 de site 3 stade 3

3.6.2 Analyse de la situation et plan de traitement

La patiente a des vomissements régulièrement car elle n'a pas eu de réhabilitation prothétique avec ses opérations.

Normalement, avant toute intervention de chirurgie bariatrique, on doit faire un bilan dentaire et calculer le coefficient masticatoire car il détermine la digestion acceptable du patient.

L'efficacité masticatoire se calcule en fonction du nombre de couples de dents en occlusion. Une incisive a moins de valeur qu'une molaire. En dessous de 50% d'efficacité masticatoire, l'opération chirurgicale est contre-indiquée. [24]

Texte 9: Coefficient masticatoire

Dans ce cas, 14-15-16 et 17 ne comptent pas dans le calcul du coefficient masticatoire. Le coefficient masticatoire de la patiente est inférieur à 50%. Aucune réhabilitation prothétique n'a été envisagée avant la chirurgie : la digestion de la patiente est alors compliquée.

Cependant, la chirurgie aujourd'hui est faite. Le rôle du chirurgien dentiste est de mettre en garde la patiente sur son état bucco-dentaire.

Pour ces patients, le grignotage est obligatoire car les repas sont fractionnés ce qui explique que l'hygiène bucco-dentaire doit être irréprochable et qu'un suivi régulier est important.

Dans un premier temps, il faut assainir la cavité buccale.

- **Chirurgie :**

Extraction des racines résiduelles 23-25-37-45-46-47 et des dents non conservables 24-26-27.

36 semble non conservable car elle est versée et cariée en vestibulaire et en distal.

- **Prophylaxie :**

Revoir le matériel ainsi que la méthode de brossage et assainissement de la cavité buccale avec un détartrage et un polissage.

- **Soins conservateurs et endodontie :**

Réalisation des soins carieux en cervical de 34 et 35

Après cicatrisation osseuse, on réalise des empreintes pour des modèles d'étude et éventuellement des coronoplasties, une impaction chirurgicale ou de l'orthodontie au niveau du secteur 1.

- **Prothèse :**

- Réalisation d'une PA de transition après réalisation de modèles d'étude :

- délabrement ayant entraîné des migrations dentaires, égression de l'os alvéolaire secteur 2 : voir la place disponible après extraction et cicatrisation.

S'il n'y a pas assez de place, on envisage une plastie osseuse.

- égressions secteur 1

La prothèse transitoire est importante car s'il y a une élévation de la dimension verticale (DV), la patiente doit s'y habituer. [25]

La prothèse de transition peut, par la suite, être utilisée comme guide radiologique et chirurgical pour la mise en place d'implants afin de réaliser un bridge implanto-porté secteur 2 ou si l'analyse est compliquée et que le devis est trop élevé, une alternative peut être envisagée. Il s'agit de mettre en place deux implants (un pour la sustentation au niveau de 27 et un pour la rétention au niveau de 23) afin de stabiliser la prothèse (prothèse implanto-stabilisée) afin de pallier à un éventuel problème d'un crochet sur la 22.

Si une solution implantaire est envisagée, elle doit impérativement être assortie d'un bilan articulaire de la patiente. Si une pathologie articulaire est diagnostiquée et même en l'absence de symptomatologie, une décompression articulaire à l'aide d'une orthèse sera réalisée. Cela permettra d'obtenir une position thérapeutique pérenne et adaptée avant la pose des éléments prothétiques supra-implantaires.

- Réalisation d'un stellite maxillaire ou d'un bridge implanto-porté secteur 2 et mandibulaire

3.6.3 Pronostic

Le plan de traitement s'avère long mais la patiente est motivée.

Le pronostic est donc favorable.

3.7 Cas clinique n°7

3.7.1 Diagnostics

- Edentement de classe III, modification 1 de Kennedy au maxillaire
- Edentement de classe III de Kennedy à la mandibule
- Lésion carieuse secondaire sous composites sur 11 et 21
- Restauration débordante sur 22
- Perte du pan distal de 34
- Inclusion de 13, 18, 38 et 48

3.7.2 Analyse de la situation et plan de traitement

● Prévention :

Motivation à l'hygiène avec la prescription d'une brosse à dents avec poils souples et prévoir un détartrage.

● Soins conservateurs et endodontie :

Dépose des restaurations, curetages carieux et restaurations par résine composite sur 11, 21, 22 et 34.

- **Implantologie et orthodontie :**

Consultation approfondie pour voir la possibilité de greffe osseuse en regard des secteurs édentés après aménagement des espaces notamment secteur 2 avec de l'orthodontie.

3.7.3 Pronostic

Le cas est complexe : la perte osseuse est trop importante actuellement pour envisager la pose d'implants.

Le pronostic est donc réservé.

3.8 Cas clinique n°8

3.8.1 Diagnostics

- Maladie parodontale : à préciser lors du bilan parodontal.
On observe au maxillaire et à la mandibule une alvéolyse de 1/3 horizontale.
- Nécrose pulpaire de la 21
- Edentement de classe III de Kennedy au maxillaire ou édentement de classe V de Kennedy-Applegate [26]

La classe V correspond à un édentement de classe III compliqué avec perte d'au moins une canine.

La classe VI correspond à un édentement unilatéral encastré limité antérieurement et postérieurement par des dents sans perte de canine.

Texte 10: Classification Kennedy-Applegate

- Péricoronarite en distal de 48

La péricoronarite est une inflammation du sac péricoronaire et de la fibromuqueuse adjacente survenant au cours de l'éruption de la dent dans la cavité buccale. Sa symptomatologie est rencontrée lors des accidents d'éruption. [27]

Texte 11: La péricoronarite

- 38 incluse
- Lésions cervicales d'usure au niveau du secteur 1 sur 11, 12 et 14

3.8.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- **Parodontologie :**

Bilan parodontal + séances thérapeutiques + réévaluation + maintenance

- **Soins conservateurs et endodontie :**

- Restauration des lésions cervicales d'usure sur 11, 12 et 14

- Réalisation du TEI sur 21 et temporiser la résorption (surveillance de la stabilité ou non)

Les résorptions dentaires sont pathologiques (sauf lors de la chute des dents lactéales qui est un phénomène physiologique).

Elles sont le résultat d'une agression traumatique ou infectieuse du parodonte ou de la pulpe dentaire.

Les manifestations peuvent être internes ou externes, superficielles ou profondes, réversibles ou irréversibles.

Les résorptions peuvent prendre une forme évolutive dite de « remplacement » lorsqu'un tissu néoformé semblable à l'os comble la perte du tissu dentaire jusqu'à la disparition complète de la racine ou une forme inflammatoire qui intéresse la racine et l'os environnant.

Le diagnostic est toujours tardif en raison de l'absence de signes cliniques au stade initial. Ceux-ci (dyschromie, mobilité, absence totale de mobilité, complication infectieuse) apparaissent souvent trop tard.

Le traitement est essentiellement préventif, souvent palliatif et parfois curatif visant à arrêter le processus pathologique.

Certaines résorptions cessent d'évoluer et cicatrisent spontanément, d'autres s'arrêtent après la suppression des causes traumatiques ou infectieuses qui les ont provoquées.

D'autres cas échappent à nos possibilités thérapeutiques actuelles. [28]

Texte 12: les résorptions dentaires

- **Orthodontie :**

Possibilité de chirurgie orthognathique.

L'orthodontie est envisageable seulement si la résorption de la 21 et la maladie parodontale sont stabilisées.

- **Prothèse :**

La 22 est absente depuis plusieurs années, ce n'est donc pas une urgence mais une demande esthétique.

La réalisation d'un bridge cantilever n'est pas envisageable car une résorption étant présente sur la 21, cela pourrait accélérer le processus de résorption.

- **Chirurgie :**

La 38 est incluse en position horizontale. Son avulsion est indiquée par prévention afin d'éviter que la racine de la 37 soit endommagée.

La 48 est également à extraire car n'a pas la place nécessaire pour être en bouche et n'a pas d'antagoniste.

3.8.3 Pronostic

Le pronostic est dans ce cas réservé.

On ne peut pas apporter de réponse immédiate au motif de consultation du patient.

Il faut la compliance du patient pour envisager la prise en charge des soins.

Conclusion

Cette thèse a pour but principal de permettre à l'étudiant de 4^e et de 5^e année de chirurgie dentaire de se préparer à l'épreuve orale du CSCT dans les meilleures conditions.

L'étudiant, suite à ses entraînements, va acquérir de façon automatique, un « plan » à suivre, quel que soit le cas clinique rencontré, allant du général au plus précis.

Bien que différents axes ont été traités dans ces cas cliniques, ils ne représentent qu'un échantillon très mince de cas susceptibles d'être rencontrés. C'est pour cela que cet ouvrage ne vient que compléter l'expérience acquise durant le travail effectué en clinique.

Seuls les grands plans de traitements ont été évoqués pour ouvrir à une réflexion, une discussion entre étudiants ou avec l'équipe enseignante.

De plus, de nouvelles données, classifications peuvent venir modifier certains axes traités dans cette thèse. C'est pourquoi, il serait intéressant de continuer à enrichir cet index d'autres cas cliniques lors d'une prochaine thèse.

Index des figures

Figure 1: La classification d'Angle (15).....	17
Figure 2: Classification de Cawood et Howell (21).....	18
Figure 3: Classification de l'édentement selon Kennedy(17).....	46
Figure 4: Indications et contre-indications de l'avulsion des 3e molaires mandibulaires incluses (22).....	48

Index des tableaux

Tableau 1: Taux de succès du retraitement endodontique selon Gorni et al. en fonction de la situation après le traitement initial. (12).....	49
---	----

Index des textes

Texte 1 : Conséquences d'un édentement non compensé.....	22
Texte 2 : Classification ARPA.....	22
Texte 3 : Unité Paquet Année.....	32
Texte 4 : La fistule d'origine dentaire.....	36
Texte 5 : Classification Si/Sta.....	38
Texte 6 : L'apnée du sommeil.....	47
Texte 7 : L'abrasion, l'attrition, l'érosion.....	52
Texte 8 : Classification de Cairo.....	52
Texte 9 : Coefficient masticatoire.....	55
Texte 10 : Classification Kennedy-Applegate.....	57
Texte 11 : La péricoronarite.....	57
Texte 12 : Les résorptions radiculaires.....	58

Références bibliographiques

1. Orthlieb J-D, Darmouni L, Pedinielli A, Darmouni JJ. Fonctions occlusales : aspects physiologiques de l'occlusion dentaire humaine. Médecine buccale. Elsevier Masson SAS. 2013 ; (28-080-D-10).
2. Classification Cawood Howell [Internet]. Disponible sur : <http://www.prothesiste-dentaire.fr/pages/dico-cawood-howell.php>
3. Figure 9. CT images and drawings of the mandible show the classification of alveolar bone atrophy. [Internet]. ResearchGate. Disponible sur : http://www.researchgate.net/figure/CT-images-and-drawings-of-the-mandible-show-the-classification-of-alveolar-bone-atrophy_fig6_47701044
4. Guyot L, Foletti J-M, Chossegros C, Thiery G. Fistules d'origine dentaire. Chirurgie Orale et maxillo-faciale. Elsevier Masson SAS. 28 Fév 2017 ; (22-033-A-20).
5. Jardel V, Derrien G. Examen clinique de l'édenté partiel et indications thérapeutiques générales. Odontologie. 2002 ; (23-265-A-10).
6. Duyninh T, Orti V, Jame O, Bousquet P, Gilbert P. Classification des maladies parodontales. Odontologie. 2004 ; (23-441-A-10).
7. unité paquet année [Internet]. Disponible sur : <https://www.medecine-des-arts.com/fr/article/tabac-breves-sur-le-tabac/cotation-du-tabagisme-en-paquets-annee.php>
8. Prades J-M, Schmitt T, Timoshenko A. Cancers de la langue. Oto-rhino-laryngologie. Encyclo Med Chir. 2003 ; (20-627-A-10).
9. Lasfargues J-J, Louis J-J, Kaleka R. Classifications des lésions carieuses. De Black au concept actuel par sites et stades. Odontologie. (23-069-A-10).
10. Philip-Alliez C, Freckhaus A, Delsol L, Massif L, Gall ML, Canal P. Traitement des agénésies des incisives latérales maxillaires. Orthopédie dentofaciale. Elsevier Masson SAS. Sept 2011 ; (23-491-M-50).
11. Robinson J-J, Giraud O, Dos Santos S, Turlotte S, Fieschi J-M. Urgences dentaires dans la pratique quotidienne. Médecine buccale. Elsevier Masson SAS. 2008 ; (28-700-M-10).
12. Besnainou G. Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM). Médecine du sommeil. 2016 ; (13, 130-134).
13. Davido N, Toledo-Arenas R. Foyers infectieux dentaires et complications. Traité de médecine AKOS. Elsevier Masson SAS. 22 Avr 2010;(7-1105).
14. Marteau J-M, Boileau M-J. Dents incluses, sémiologie et principes thérapeutiques. Médecine buccale. Elsevier Masson SAS. 2014; (28-830-C-10).

15. Seigneuric F, Seigneuric J-B. Avulsion des dents incluses : troisièmes molaires. Médecine Buccale. 2010 ; (28-662-C-10).
16. Dahan S. Facteurs prédictifs du succès des thérapeutiques endodontiques. Réal Clin. 2014 ; 25 : 12.
17. Caux F. Epidermolyse bulleuse acquise. Presse Médicale. Oct 2010 ; 39(10):1081-8.
18. Savignat M, Cotellet M, Béhin P. Dépistage d'une dysfonction temporo-mandibulaire avec réhabilitation implanto-portée chez l'édenté en secteur postérieur. L'information dentaire n°17/18. 28 Avr 2021.
19. D'incau E, Couture-Veschambre C, Laluque J-F, L'Alzit FR, Semal P, Maureille B. Usure des structures dentaires. Médecine buccale. 2019 ; (28-080-C-50).
20. Cairo F, Nieri M ; Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes : an explorative and reliability study. J Clin Periodontol. Juill 2011 ; 38(7):661-6.
21. Bars PL, Amouriq Y, Bodic F, Giumelli B. Réactions tissulaires au port des appareils de prothèse dentaire amovible partielle ou totale. Odontologie. Encyclo Med Chir. 2002 ; 23(325-10).
22. Svoboda J-M, Dufour T. Prophylaxie des parodontopathies et hygiène bucco-dentaire. Odontologie. Encyclo Med Chir. 2004 ; (23-447-E-10).
23. Le Guehennec L, Le Bars P, Kouadio AA. Insertion prothétique et hygiène en prothèse amovible. Médecine buccale. Fév 2019 ; (28-701-C-10).
24. Boileau M-J, Sampeur-Tarrit M, Bazert C. Physiologie et physiopathologie de la mastication. Médecine buccale. 22 Déc 2016 ; (28-080-C-10).
25. Orthlieb J-D, Darmouni L, Jouvin J, Pedinielli A. Dysfonctions occlusales : anomalies de l'occlusion dentaire humaine. Médecine buccale. 2013 ; (28-080-E-10).
26. Mariani C. Edentements terminaux unilatéraux. Quelles solutions thérapeutiques prothétiques. [Thèse d'exercice] : Université Paul Sabatier-Toulouse III. 2012.
27. Peron J-M. Accidents d'évolution des dents de sagesse. Médecine buccale. 2008 ; (28-270-M-10).
28. Sauveur G, Mesbah M. Résorptions pathologiques des dents permanentes évoluées. 2013 ; 16.

Préparation à l'épreuve orale du CSCT : Synthèse de cas cliniques
à visée pédagogique / **JAKOB Mathilde**. - p. (59) : fig. (4) ; réf (28).

Domaines : Enseignement, Sémiologie.

Mots clés Rameau :

Mots clés FMeSH :

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

Résumé de la thèse :

En fin de cinquième année, l'étudiant en chirurgie dentaire doit valider un examen appelé le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique lui permettant d'exercer dans un cabinet libéral. Cet examen se déroule en une partie écrite et une partie orale. L'objectif de l'épreuve orale est d'évaluer l'étudiant quant à l'abord du patient, l'observation et l'examen clinique, la pose d'un diagnostic et l'élaboration d'un plan de traitement.

Le but de cette thèse est d'aider au mieux l'étudiant à s'entraîner à travers un panel de cas cliniques provenant des premières consultations au cours de l'année universitaire 2019-2020.

La première partie décrit les matériels et méthodes utilisés pour la réalisation de cette thèse. La deuxième partie consiste à présenter les différents cas cliniques rencontrés et la troisième partie à poser un diagnostic, un plan de traitement et un pronostic.

JURY :

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE

Asseseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Madame le Docteur Marion TALLEUX