

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2025

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 11 juin 2025

Par **Zahid IQBAL**

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

JURY

Président : Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Eloïse GILBERT



Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	A. PACAUD
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E DEVEAUX Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA Parodontologie

P. BOITELLE Responsable du département de Prothèse

T. COLARD Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**C. DELFOSSE Vice doyen du département facultaire UFR3S - Odontologie
Odontologie Pédiatrique
Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale**

**L ROBBERECHT Responsable du Département de Dentisterie
Restauratrice Endodontie**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, OdontologieLégale
F. BOSCHIN	Parodontologie
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
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
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 - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M BEDEZ	Biologie Orale
---------	----------------

Règlementation 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 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.

Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille

Habilité à diriger des recherches

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS - LAS

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Chargée de mission Pédagogie

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé - Université de Rouen-Normandie

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Madame le Docteur Eloïse GILBERT

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie et Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Sciences du Médicament et des Produits de Santé - mention Dispositifs Médicaux et Biomatériaux

REMERCIEMENTS

Liste des acronymes utilisés

AM : Amalgame

ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire

CBCT : Cone Beam Computed Tomography

CC : Couronne Coulée

CM : Couronne Céramique

CCM : Couronne Céramo-Métallique

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

CIV : Couronne à incrustation vestibulaire

CVI : Ciment verre ionomère

DRE : Dentisterie Restauratrice Endodontie

DTM : Dysfonction temporo-mandibulaire

DVO : Dimension Verticale d'Occlusion

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

IC : Inlay-Core

ICDAS : : International Caries Detection and Assessment System foundation ou système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses

LIPOE : Lésion Inflammatoire du Péri-apex d'Origine Endodontique

LIR : Lésion Inter-Radiculaire

MD : Mésio-Distal

MO : Mésio-Occlusal

MOD : Mésio-Occluso-Distal

O : Occlusal

OHM : Oral Hygiene Motivation

OIM : Occlusion d'Intercuspidie Maximale

PA : Prothèse Amovible

PAP : Prothèse Amovible Partielle

PF : Prothèse Fixée

RAS : Rien à signaler

√ : Dent à l'état de racine

RA : Restauration adhésive

RCR : reconstitution corono-radiculaire

RIM : Relation Inter-Maxillaire

RMIPP : Reconstitution par Matériau Inséré en Phase Plastique

RTE : Retraitement Endodontique

UPA : Unité-paquet-année

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	15
II. Matériels et méthodes	16
1. Matériels.....	16
2. Méthodes.....	16
2.1 Choix des cas cliniques	16
2.2 Photographies des cas cliniques	17
2.3 Déroulement de l'examen.....	17
III. Présentation des cas cliniques.....	19
1. Cas clinique n°1.....	19
1.1 Photographies.....	19
1.2 Anamnèse	20
1.3 Examen clinique	20
1.3.1 Examen exo-buccal.....	20
1.3.2 Examen endo-buccal	20
1.4 Examens complémentaires	22
2. Cas clinique n°2.....	26
2.1 Photographies.....	26
2.2 Anamnèse	27
2.3 Examen clinique	27
2.3.1 Examen exo-buccal.....	27
2.3.2 Examen endo-buccal	27
2.4 Examens complémentaires	29
3. Cas clinique n°3.....	31
3.1 Photographies.....	31
3.2 Anamnèse	32
3.3 Examen clinique	32
3.3.1 Examen exo-buccal.....	32
3.3.2 Examen endo-buccal	32
3.4 Examens complémentaires	35
4. Cas clinique n°4.....	38
4.1 Photographies.....	38
4.2 Anamnèse	39
4.3 Examen clinique	39
4.3.1 Examen exo-buccal.....	39
4.3.2 Examen endo-buccal	39
4.4 Examens complémentaires	41
5. Cas clinique n°5.....	45
5.1 Photographies.....	45
5.2 Anamnèse	46

5.3	Examen clinique	46
5.3.1	Examen exo-buccal.....	46
5.3.2	Examen endo-buccal	46
5.4	Examens complémentaires	48
6.	Cas clinique n°6.....	52
6.1	Photographies.....	52
6.2	Anamnèse	53
6.3	Examen clinique	53
6.3.1	Examen exo-buccal.....	53
6.3.2	Examen endo-buccal	53
6.4	Examens complémentaires	55
7.	Cas clinique n°7.....	57
7.1	Photographies.....	57
7.2	Anamnèse	58
7.3	Examen clinique	58
7.3.1	Examen exo-buccal.....	58
7.3.2	Examen endo-buccal	58
7.4	Examens complémentaires	60
IV.	<i>Diagnostics, plan de traitement et pronostics</i>	64
1.	Cas clinique n°1.....	64
1.1	Diagnostics	64
1.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	67
2.	Cas clinique n°2.....	70
2.1	Diagnostics.....	70
2.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	70
3.	Cas clinique n°3.....	72
3.1	Diagnostics	72
3.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	72
4.	Cas clinique n°4.....	74
4.1	Diagnostics	74
4.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	74
5.	Cas clinique n°5.....	77
5.1	Diagnostics	77
5.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	77
6.	Cas clinique n°6.....	79
6.1	Diagnostics	79
6.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	79
7.	Cas clinique n°7.....	81
7.1	Diagnostics	81
7.2	Analyse de la situation et plan de traitement.....	81

V. Conclusion.....	83
VI. Références bibliographiques	84
VII. Table des illustrations.....	86
VIII. Annexe.....	87

I. Introduction

En fin de 5^e année, l'étudiant en chirurgie dentaire doit valider le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Cet examen a pour objectif de s'assurer des connaissances et compétences acquises au cours des deux premiers cycles d'études, tout en permettant à l'étudiant d'exercer sous certaines conditions, comme des remplacements libéraux ou des collaborations salariales avant l'obtention de son diplôme.

Le CSCT évalue la capacité de l'étudiant à mobiliser ses connaissances pour établir un diagnostic bucco-dentaire précis, formaliser et mettre en œuvre un plan de traitement centré sur le patient. Il se compose de deux épreuves organisées au second semestre :

- Un écrit, sous forme d'une étude d'un cas clinique iconographié, visant à apprécier l'analyse de l'anamnèse, de l'examen clinique, ainsi que la formulation des hypothèses diagnostiques et des alternatives thérapeutiques.
- Un Examen Clinique Objectif et Structuré (ECOS), constitué de 4 à 8 stations indépendantes.

Cette thèse vise à aider les étudiants à se préparer à l'épreuve écrite du CSCT en leur proposant une série de cas cliniques variés issus des premières consultations réalisées au cours de l'année universitaire 2024-2025.

La première partie détaillera le matériel et les méthodes employés pour la réalisation de ce travail. La deuxième partie présentera sept cas cliniques à travers des photographies, des anamnèses, ainsi que les examens cliniques et complémentaires. Enfin, la troisième partie se consacrera à l'établissement du diagnostic, à l'analyse des situations cliniques et aux grandes lignes directrices des plans de traitement.

Certains rappels théoriques, portant sur des notions jugées pertinentes à revoir lors des enseignements dirigés, seront brièvement intégrés. Ils visent à réactiver des connaissances clés acquises durant la formation universitaire et encourager l'étudiant à les approfondir.

II. Matériels et méthodes

1. Matériels

Cette thèse vise à aider les étudiants à se préparer à l'épreuve écrite du CSCT en leur proposant une série de cas cliniques variés issus des premières consultations réalisées au cours de l'année universitaire 2024.

2. Méthodes

Les photographies ont été prises avec un iPhone 11 qui est équipé d'un double capteur 12 Mpx. Celles-ci ont été réalisées sans le scialytique et sans le flash de l'appareil utilisé. Des écarteurs intra-buccaux ont été utilisés afin d'écartier correctement les lèvres et les tissus mous pouvant gêner la bonne prise des photographies.

De plus, des miroirs ont été utilisés pour les photographies des arcades maxillaires et mandibulaires. La prise des photographies a nécessité le travail à quatre mains notamment pour le maintien des miroirs et l'usage du spray air pour éviter la formation de buée.

Les photographies ont été recadrées sur l'application Photos de l'iPhone et ont été ensuite enregistrées sous le format JPEG.

2.1 Choix des cas cliniques

Les patients inclus dans cette thèse à visée pédagogique proviennent des premières consultations en odontologie du CHU de Lille. Ils ont été sélectionnés en raison de l'intérêt clinique de leurs cas et des notions qu'ils permettaient d'aborder. Le consentement oral et écrit des patients (annexe 1), ainsi que leur autorisation pour l'utilisation de leur image, ont été obtenus afin de permettre la diffusion des photographies dans le cadre de cette thèse.

2.2 Photographies des cas cliniques

Dans les cas cliniques de cette thèse, 5 photographies endo-buccales ont été prises :

- une en vue de face, arcades en occlusion,
- deux en vues de profil, arcades en occlusion, côté gauche et droite,
- deux vues occlusales des arcades maxillaire et mandibulaire.

2.3 Dérroulement de l'examen

1) Présentation du patient : nom, âge et profession

2) Motif de consultation

3) Pathologies et/ou allergies

4) Traitements en cours

5) Anamnèse

6) Habitudes de vie : brossage, tabac, alimentation

7) Examen clinique :

- Examen exo-buccal :

- Inspection : asymétrie, tuméfaction
- Palpation : des adénopathies, des ATM

- Examen endo-buccal :

- 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, croisés, respect des courbes de Wilson
 - Dans le sens vertical : analyse du recouvrement : normal, présence d'une béance, de bout à bout, de supraclusion
 - Dans le sens antéro-postérieur : analyse des classes canine et molaire d'Angle, du surplomb incisif, respect de la courbe de Spee
 - Segments édentés : décrire les crêtes en cas d'édentement
 - Tests complémentaires: si nécessaire tests de vitalité pulpaire, de percussions : axiale et latérale, de palpation des tables osseuses, de mobilité, de sondage
- 8) Examens complémentaires : des rétro-alvéolaires, rétro-coronaires ou une radiographie panoramique afin de confirmer les diagnostics
- 9) Diagnostics
- 10) Analyse de la situation et plan de traitement

III. Présentation des cas cliniques

1. Cas clinique n°1

1.1 Photographies



Figure 1 : cas n°1 : photographies endo-buccales

1.2 Anamnèse

Présentation : M. M, 59 ans, chauffeur de bus

Motif de consultation : douleur secteur 1 non soulagée aux antalgiques

Pathologie : Apnée du sommeil, dépression, asthme,

Traitement : FLIXOTIDE_{TM}, PAROXETINE

Habitudes de vie :

- 10 cigarettes par jour depuis 10 ans,
- brossage 1 fois par jour,
- brosse à dents manuelle poils medium avec dentifrice du commerce.

1.3 Examen clinique

1.3.1 Examen exo-buccal

- Inspection : RAS
- Palpation : RAS

1.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- présence de plaque généralisée visible à l'œil nu,
- présence de tartre au niveau rétro-incisif mandibulaire.

Examen des muqueuses :

- brides et freins bien visibles et non traumatiques avec frein labial supérieur inséré au niveau de la gencive attachée.

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais
- parodonte de couleur rose corail, perte de piqueté en peau d'orange, peu festonné,
- présence d'un liseré inflammatoire au niveau des collets des dents antérieures et du secteur 1 avec un aspect lisse et œdématié,
- hauteur de tissu kératinisé suffisante. (Cf fiche mémo)

Schéma dentaire :

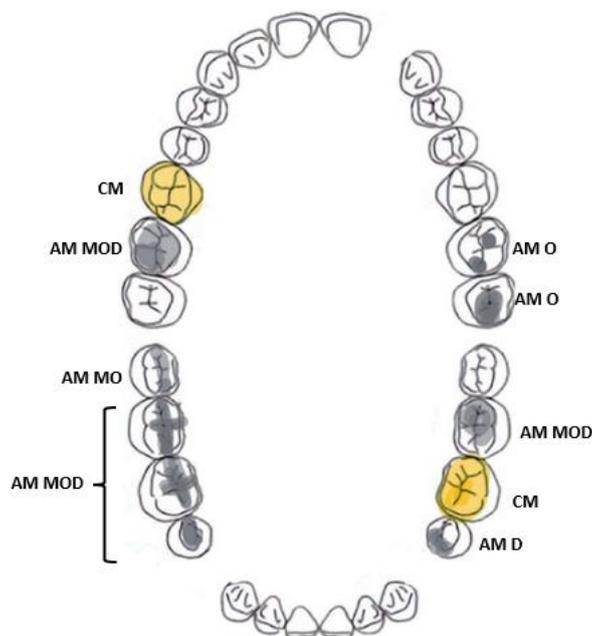


Figure 2 : cas n°1 : schéma dentaire

Examen des dents :

- arcade en U au maxillaire et elliptique à la mandibule,
- absence des 22, 34 et 44, pas de diastème,
- dyschromie de la 12 et du bord libre de la 21 (restauration adhésive inadéquate),
- mésio-vestibulo-rotation de la 12, de la 21 et de la 43, vestibulo-position de la 13,
- présence d'un saignement sulculaire en regard des dents 15, 16 et 17,

- restaurations par amalgame sur 17, 26, 27, 35, 37, 45, 46, 47 et 48,
- présence d'un bourgeonnement gingival interdentaire entre 16 et 17,
- couronne céramique sur la 16 et 36.

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : le centre inter-incisif maxillaire est décalée vers la gauche, non-respect des courbes de Wilson : linguo-version des prémolaires et molaires maxillaires,
- dans le sens vertical : recouvrement correct,
- dans le sens sagittal : classe 2 canine d'Angle à droite et à gauche, linguo-version des incisives centrales maxillaires, classe 3 molaire à droite et à gauche (absence des 34 et 44).

1.4 Examens complémentaires

Radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 16 :



Figure 3 : cas n°1 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 16

- Aperçu général de la radiographie dans son ensemble :

La radiographie est de qualité satisfaisante. Elle est de type numérique. On remarque le non alignement des bords occlusaux suite à un probable défaut d'angulation.

- Etat des couronnes :

On note la présence d'une radio-opacité au niveau de la 16 faisant penser à une couronne à armature métallique et une radio-opacité sur la 17 correspondant à sa restauration par amalgame.

La restauration prothétique ne semble pas parfaitement adaptée au niveau de la 16 surtout en distal.

- Etat des racines :

Le traitement endodontique de la 16 est homogène et va jusqu'à l'apex. On note la présence d'une radio-opacité plus marquée correspondant à un triple ancrage radiculaire métallique.

- Les tissus péri-apicaux :

On note la présence d'une radio-clarté en mésial de la racine vestibulo-mésiale de la 16, une radio-clarté en mésial de la 14 et 15.

- Les tissus parodontaux :

On observe une alvéolyse généralisée sur ce secteur de 25% et atteignant 40% en regard de la 17. L'espace ligamentaire est peu visible en distal de la 16. Il est élargi en mésial de la racine mésio-vestibulaire de la 17.

Radiographie panoramique :



Figure 4 : cas n°1 : radiographie panoramique

- Aperçu général de la radiographie dans son ensemble :

La radiographie est de qualité satisfaisante mais le secteur antérieur est flou.

- Structures anatomiques avoisinantes :

Les structures anatomiques avoisinantes sont visibles (condyles, canal mandibulaire, sinus). Le condyle droit n'est pas visible en intégralité mais les condyles paraissent normaux. Les angles mandibulaires sont marqués. Les courbes occlusales sont perturbées.

- Etat des couronnes :

On note l'absence de la 22 et des premières prémolaires mandibulaires.

On note des radio-opacités au niveau des couronnes de 16, 26, 27, 28, 34, 37, 38, 44, 46, 47 et 48 qui correspondent à leur restauration par amalgame.

On remarque un discret liseré radio-clair sous les amalgames des 17 et 27 ainsi qu'une radio-clarté en distal de la 11, qui correspond à une lésion carieuse ou à une restauration non radio-opaque.

On note la présence d'une reconstitution coronaire prothétique sur les 16 et 36. On observe des spicules de tartre en mésial et distal de la 37 et en distal de la 47.

- Etat des racines :

12, 16 et 36 présentent des radio-opacités qui correspondent à des traitements endodontiques.

Le traitement endodontique de la 12 semble homogène, dense et allant jusqu'à l'apex. Le traitement endodontique de la 16 semble homogène, dense et allant jusqu'à l'apex. Le traitement endodontique de la 36 semble homogène, dense et allant jusqu'à l'apex.

- Les tissus péri-apicaux :

On note la présence d'une radio-clarté sur la racine vestibulo-mésiale de la 16 et sur la racine mésiale de la 36.

- Les tissus parodontaux :

On observe la présence d'une alvéolyse généralisée entre 20 et 30% en moyenne et allant jusqu'à 70% sur la 28. On observe la présence de lésions infra-osseuses : en distal de la 28, en distal de la 36, en distal de la 37, en mésial de la 45 et en distal de la 47.



Les aspects anatomiques de la gencive (1,2)

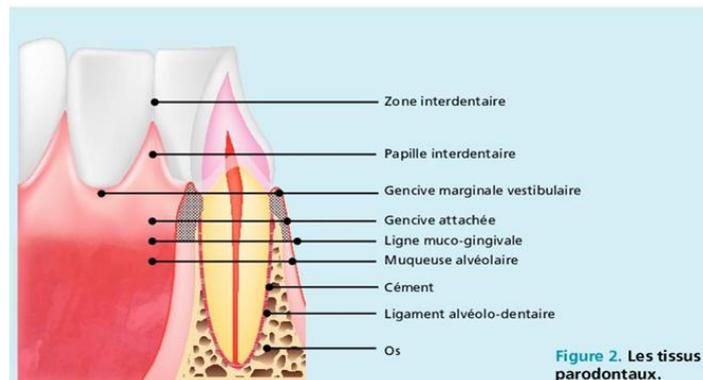


Figure 5 : les tissus parodontaux (1)

La gencive libre se divise en plusieurs parties anatomiques selon leur position et leur fonction.

1. Gencive marginale ou libre

La gencive marginale est la partie située entre le rebord gingival et le sillon gingival. Ce dernier est une légère dépression visible chez seulement 30 à 40 % des adultes. Cette zone est kératinisée, et elle entoure les dents comme une collerette, sans adhérence directe à l'os sous-jacent.

2. Gencive attachée

La gencive attachée se trouve entre le sillon gingival et la ligne muco-gingivale. Elle est kératinisée et fermement attachée à l'os alvéolaire et au cément supra-crestal. Sa hauteur varie de 2,7 à 6,7 mm selon les individus et les secteurs, augmentant avec l'âge. Son épaisseur, influençant le type de parodonte, varie de 0,6 à 1,8 mm et est généralement plus importante dans les régions postérieures. Au niveau palatin, elle se prolonge en continuité avec la muqueuse.

3. Gencive interproximale ou papillaire

La gencive attachée se trouve entre le sillon gingival et la ligne muco-gingivale. Elle est kératinisée et fermement attachée à l'os alvéolaire et au cément supra-crestal.

Sa hauteur varie de 2,7 à 6,7 mm selon les individus et les secteurs, augmentant avec l'âge. Son épaisseur, influençant le type de parodonte, varie de 0,6 à 1,8 mm et est généralement plus importante dans les régions postérieures. Au niveau palatin, elle se prolonge en continuité avec la muqueuse.

2. Cas clinique n°2

2.1 Photographies



Figure 6 : cas n°2 : photographies endo-buccales

2.2 Anamnèse

Présentation : Mme. C, 35 ans, sans emploi

Motif de consultation : réhabilitation orale prothétique

Pathologie : hypertension artérielle

Traitement : Asprine, PERINDOPRIL

Patiente allaitante et allergique au latex

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour,
- brosse à dents manuelle poils souples avec dentifrice du commerce,
- usage quotidien du bain de bouche.

2.3 Examen clinique

2.3.1 Examen exo-buccal

- inspection : cernes marqués, absence de tuméfaction ou d'asymétrie,
- palpation : RAS.

2.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- absence de plaque visible à l'œil nu excepté entre 32 et 33,
- présence de tartre en rétro-incisif mandibulaire.

Examen des muqueuses :

- insertion basse du frein labial supérieur (à proximité de la gencive marginale), frein lingual d'insertion en muqueuse alvéolaire,
- palais profond.

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais,
- gencive marginale et papilles inflammatoires,
- perte de piqueté en peau d'orange (gencive lisse),
- perte des papilles interdentaires généralisées,
- récessions parodontales généralisées,
- crête classe 2 ou 3 Cawood et Howell niveau 35, non visible niveau 37.

Schéma dentaire :

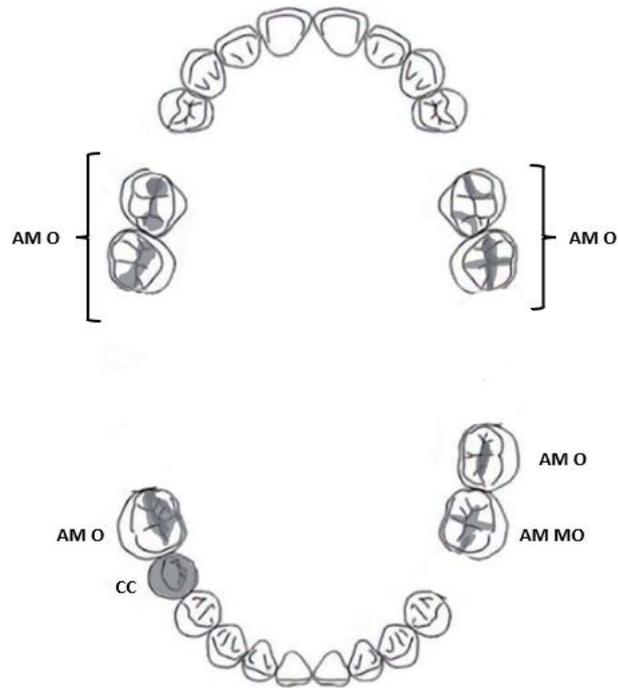


Figure 7 : cas n°2 : schéma dentaire

Examens des dents :

- mésio-linguo-rotation de la 11,
- vestibulo-version 11 et 21,
- axe distalé de la 22,
- diastème marqué entre 11 et 12 et entre 21 et 22,
- cavités sur 13 en distal, sur 16 en mésial, sur 46 en mésial (migration mésiale de 46, perte de l'embrasure 45/46),
- absence de 15, 25, 35 et 47, pas de diastème au maxillaire,
- disto-linguo-rotation de la 25,
- encombrement incisif mandibulaire,
- amalgames occlusaux sur 17, 18, 26, 27, 36 (MO), 37 et 46,
- CC sur 45,
- arcade elliptique au maxillaire et en V à la mandibule.

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : les centres inter-incisifs sont alignés, , les courbes de Wilson sont inversées,
- dans le sens vertical : recouvrement antérieur augmenté, supraclusion,
- dans le sens sagittal : classe 3 canine d'Angle à droite et à gauche, classe 2 molaire à droite et classe 1 à gauche.

2.4 Examens complémentaires

Radiographie panoramique :



Figure 8 : cas n°2 : radiographie panoramique

- Qualité :

La radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

Les structures anatomiques avoisinantes sont visibles (condyles, canal mandibulaire, sinus). On note une radio-opacité circonscrite au bas fond du sinus maxillaire droit. Les condyles ne semblent pas remaniés. Les courbes occlusales sont perturbées (courbe de Spee inversée, axes des molaires maxillaires distalés).

- Etat des couronnes :

On observe des images radio-opaques faisant penser à des restaurations par amalgame ou par résine composite sont présentes en occlusal de 16, 17, 26, 27, 36, 37 et 46. Des images radio-claires sont visibles en distal de la 13 et en mésial de la 16. Une image radio-opaque correspondant à une couronne coulée présente sur la 45. On note l'absence de 15, 25, 35, 47 et des dents de sagesse.

- Etat des racines :

On observe une radio-opacité correspondant à un traitement endodontique fait sur la 45 qui est dense, homogène et allant jusqu'à l'apex. Il est important de noter que la radiographie panoramique n'est pas un examen suffisant pour juger la qualité d'un traitement endodontique.

- Tissus péri-apicaux ;

-Une radioclarité est visible en mésial dans la région péri-apicale de la 45.

- Tissus parodontaux ;

Il y a une alvéolyse généralisée de 30 à 40% mais des radiographies rétro-alvéolaires nous permettront de confirmer cela. On observe une radio-opacités correspondant à des spicules de tartre dans les secteurs molaires au niveau des jonctions émail-cément.

3. Cas clinique n°3

3.1 Photographies



Figure 9 : cas n°3 : photographies endo-buccales

3.2 Anamnèse

Présentation : M. F, 66 ans, retraité

Motif de consultation : réhabilitation orale prothétique

Pathologie : hypertension artérielle, arythmie, hypothyroïdie

Traitement : bi thérapie : LEVOTHYROXINE SODIQUE, BISOPROLOL, GLICAZIDE, DILTIAZEM

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour, brosse à dents manuelle poils medium avec dentifrice du commerce,
- cigarettes arrêtées depuis 30 ans,
- consommation quotidienne de sodas.

3.3 Examen clinique

3.3.1 Examen exo-buccal

- Plis naso-labiaux marqués,
- sourire non harmonieux,
- la photo n'est pas suffisante pour déterminer la perte éventuelle de DV car pas de photo en occlusion (de face ou de profil),
- pas de photo au repos pour voir la position des bords libres des incisives maxillaires par rapport à la lèvre supérieure (pour la détermination du plan d'occlusion).

3.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- tartre présent en mandibulaire,
- plaque visible à l'œil nu généralisée.

Examen des muqueuses :

- insertion haute (en gencive attachée) des brides secteur 3 et 4,
- classe 3 de Cawood et Howell sauf 12 et 22 : classe 4.

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais,
- gencive inflammatoire,
- perte du support osseux vestibulaire au niveau de la 12 et 22,
- perte des papilles interdentaires en antérieur,
- ligne des collets perturbée au maxillaire et à la mandibule,
- récession, particulièrement sur la 11 en distal.

Schéma dentaire :

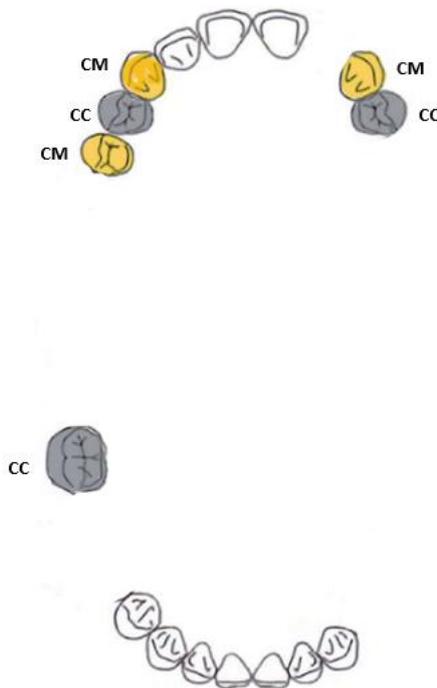


Figure 10 : cas n°3 : schéma dentaire

Examens des dents :

- arcades maxillaire et mandibulaire en U (*cf fiche mémo*),
- absence au maxillaire des 12, 16, 17, 22, 25, 26 et 27,
- absence en mandibulaire des 34, 35, 36, 37, et 46 (la 45 a été extraite entre la prise du cliché panoramique et la photo de la vue clinique, la « 47 » est probablement une 48 mésialée),
- colorations brunâtres au niveau des faces palatines des incisives maxillaires et au collet du bloc incisivo-canin mandibulaire,

- reconstitutions prothétiques cosmétiques sur les 13, 15 et 23,
- CC sur les 14, 24 et 48,
- les reconstitutions prothétiques ne présentent pas des critères d'adaptation et d'esthétique satisfaisants,
- fêlure verticale vestibulaire de la 11, restaurations adhésives sur 11 et 21,
- bords libres du bloc incisivo-canin mandibulaire abrasés et érodés,
- absence d'une grande partie coronaire de la 44 avec persistance d'une RMIPP en occlusal non adéquate.



Les différentes formes d'arcades dentaires (3)

L'arcade dentaire peut être décrite selon différentes formes, telles que l'arcade en V, l'arcade en U, l'arcade en lyre et l'arcade elliptique chacune reflétant des particularités anatomiques.



Figure 11 : arcade dentaire

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : les centres inter-incisifs sont alignés,
- dans le sens vertical : le recouvrement antérieur est augmenté, 23 et 24 semblent égressées,
- dans le sens sagittal : classe 3 canine d'Angle à droite et à gauche.

3.4 Examens complémentaires

Radiographie panoramique :



Figure 12 : cas n°3 : radiographie panoramique

La radiographie apportée par le patient date de quelques mois. Des dents présentes sur celle-ci ont été extraites depuis : 34, 35 et 45.

La question se pose alors : est-il nécessaire de refaire une nouvelle panoramique ou peut-on conserver celle-ci ? (Cf fiche mémo).

- Qualité :

La radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

Les structures anatomiques avoisinantes sont visibles (condyles, canal mandibulaire, sinus). Les condyles sont symétriques. Les angles mandibulaires sont marqués. On note une présence d'hyperdensités dans la région submandibulaire, bilatéralement, qui vient se superposer avec le rachis cervical.

- Etat des couronnes :

On observe des images radio-opaques faisant penser à des restaurations par amalgame ou par résine composite ou CVI sont présentes au niveau de 11, 21, 35 et 44. Des radioclartés sont visibles en distal des 11 et 21 qui font penser à une lésion carieuse secondaire (11) et à une restauration non radio-opaque (21). On observe des images radio-opaques font penser à la présence de couronnes sur les 13, 14, 15, 24, 25, 45 et 48 avec des défauts d'adaptation liés à des sur-contours, des défauts d'adaptation verticaux et/ou des lésions carieuses secondaires. On note l'absence au maxillaire des 12, 16, 17, 22, 25, 26 et 27 et à la mandibule des 36, 37, et 46.

- Etat des racines :

Des images de traitements endodontiques sont présents sur les 13, 14, 15, 23, 24, racine de 34, 35, 44, 45 et 48. La qualité des traitements endodontiques devra être évaluée à l'aide de radiographies rétro alvéolaires.

- Tissus péri-apicaux :

On observe une radioclarté en mésial de la 45, en regard de l'extrémité du tenon radiculaire.

- Tissus parodontaux :

Il y a une alvéolyse généralisée inférieure à 20% mais des radiographies rétro-alvéolaires nous permettront de confirmer cela.



Le principe de radioprotection en chirurgie dentaire (4–6)

La radioprotection vise à protéger à la fois les patients et les professionnels contre les effets des rayonnements ionisants utilisés en imagerie médicale. Elle englobe l'ensemble des mesures mises en place pour préserver la santé humaine et protéger l'environnement des risques liés à ces rayonnements.

Elle repose sur trois piliers : la justification, l'optimisation et la limitation. La notion qui nous permet de répondre à la question posée est la justification. Toute exposition aux rayonnements doit être justifiée par un bénéfice supérieur aux risques encourus. Cela signifie que les actes médicaux impliquant des rayonnements ionisants doivent être réalisés uniquement lorsque leur utilité est avérée.

La réalisation d'une radiographie panoramique est indiquée dans plusieurs situations cliniques précises. Elle peut être justifiée chez un patient présentant de nombreuses lésions carieuses, des dents délabrées, des restaurations anciennes, des pathologies péri-apicales suspectées, une maladie parodontale avancée ou nécessitant probablement des extractions multiples.

Elle est également indiquée lorsqu'une lésion osseuse ou une dent incluse ne peut être correctement évaluée par une radiographie intrabuccale, ainsi que dans le cadre de l'examen des dents de sagesse avant une intervention chirurgicale, bien qu'un usage systématique en l'absence de symptômes ne soit pas recommandé.

En orthodontie, une panoramique peut être nécessaire pour évaluer l'état de la denture et l'éruption dentaire, mais elle ne doit pas être réalisée de manière systématique, la sélection des patients devant reposer sur des critères cliniques précis. De même, en cas de suspicion de fracture mandibulaire, une radiographie panoramique peut être utile, mais en présence de signes cliniques évidents, un recours à des examens spécialisés est préférable.

Enfin, la panoramique peut être indiquée dans le cadre implantaire, avant la phase chirurgicale et après la phase prothétique, bien que ces clichés ne soient pas remboursés par la Sécurité sociale, certaines mutuelles pouvant en assurer une prise en charge partielle.

Les radiographies panoramiques ne doivent être réalisées qu'en présence de signes et symptômes cliniques justifiant leur nécessité. Il n'est pas recommandé de les effectuer à intervalles réguliers ou de manière systématique, ni de recourir à l'imagerie uniquement pour attester de la réalisation d'un acte auprès des organismes de protection sociale.

4. Cas clinique n°4

4.1 Photographies



Figure 13 : cas n°4 : photographies endo-buccales

4.2 Anamnèse

Présentation : M. J, 50 ans, enseignant

Motif de consultation : problème esthétique lié à la perte de la couronne sur 11 et douleurs mandibulaires gauches intermittentes

Pathologie : RAS

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour,
- brosse à dents électrique avec dentifrice « blancheur »
- consommation quotidienne de café.

4.3 Examen clinique

4.3.1 Examen exo-buccal

- inspection : RAS,
- palpation : RAS.

4.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- présence de tartre généralisée.

Examen des muqueuses :

- gencive rose avec piqueté en peau d'orange,
- perte des papilles interdentaires et perte des festons.

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais,
- récessions gingivales notamment secteur 1,
- brides et freins atraumatiques.

Schéma dentaire :

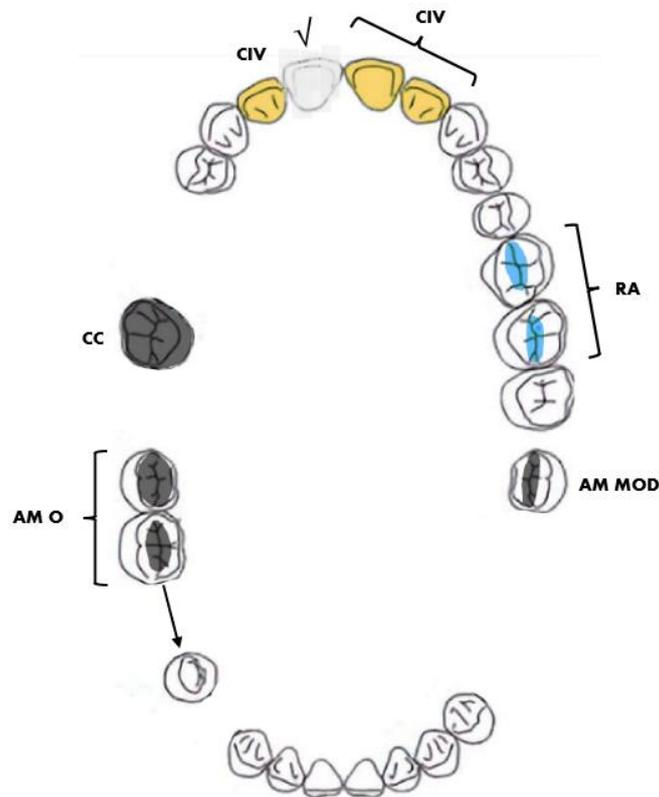


Figure 14 : cas n°4 : schéma dentaire

Examens des dents :

- arcade maxillaire elliptique et en U à la mandibule,
- absence au maxillaire de la 15 et de la 16,
- couronne coulée sur 17,
- couronne à incrustation vestibulaire sur les 12, 21 et 22, armature métallique visible en vestibulaire de 12 et 22,
- 11 à l'état de racine, recouverte par la gencive en vestibulaire,
- usure des faces linguales des 13 et 23,
- restauration adhésive sur les 26 et 27, joints colorés,
- absence en mandibulaire des 35, 36, 37, 44 et 46,
- restaurations par amalgame sur 37, 47 et 48,
- disto-vestibulo-rotation de 43, diastème 42-43,
- méso-version de 47,
- usure des incisives mandibulaires,
- lésions cervicales vestibulaires non carieuses sur 34 et 45.

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : les centres inter-incisifs ne sont à priori pas alignés,
- dans le sens vertical : 16, 14, 25 et 26 sont égressées, non-respect de la courbe de Spee,
- dans le sens sagittal : classe 2 canine d'Angle à droite et classe 3 canine à gauche.

4.4 Examens complémentaires

Radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 12 :



Figure 15 : cas n°4 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 12

- Aperçu général de la radiographie dans son ensemble :

La radiographie est de qualité satisfaisante. Elle est de type numérique.

- Etat des couronnes :

Une radio-opacité au niveau de la 12 qui correspond à la CIV. On note que la lésion d'usure sur la 13 est proximo-pulpaire.

- Etat des racines :

On retrouve une radio-opacité dans les racines 11 et 12 qui correspond aux traitements endodontiques qui paraissent denses et à la bonne longueur. On observe une radio-opacité plus marquée sur la 12 qui est l'image d'un tenon radiculaire qui ne respecte pas l'anatomie radiculaire et dont le forage a vraisemblablement engendré une fausse route.

- Les tissus péri-apicaux :

Il y a une radio-opacité péri-apicale au niveau de la 11 qui nous fait penser à de la pâte d'obturation.

- Les tissus parodontaux :

On note une alvéolyse de 30 à 40% sur le secteur radiographié.

Radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 38 :



Figure 16 : cas n°4 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 38

- Aperçu général de la radiographie dans son ensemble :

La radiographie est d'assez bonne qualité. La corticale apparaît floue.

- Etat des couronnes :

Nous avons une image hyperdense faisant penser à une reconstitution par amalgame mésio-occlusal.

- Etat des racines :

Les canaux radiculaires pulpaire sont visibles, ainsi que des spicules de tartre infra-gingivaux.

- Les tissus péri-apicaux :

Nous avons une image hypodense à l'apex qui nous fait penser à une lésion d'origine parodontale.

- Les tissus parodontaux :

Présence d'une alvéolyse circonférentielle qui va au-delà de l'apex.

Présence de 2 tables osseuses : une qui descend au-delà de l'apex et l'autre horizontale supérieure à 60 %.

Radiographie panoramique :



Figure 17 : cas n°4 : radiographie panoramique

- Qualité :

La radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

Les condyles semblent sains. Le sinus droit paraît plus radio-opaque. On voit bien le canal mandibulaire, les angles mandibulaires sont bien marqués, signe d'une hyperfonction des masséters . On voit qu'il y a une calcification du ligament stylo-hyoïdien.

- Etat des couronnes :

- image des restaurations prothétiques (17, 12, 21, 22), par amalgame (38, 47, 48) et adhésives (26, 27) bien visibles,
- 47, 48, 38 : forte mésio-version du fait des édentements non compensés.

- Etat des racines :

- images de traitements endodontiques sur 17 ainsi que sur toutes les incisives maxillaires, la qualité de ces traitements devra être précisée par radiographie rétro-alvéolaire,
- les racines des molaires maxillaires sont toutes en mésio-version, leurs axes sont mésialés.

- Les tissus péri-apicaux :

- image de LIPOE à l'apex de 17.

- Tissus parodontaux :

- alvéolyse généralisée de 30% à 40%, terminale au niveau de 38, image de LIR au niveau de 26,
- présence de spicules de tartre.

5. Cas clinique n°5

5.1 Photographies



Figure 18 : cas n°5 : photographies endo-buccales

5.2 Anamnèse

Présentation : M. L, 49 ans, sans emploi

Motif de consultation : réhabilitation prothétique

Pathologie : diabète traité par METFORMINE

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour,
- brosse à dents manuelle brins souples avec dentifrice acheté en pharmacie.

5.3 Examen clinique

5.3.1 Examen exo-buccal

- Claquement non douloureux de l'ATM gauche en fin d'ouverture.

5.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- peu de plaque visible à l'œil nu dans les espaces interdentaires et au niveau de la racine de la 44,
- pas de tartre.

Examen des muqueuses :

- Brides et freins atraumatiques : insertion en muqueuse alvéolaire

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais, rose corail,
- hauteur de tissu kératinisé suffisante : vérifier en distal de la dent 45,
- léger liseré inflammatoire au niveau de la gencive marginale.

Schéma dentaire :

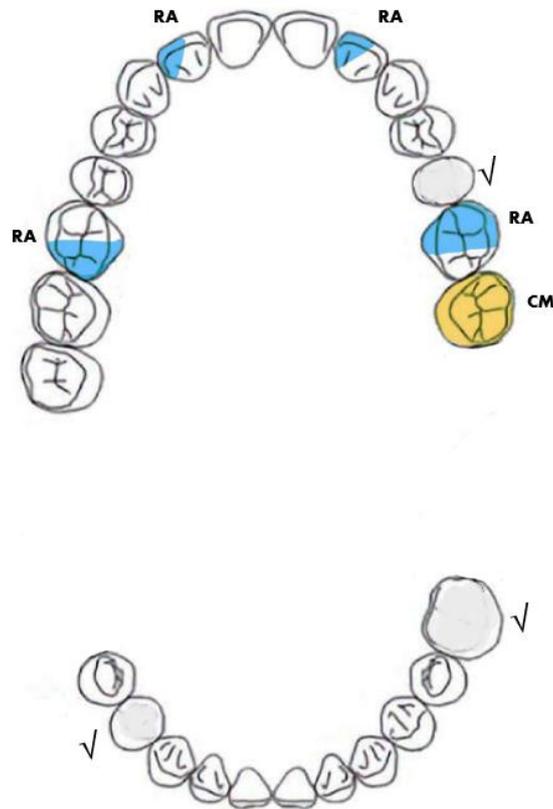


Figure 19 : cas n°5 : schéma dentaire

Examens des dents :

- arcade maxillaire en lyre, arcade mandibulaire probablement elliptique (non visible en intégralité alors difficile à estimer),
- absence au maxillaire de la 28, absence en mandibulaire des 37, 38, 46, 47 et 48,
- les 25, 36 et 44 sont à l'état de racines,
- reconstitutions adhésives sur les 12, 16, 22 et 26 non adéquates (surtout 26 : non anatomique et non étanche),
- la 27 semble être une couronne céramique,
- lésion carieuse visible par transparence en mésial de 17,
- fêlure en lingual de 22,
- linguo-position de 21,
- axes de 11 et 21 non verticaux,
- léger chevauchement des incisives mandibulaires.

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : les centres inter-incisifs ne sont pas alignés : décalage du centre inter-incisif mandibulaire à gauche, occlusion inversée des secteurs latéraux 2 et 3, non-respect des courbes de Wilson,
- dans le sens vertical: le recouvrement antérieur est augmenté, égression de 16, 27 et 35,
- dans le sens sagittal : le surplomb est augmenté, classe 1 canine d'Angle à droite, classe 2 canine d'Angle à gauche, non-respect de la courbe de Spee.

5.4 Examens complémentaires

Radiographie panoramique :



Figure 20 : cas n°5 : radiographie panoramique

- Qualité :

la radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

les structures anatomiques avoisinantes sont visibles (condyles, qui semblent asymétriques dans leur positionnement dans la fosse mandibulaire, canal mandibulaire (avec boucle mentonnière secteur 3), sinus maxillaires (avec radio-opacité en regard de l'apex de 25). Les racines de 16, 17, 26 et 27 sont en rapport étroit avec le sinus maxillaire. Les angles mandibulaires sont marqués (tubérosités massétériques).

- Etat des couronnes :

- des images radio-opaques faisant penser à des restaurations par amalgame ou par résine composite ou CVI sont présentes au niveau de 18, 16, 12 et 26,
- des images radio-opaques font penser à la présence d'une couronne sur la 27,
- une image radio-claire faisant penser à une lésion carieuse en mésial de 17 et 18,
- absence au maxillaire de la 28,
- absence à la mandibule des 37, 38, 46, 47 et 48.

- Etat des racines :

- les 25, 36 et 44 sont à l'état de racines,
- des images de traitements endodontiques sont présents sur la 16, 26, 27, ainsi que sur les dents à l'état de racines, la qualité des traitements endodontiques devra être évaluée précisément à l'aide de radiographies rétro- alvéolaires, cependant ils paraissent de bonne qualité,
- pas d'ancrage radiculaire au niveau de la couronne de 27.

- Tissus péri-apicaux :

Radio-opacités faisant penser à un dépassement du traitement endodontique des 16, 26 et 27.

- Tissus parodontaux :

Il y a une alvéolyse généralisée inférieure à 30%, des radiographies rétro-alvéolaires nous permettront de préciser cela.



La démarche diagnostic de la fracture dentaire (7–9)

Les fractures sont des traumatismes dentaires intrinsèques résultant de contraintes intrabuccales, qu'elles soient directes ou indirectes sans qu'il n'y ait de causes externes. Les fractures peuvent être des fractures longitudinales, incomplètes, complètes. Leurs diagnostics reposent sur une approche clinique et radiologique rigoureuse et plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour l'établir de manière précise :

- le test de sensibilité pulpaire,
- le sondage parodontal,
- la transillumination par fibre optique,
- le test de morsure,
- le test de séparation par effet de coin.



Figure 21 : illustration fracture dentaire (7)



L'analyse occlusale (10–12)

L'analyse occlusale est une étape fondamentale en prothèse, notamment lors des réhabilitations globales. Elle s'intègre dans une démarche clinique structurée, à partir de l'anamnèse, des examens cliniques et complémentaires, et permet un diagnostic précis en vue d'un traitement adapté et pérenne.

L'évaluation occlusale vise à :

- restaurer les fonctions manducatrices (mastication, phonation, déglutition),
- favoriser une bonne coordination musculaire,
- préserver les ATM de surcharges,
- répartir les contraintes de manière harmonieuse sur les dents,
- assurer la stabilité des restaurations et préserver les tissus de soutien.

Elle repose sur une observation clinique, complétée par le montage sur articulateur des modèles d'étude à l'aide de l'arc facial avec une analyse minutieuse de l'alignement et les rapports entre les dents, entre l'arcade maxillaire et mandibulaire, sur les courbes (Spee : sagittal et Wilson : frontal).

Cette analyse permet de contrôler la qualité des guidage, la présence ou l'absence d'interférence occlusale, de vérifier les dents qui sont hors de la courbe et de contrôler la position des dents dans la courbe par rapport à la courbe d'occlusion idéale.

L'analyse occlusale permet ainsi d'assurer la stabilité fonctionnelle et biologique des traitements prothétiques, qu'ils soient provisoires ou définitifs, et constitue un prérequis indispensable à toute réhabilitation occlusale globale.

6. Cas clinique n°6

6.1 Photographies



Figure 22 : cas n°6 : photographies endo-buccales

6.2 Anamnèse

Présentation : A, 13 ans et demi

Motif de consultation : vient pour son contrôle annuel et trouve son sourire disgracieux

Antécédents médico-chirurgicaux : opérations amygdales et végétations en 2014

6.3 Examen clinique

6.3.1 Examen exo-buccal

- Inspection : RAS,
- palpation : RAS.

6.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- Peu de plaque, au niveau des collets,
- pas de tartre visible.

Examen des muqueuses :

- frein labial supérieur en gencive attachée,
- brides et freins atraumatiques.

Examen du parodonte :

- phénotype parodontal épais,
- inflammation au niveau de la 23, liseré érythémateux avec perte du piqueté en peau d'orange, gencive lisse et œdématiée.

Schéma dentaire :



Figure 23 : cas n°6 : schéma dentaire

Examens des dents :

- arcade maxillaire et mandibulaire elliptique,
- présence des 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26 au maxillaire,
- encombrement incisif maxillaire,
- 23 en infra-vestibulo-position,
- 25 en cours d'éruption, présence d'un capuchon muqueux,
- 27 absente : asynchronisme d'éruption,
- présence des 31, 32, 33, 34, 75, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46 à la mandibule,
- persistance de la 75 et absence de 35 (en cas de suspicion d'agénésie, il faudra demander s'il y a des antécédents familiaux d'agénésie),
- absence de 37 et 47 (suspicion de retard d'éruption),

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal :
 - les centres inter-incisifs ne sont pas alignés,
 - le centre inter-incisif maxillaire semble être dévié sur la gauche (23 en infra vestibulo-position et 25 en cours d'éruption)
 - à la mandibule, persistance de 75 donc centre inter-incisif dévié sur la droite,
 - il y a une endo-alvéolie maxillaire au niveau des secteurs latéraux,
- dans le sens vertical:
 - le recouvrement est augmenté, supraclusion incisive à 75%,
 - 23 en infra-vestibulo- position,
 - La face mésiale de la 75 est en infraclusion,
- dans le sens sagittal: classe II molaire droite et gauche, classe II canine droite et gauche, surplomb augmenté.

6.4 Examens complémentaires

Radiographie panoramique :



Figure 24 : cas n°6 : radiographie panoramique

- Qualité :

La radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

Les condyles sont visibles et paraissent symétriques.

Les sinus sont sains et pneumatisés, les angles mandibulaires sont peu marqués et le canal mandibulaire est visible.

Les germes des 4 dents de sagesse sont visibles et sont au stade IV/V de Nolla. Persistance de la 75 et agénésie de la 35.

- Etat des couronnes :

- absence de radio-clartés,
- les germes des 4 dents de sagesse sont visibles et sont au stade IV/V de Nolla,
- persistance de la 75 et agénésie de la 35.

- Etat des racines :

- racine mésiale de la 37 coudée,
- hyperdensité en regard de l'apex de la 45.

7. Cas clinique n°7

7.1 Photographies



Figure 25 : cas n°7 : photographies endo-buccales

7.2 Anamnèse

Présentation : M. K, 56 ans, boulanger

Motif de consultation : douleurs en bas à gauche

Traitement : DENOSUMAB pour ostéoporose depuis 4 ans

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour, brosse à dents manuelle poils medium avec dentifrice du commerce,
- cigarettes arrêtées depuis 3 ans,
- consommation quotidienne d'alcool.

7.3 Examen clinique

7.3.1 Examen exo-buccal

- Inspection : RAS
- palpation : RAS.

7.3.2 Examen endo-buccal

Hygiène bucco-dentaire :

- présence de plaque et tartre généralisée.

Examen des muqueuses :

- gencive œdématiée, lisse, festonnée à la mandibule et perte des festons ai maxillaire,
- brides et freins atraumatiques.

Examen du parodonte :

- phénotype gingival épais,
- ligne muco-gingivale visible,
- récessions gingivales généralisées.

Schéma dentaire :

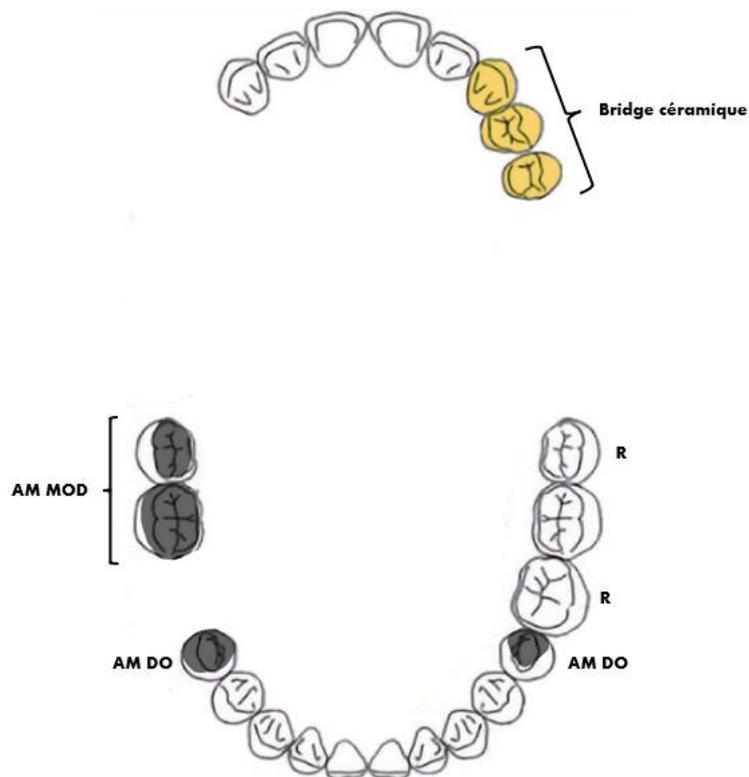


Figure 26 : cas n°7 : schéma dentaire

Examens des dents :

- Arcade elliptique au maxillaire et à la mandibule.
- Absence au maxillaire de la 14, 15, 16, 17, 18, 26, 27 et 28.
- Absence à la mandibule de la 46.
- Usure des incisives maxillaires, nombreuses fêlures, vestibulo-position de 21,
- Usure du bord libre des incisives mandibulaires.
- 23, 24 et 25 : bridge CCM (muqueuse inflammatoire et œdématisée en regard).
- 31, 41 et 42 : attrition au niveau du bord libre.
- 35, 45 et 37 : amalgame occlusal qui semble non étanche.
- 47 et 48 : amalgame volumineux qui semble non étanche.
- 36 : à l'état de racine.

Examen de l'occlusion :

- dans le sens transversal : les centres inter-incisifs ne sont pas alignés, décalage du centre inter-incisif mandibulaire vers la droite,
- dans le sens vertical: le recouvrement antérieur est diminué, il y a une égression de la 45,
- dans le sens sagittal : classe 1 canine d'Angle à droite et classe 3 canine à gauche, les prémolaires maxillaires gauches ne respectent pas la courbe de Spee.

7.4 Examens complémentaires

Radiographie panoramique :

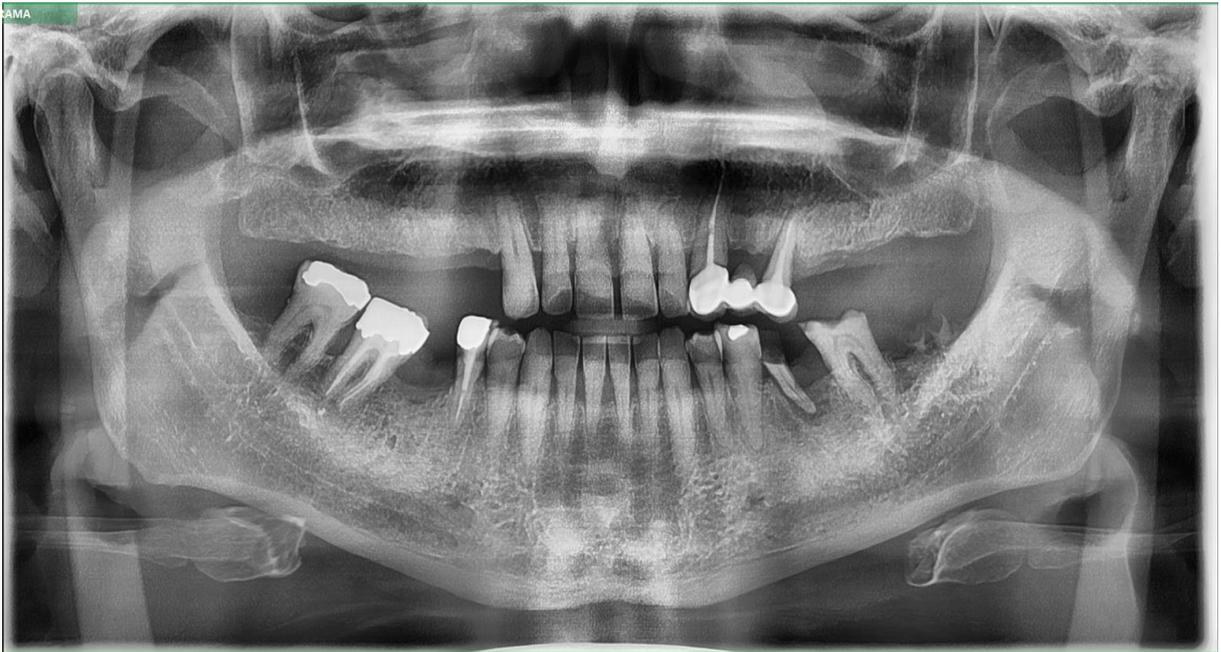


Figure 27 : cas n°7 : radiographie panoramique

- Qualité :

La radiographie est de bonne qualité.

- Structure anatomique avoisinantes :

Les condyles sont visibles et ne sont pas remaniés, les sinus sont flous. On observe le canal mandibulaire, les angles mandibulaires sont bien marqués.

- Etat des couronnes :

- absence au maxillaire de la 14, 15, 16, 17, 18, 26, 27 et 28,
- absence à la mandibule de la 46,
- liseré radio-clair à la jonction dento-prothétique sur 23,

- perte de substance coronaire au niveau de la 37,
- égression des blocs mandibulaires droite et gauche.

- Etat des racines :

- traitements endodontiques sur 23, 25, 45 et 47, leur qualité devra être évaluée par des radiographies rétro-alvéolaires,
- radio-opacités dans les canaux de 23, 45 et 47 correspondant à des tenons,
- 36 et 38 : à l'état de racines.

- Tissus parodontaux :

- alvéolyse généralisée de 50%, plus marquée autour de la racine résiduelle de 36,
- présence de spicules de tartre,
- lésion infra-osseuse en mésial de la 25 et distal de la 21,
- lésion inter-radiculaire sur la 37 et 48,
- la corticale est floue.



La classification de Nolla (13,14)

Le docteur Carmen M. Nolla met en place une méthode d'évaluation de la maturation des dents permanentes. A la suite de ses travaux, il a décrit les 10 stades de développement radiculaire, visibles radiologiquement, permettant d'attribuer à chaque dent un score selon son degré de formation.

Stade de Nolla		
Stade 0	Absence de la crypte	
Stade 1	Présence de la crypte	
Stade 2	Calcification initiale de la couronne	
Stade 3	Un tiers de la couronne est minéralisé	
Stade 4	Deux tiers de la couronne est minéralisés	
Stade 5	La couronne est minéralisée	
Stade 6	Début d'édification radiculaire	
Stade 7	Un tiers de la racine est minéralisé	
Stade 8	Deux tiers de la racine sont minéralisés. La dent fait son éruption	
Stade 9	La racine est édiflée, apex non fermé	
Stade 10	L'extrémité apicale de la racine est achevée, la jonction cémento-dentinaire est en place. La dent est mature.	

Figure 28 : la classification de Nolla (13)



La description du biotype parodontal (1,15,16)

La description et l'analyse du biotype parodontal jouent un rôle important en parodontologie. Elles permettent d'évaluer les caractéristiques morphologiques du parodonte, d'anticiper les réponses tissulaires aux traitements, et d'orienter le diagnostic ainsi que la stratégie thérapeutique. Plusieurs classifications ont été proposées pour caractériser ces biotypes notamment celle de Maynard et Wilson, qui distingue les grands profils morphologiques, et celle de Zweers et al., qui propose une approche récente et objective.

Maynard et Wilson 1980	<ul style="list-style-type: none">• Type 1 : hauteur du tissu kératinisé entre 3 et 5 mm, appréciation d'une épaisseur normale ou idéale à la palpation du procès alvéolaire• Type 2 : hauteur du tissu kératinisé inférieure à 2 mm, appréciation d'une épaisseur normale à la palpation du procès alvéolaire• Type 3 : hauteur du tissu kératinisé entre 3 et 5 mm, appréciation d'une épaisseur fine à la palpation du procès alvéolaire• Type 4 : hauteur du tissu kératinisé inférieure à 2 mm, appréciation d'une épaisseur fine à la palpation du procès alvéolaire
Zweers et al. 2014	<ul style="list-style-type: none">• Fin et festonné• Epais et festonné• Plat et épais

IV. Diagnostics, plan de traitement et pronostics

1. Cas clinique n°1

1.1 Diagnostics

Hypothèses diagnostiques concernant la douleur secteur 1 :

- Parodontite apicale aiguë sur la 16 :
 - test de sensibilité pulpaire négatif, test de percussion axial et latéral positif, test de palpation des tables osseuses positif.
- Pulpite aiguë irréversible sur la 17 : *(cf fiche mémo)*
 - test de sensibilité pulpaire positif douloureux, test de percussion latéral positif.
- Syndrome du septum 16-17 :
 - palpation de la papille interdentaire douloureuse, test de percussion latéral positif.

Autres diagnostics :

- Parodontite apicale chronique sur 36,
- parodontite,
- lésion carieuse site II stade I sur 11. *(Cf fiche mémo)*.



La classification de Wolters et Duncan (17,18)

Les avancées récentes dans la compréhension des mécanismes inflammatoires ont remis en question la vision traditionnelle binaire opposant pulpite réversible et irréversible.

En effet, des études ont montré que du tissu pulpaire viable peut subsister même dans des cas qualifiés d'irréversibles, ce qui permettrait de préserver les fonctions essentielles de la pulpe (physiologiques, proprioceptives et défensives).

En réponse à ces nouvelles données, Wolters et Duncan ont proposé en 2017 une nouvelle classification clinique de l'inflammation pulpaire, intégrant la capacité de régénération tissulaire à chaque stade inflammatoire.

Ainsi, les traitements conservateurs apparaissent comme des options thérapeutiques plus indiquées que la biopulpectomie, en raison de leur cohérence avec un diagnostic plus précis et respectueux de la vitalité pulpaire.

Classification de l'état inflammatoire pulpaire	
Stade	Signes cliniques
Initial	Réponse accrue mais non persistante au froid, sans douleur à la percussion ni de douleurs spontanées
Modéré	Réponse accrue au froid, chaud et sucrée, persistant pendant 20 secondes puis qui disparaît. La percussion peut être positive et il n'y a pas de douleurs spontanées
Intermédiaire	Réaction forte au froid, prolongée pendant plusieurs minutes, avec une percussion positive et une douleur sourde spontanée
Sévère	Douleur spontanée aiguë, exacerbée par le froid ou le chaud. La douleur est augmentée en position allongée et la percussion est très sensible



La classification SiSta (19,20)

Classification SiSta

MADEL

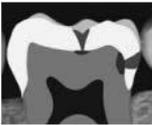
Stade	Site		
	1 : Occlusal	2 : Proximal	3 : Cervical
0		Lésion initiale superficielle active, sans cavitation	
1		Lésion active débutante : opacité, coloration de l'émail, microcavitation Atteinte dentinaire 1/3 externe	
2		Lésion active étendue modérée, cavitaire Atteinte dentinaire 1/3 médian Perte du point de contact	Lésion cavitaire limitée à une face
3		Lésion active étendue, cavitaire Atteinte dentinaire 1/3 interne Perte du point de contact Fragilisation des cuspides/angle incisif	Lésion cavitaire étendue aux faces proximales
4		Lésion cavitaire extensive et parapulpaire avec destruction des cuspides/angle incisif	Lésion cavitaire entourant le collet

Figure 29 : la classification SiSta

L'ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) et le SiSta (Site-Specific Tooth Assessment) sont deux classifications utilisées pour l'évaluation des lésions carieuses, mais elles diffèrent par leur méthode de diagnostic.

L'ICDAS repose sur un examen visuel et clinique des surfaces dentaires, permettant de classer les lésions carieuses selon leur sévérité, de l'émail intact aux cavitations avancées.

En revanche, la classification SISTA est un système d'évaluation basé sur l'imagerie radiographique, permettant d'analyser les lésions sous-jacentes non visibles à l'œil nu, notamment les atteintes dentinaires précoces et les lésions interproximales.

1.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de l'anamnèse :

- apnée du sommeil : interroger le patient sur son traitement, le traitement peut entraîner un inconfort quotidien, une sécheresse buccale et la migration dentaire (*cf fiche mémo*),
- dépression : elle peut avoir un impact sur le degré de motivation du patient, par ailleurs elle est traitée par Paroxétine, ce qui entraîne un risque de hyposialie,
- asthme : il est traité par Flixotide, qui est le traitement de fond de son asthme, et qui peut entraîner une sécheresse buccale. Il faudra interroger le patient sur la fréquence des crises et le cas échéant vérifier s'il a sa Ventoline avec lui.

Habitudes de vie :

- brossage une fois par jour : faire préciser quel moment de la journée et motiver à un brossage bi-quotidien,
- 10 cigarettes par jour depuis 10 ans (correspondant à 5 UPA) : c'est un facteur de risque de la maladie parodontale,
- brosse à dents manuelle poils souples avec dentifrice du commerce : il faut vérifier la qualité et la concentration en fluor du dentifrice et questionner sur le brossage inter-dentaire. Il faudra dans tous les cas revoir la technique de brossage du fait de la présence abondante de plaque.

Analyse de la situation:

Il est important de noter que le motif de consultation du patient est une douleur non soulagée aux antalgiques au niveau du secteur 1. Il faut traiter d'abord l'urgence puis commencer le traitement parodontal initial non chirurgical et s'occuper des soins des lésions carieuses. Il faudra également refaire les prothèses mal adaptées, notamment la CCM de la 16 qui présente un bourgeonnement gingival et une lésion de la muqueuse en regard de celle-ci.

Plan de traitement :

1) Réponse au motif de consultation :

- prescription d'Amoxicilline 2g/jour pendant 1 semaine, prescription d'antalgiques et de Chlorhexidine 0,12% (si hypothèse diagnostique parodontite apicale aiguë sur 16).

2) Parodontologie :

- traitement parodontal initial non chirurgical : réaliser un bilan parodontal, des séances thérapeutiques et une réévaluation parodontale.

3) DRE :

- vérifier l'étanchéité des restaurations par amalgame, soin de la 11, réfection de la restauration adhésive sur 21.,

- RTE 16 après dépose de la couronne et de la RCR,

- surveillance de la 36 ou dépose, RTE et réfection de la couronne en fonction de la motivation du patient.

4) Prothèses :

- confection de la couronne sur 16.



L'apnée du sommeil, son traitement et ses effets

indésirables bucco-dentaires (21,22)

L'apnée du sommeil est un trouble caractérisé par des interruptions répétées de la respiration pendant le sommeil, souvent dues à une obstruction des voies aériennes supérieures. Les symptômes incluent des ronflements, une somnolence diurne, des pauses respiratoires observées par l'entourage et des réveils fréquents avec sensation d'étouffement.

Le traitement de référence est la Pression Positive Continue (PPC), qui maintient les voies aériennes ouvertes en insufflant de l'air sous pression via un masque nasal ou facial. Une alternative est l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), un dispositif amovible qui avance la mâchoire inférieure pour élargir les voies respiratoires. L'OAM est particulièrement indiquée en cas d'intolérance à la PPC.

Effets indésirables bucco-dentaires :

- **Sécheresse buccale** : L'utilisation de la PPC peut entraîner une sécheresse de la bouche, surtout si le patient respire par la bouche pendant le sommeil. L'ajout d'un humidificateur chauffant à l'appareil peut atténuer ce symptôme
- **Inconfort dentaire et musculaire** : Le port de l'OAM peut provoquer des douleurs dentaires ou des tensions musculaires. Une adaptation progressive et un suivi régulier par le dentiste sont essentiels pour minimiser ces effets.
- **Migration dentaire** : le port d'une orthèse de l'OAM pour traiter l'apnée du sommeil peut entraîner des migrations dentaires et des modifications de l'occlusion à cause de la pression exercée sur les dents et les structures parodontales lors de l'avancée de la mandibule.

2. Cas clinique n°2

2.1 Diagnostics

- Parodontite généralisée,
- parodontite apicale chronique sur 45,
- lésions carieuses 46 et 16,
- édentement classe 2 modification 1 mandibulaire.

2.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de l'anamnèse :

- sans emploi : peut-être un frein financier pour les soins hors RAC 0,
- hypertension artérielle : est-elle stabilisée ?
- Aspirine : quelle posologie ? Risque hémorragique présent,
- allaitante : attention aux prescriptions médicamenteuses (*cf fiche mémo*),
- allergique au latex : usage de gants et digues sans latex.

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour : faire préciser à quel moment de la journée,
- brosse à dents manuelle poils souples avec dentifrice du commerce : vérifier la qualité et la concentration en fluor. Il faut questionner sur le brossage inter-dentaire, revoir la technique de brossage et s'assurer de l'absence d'un brossage traumatique,
- usage quotidien du bain de bouche : faire préciser lequel en vérifiant qu'il est bien destiné à un usage quotidien.

Analyse de la situation:

Le motif de consultation est une réhabilitation prothétique globale. Cependant, il est nécessaire d'abord de traiter les foyers infectieux bucco-dentaires dans un premier temps (la parodontite, et de faire les restaurations sur la 13, 16 et 46.

Le plan de traitement idéal, global et raisonné sera établi en fonction des possibilités de la patiente qui sera avertie de l'incidence des compromis qui pourraient être effectués.

- Plan de traitement :

Plan de traitement idéal :

1) Parodontologie :

- Bilan et traitement parodontal initial non chirurgical (amélioration du contrôle de plaque, assainissement supra et sous gingival puis réévaluation et en cas de maladie contrôlée, maintenance tout au long de la vie).

2) DRE :

- Vérifier la vitalité de la 16 et 17 (rapport avec image sinusienne ?)
- Soins des 13, 16 et 46 (pose de provisoire sur la 46),
- surveillance de la 45.

3) En cours de maintenance parodontale, ODF : objectifs et traitement : réaménager les courbes et les espaces (dont 45/46), l'avulsion de la 45 pourrait être envisagée au cours du traitement ODF.

4) Pose d'implant 47

Plan de traitement raisonné :

1) Parodontologie :

- Bilan et traitement parodontal initial non chirurgical (amélioration du contrôle de plaque, assainissement supra et sous gingival puis réévaluation et en cas de maladie contrôlée, maintenance tout au long de la vie).

2) DRE :

- Vérifier la vitalité de la 16 et 17 (rapport avec image sinusienne ?)
- Soins des 13, 16 et 46 (pose de provisoire sur la 46),
- surveillance de la 45.

3) Prothèses :

- Réalisation de modèles d'étude, analyse occlusale et rectification de 17 égressée,
- prothèse amovible mandibulaire : la non-conservation de la 45 pourrait être envisagée car le point de contact 45/46 ne pourra pas être restauré et le risque de carie secondaire par défaut de contrôle de plaque est élevé,
- une prothèse amovible de transition pendant le traitement parodontal et la cicatrisation du site de 45 peut être une possibilité thérapeutique.



Prise en charge dentaire de la femme allaitante (23,24)

Une femme allaitante peut bénéficier de tous les soins dentaires, qu'ils soient chirurgicaux, conservateurs, prothétiques ou esthétiques. Pour l'anesthésie dentaire, la molécule de choix est l'articaine, reconnue comme sûre pour la mère et l'enfant. Toutefois, des précautions doivent être prises lors de la prescription médicamenteuse. Il est indispensable de vérifier la compatibilité des médicaments avec l'allaitement. Certains médicaments sont à éviter : la clindamycine, l'aciclovir et le fluconazole sont contre-indiqués, tandis que la codéine est fortement déconseillée. Ces précautions permettent de garantir une prise en charge sécurisée pour la mère et son nourrisson.

3. Cas clinique n°3

3.1 Diagnostics

- Parodontite,
- édentement classe 1 modification 2 au maxillaire,
- édentement classe 2 modification 1 à la mandibule,
- classe III ou IV (12-22) de Cawood et Howell au maxillaire et mandibulaire.

3.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de l'anamnèse :

- Bisoprolol = β bloquant : limiter les vasoconstricteurs
- Dilitiazem = inhibiteur calcique
- Lévothyroxine sodique = pour l'hypothyroïdie
- Glicazide = anti diabétique, le patient ne l'a pas stipulé dans le questionnaire médical, il faut l'interroger sur ce point

Habitudes de vie :

- brossage 2 fois par jour : faire préciser à quel moment de la journée,
- brosse à dents manuelle brins médium avec dentifrice du commerce : conseiller une brosse à dents à brins souples, vérifier la concentration en fluor du dentifrice, questionner sur le brossage interdentaire,
- sodas quotidiennement : orienter vers la diminution de la consommation, préconiser la consommation lors des repas, faire un rinçage avec un verre d'eau après la consommation de soda,
- tabac : arrêt depuis 30 ans : combien de temps a-t-il fumé, quelle quantité, calcul de l'UPA.

- Plan de traitement :

Il faut informer le patient quant aux hyperdensités découvertes à la radiographie panoramique qui pourraient être localisées dans les glandes submandibulaires. Il faut également questionner sur d'éventuelles douleurs juste avant ou au début des repas, vérifier que la palpation n'est pas douloureuse dans la région. S'il y a des symptômes, il faut informer le médecin traitant qui l'orientera vers l'ORL.

1) Enseignement au contrôle de la plaque dentaire (durée, méthode, matériels)

2) Analyse occlusale sur articulateur, évaluation de la DV clinique, réalisation de modèles d'étude

3) Evaluation de la valeur résiduelle des dents supports de la future PA : 48, 44 et toutes les dents maxillaires

4) Traitement parodontal non chirurgical si conservation des dents, alors passer par une étape de provisoires (couronnes, PAP) le temps de la stabilisation de la parodontite

5) En fonction des capacités financières et de la disponibilité du patient pour des rendez-vous, le plan de traitement peut aller :

– de nouvelles couronnes sur les dents couronnées, de couronnes sur les incisives centrales maxillaires dont il faudra contrôler la vitalité, de restaurations adhésives sur le bloc incisivo-canin mandibulaire, ainsi que la pose d'implants dans les secteurs édentés. Suivi parodontal/maintenance parodontale et péri-implantaire en parallèle.

– en fonction du nombre et de la répartition des dents résiduelles maxillaires, le traitement pourrait s'orienter vers une PAC maxillaire, et une PAP mandibulaire. Suivi parodontal/maintenance parodontale en parallèle pour les dents restantes.

4. Cas clinique n°4

4.1 Diagnostics

- Parodontite,
- 17 : parodontite apicale chronique :
 - o test de sensibilité pulpaire négatif, test de percussion axial et latéral positif.
- 38 : lésion endo-parodontale (*cf fiche mémo*),
- édentement classe 3 au maxillaire et classe 3 modification 1 à la mandibule selon Kennedy.

4.2 Analyse de la situation et plan de traitement

- Perte de la couronne :

Comment et quand la couronne est-elle tombée ? Quand a-t-elle été posée ? Depuis comment de temps les douleurs sont apparues ? Ces éléments sont importants à prendre en compte pour considérer le degré d'urgence de la demande du patient.

- Douleur :

Il faudra impérativement demander des informations au patient quant à ses douleurs.



Questions clés pour caractériser la douleur (25)

La douleur est un motif fréquent de consultation en odontologie. Elle joue un rôle d'alerte essentiel pour le patient et fournit au praticien des éléments précieux pour poser un diagnostic. Une anamnèse ciblée permet de mieux comprendre cette douleur. Voici les 9 questions clés qui permettront au patient de la caractériser le plus précisément possible :

- historique de la douleur (depuis combien de temps),
- intensité de la douleur (échelle numérique, échelle visuelle analogique),
- caractère de la douleur (pulsatile, tiraillement, décharge électrique...),
- localisation (précise ou non),
- fréquence d'apparition,
- décours temporel (repas, nuit ...),
- facteurs déclenchants (froid, chaud, mastication ...),
- facteurs soulageants (repos, antalgiques ...),
- symptômes associés (larmoiement, rougeur, engourdissement...)

- Habitudes de vie :

Combien de temps dure le brossage des dents ? Avant ou après le repas matin/midi/soir ? Quel est le type de brosse à dent électrique ? Quel type de dentifrice, est ce qu'il y a un taux de fluor correcte? Est-ce que qu'il y a un brossage interdentaire ? Est-ce que le café est consommé avec du sucre ?

- Plan de traitement immédiat :

1) Réponse au motif de consultation :

11 : couronne provisoire à tenon avec dent en coiffe préformée 38 :

avulsion dans la séance si accord du patient.

- Plan de traitement différé :

1. Nettoyage parodontal en supra-gingival.

- Empreintes + modèles d'études pour faire l'analyse occlusale (on regarde l'espace prothétique disponible, évaluation des dents conservables ou non, revoir les courbes occlusales).

- Confection de la prothèse amovible mandibulaire transitoire.

2. Dépose et pose de couronne transitoire 17 + préparation pour overlay et pose d'overlay provisoires sur 25, 26.

3. Avulsion 47 et 48 ou mise à ras pour copping au niveau de la prothèse mandibulaire et rebasage de celle-ci.



Le diagnostic et le traitement de la lésion endo-parodontale (26,27)

Les lésions endo-parodontales (LEP) sont des infections inflammatoires affectant simultanément la pulpe dentaire et le parodonte. Elles peuvent avoir une origine purement endodontique, purement parodontale, ou mixte, rendant leur diagnostic complexe. La contamination peut se faire par des voies naturelles, comme les foramens apicaux ou les canaux accessoires, ou par des facteurs iatrogènes tels que les fractures radiculaires ou les perforations lors de traitements. L'infection peut se manifester par un abcès, de la douleur, ou une mobilité dentaire accrue, rendant nécessaire une prise en charge rapide et appropriée.

Le diagnostic des LEP repose sur un ensemble d'examens cliniques et radiologiques. Il commence par une anamnèse détaillée, où le praticien interroge le patient sur son historique médical, ses traitements dentaires antérieurs, et les symptômes actuels. Un examen clinique approfondi permet d'évaluer l'état de la pulpe et du parodonte, en pratiquant des tests de vitalité pulpaire et un sondage parodontal. Une radiographie rétro-alvéolaire, complétée par un CBCT si nécessaire, est essentielle pour évaluer la perte osseuse et la communication entre les tissus affectés. Il est important de différencier les lésions endodontiques et parodontales pures, et de prendre en compte des facteurs comme les fractures radiculaires verticales, qui peuvent compliquer le diagnostic. Une évaluation complète du défaut osseux est cruciale pour choisir le traitement adapté, qu'il soit conservateur ou chirurgical.

Le traitement des LEP doit être adapté en fonction de l'origine et de l'étendue des lésions. En cas de lésion endodontique, un traitement endodontique est réalisé pour désinfecter le système canalaire. Le surfaçage radiculaire est essentiel pour éviter une réinfection afin d'éliminer les dépôts bactériens sur les surfaces radiculaires. En parallèle, des traitements parodontaux non chirurgicaux, des traitements chirurgicaux peuvent être nécessaires en fonction de l'état des poches parodontales et de la cicatrisation.

5. Cas clinique n°5

5.1 Diagnostics

- Luxation discale réductible ATM gauche : il existe une désunion du complexe condylo-discal (luxation discale) bouche fermée et une réunion (luxation discale réductible) à gauche lors du mouvement d'ouverture,
- parodontite,
- 17, 18 : lésions carieuses site II stade II,
- édentement classe 1 modification 1 de Kennedy à la mandibule, classe 3 de Kennedy au maxillaire,
- classe de Cawood et Howell non objectivable.

5.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Le claquement à gauche signe la présence d'une luxation discale. Le patient n'a pas de douleur. Il ne nécessite donc pas de prise en charge. Néanmoins, puisque le patient vient pour une réhabilitation prothétique, on ne peut pas considérer que ses ATM soient saines.

- Plan de traitement :

- 1) Chirurgie : avulsion des dents à l'état de racines : 25, 36, 44
- 2) Parodontologie : bilan et traitement parodontal initial non chirurgical (amélioration du contrôle de plaque, assainissement supra et sous gingival puis réévaluation et en cas de maladie contrôlée, maintenance tout au long de la vie).
- 3) DRE : soin 17 pendant le traitement parodontal.
- 4) Prothèse : réalisation de modèles d'étude, analyse occlusale sur articulateur, prothèse amovible mandibulaire transitoire pendant le traitement parodontal.

- Problématiques :

- Remplacer les dents dans les courbes d'occlusion : conservation de 18 ? Rectification nécessaire de 17 (couronne), 27 (cf ci-dessous) et 35 (overlay).

- Comment remplacer la 25 ? bridge cantilever 27-26-25 parait être une solution intéressante, qui permet à la fois de redonner forme à 26 et de replacer 27 dans les courbes d'occlusion. Sinon : implant unitaire 25.
- Quelle position maxillo-mandibulaire ? Les ATM ne sont pas saines et les angles mandibulaires sont marqués, rétablir un calage postérieur redonnera une force masticatoire au patient.



Réhabilitation implanto-portée en présence d'une DTM

(28)

Si une prothèse implanto-portée est envisagée à la mandibule, le diagnostic et le traitement occlusaux (possibilité de décompression sur la PA transitoire) seront des étapes nécessaires pour reconstruire l'occlusion dans une position mandibulaire thérapeutique, où les ATM seront assainies. Si cette étape n'est pas réalisée et que le DTM du patient devient symptomatique suite à la pose des implants et des couronnes supra-implantaires, la prise en charge imposera dans certains cas la réfection des prothèses implanto-portées récemment posées.

- 5) Suite au contrôle de la maladie parodontale, confection de la prothèse amovible mandibulaire définitive et/ou de toute autre réhabilitation prothétique définitive/implantaire envisagée.

6. Cas clinique n°6

6.1 Diagnostics

- Agénésie 35 et probable ankylose de 75 (à confirmer par le test de percussion et la présence de cas échéant d'un bruit métallique).
- classe II d'Angle canine et molaire à droite et à gauche,
- encombrement antérieur -> suspicion de dysharmonie dents-arcade.

6.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de l'anamnèse :

- Chez ce patient ayant déjà bénéficié d'une amygdalectomie, la recherche systématique de signes de ventilation buccale dans le cadre du diagnostic ODF est essentielle, afin de dépister d'éventuelles dysfonctions persistantes et ainsi orienter la prise en charge des para-fonctions.
- Le contrôle annuel : *cf fiche mémo.*

Plan de traitement :

1) Prophylaxie/OHM

2) Le plan de traitement ODF se fera selon le potentiel de croissance de la patiente :

Option 1 :

Elargissement du maxillaire pour mettre en place la 23 et éventuellement garder les dents de sagesse. A la mandibule, on garde la 75 le plus longtemps possible. On informe la patiente qu'il faudra à terme la remplacer prothétiquement.

Option 2 :

Avulsion de la 75.

La patiente est hyper-divergente, il y a de l'encombrement et une classe II molaire et canine bilatérale. Dans ce cas, on va extraire des prémolaires. On retire les 4 en haut et les 5 en bas pour corriger la classe II pour ensuite espérer mettre les 8 sur arcade. Bien que l'agénésie soit unilatérale, on recherche une occlusion de fin de traitement symétrique avec correspondance des centres inter-incisifs.



Le dispositif M'T Dents (29)

Le dispositif « M'T dents » est un programme national de prévention bucco-dentaire dirigé par l'Assurance Maladie, visant à renforcer le suivi odontologique précoce et régulier des enfants et des jeunes adultes âgés de 3 à 24 ans. Il s'inscrit dans une logique de santé publique, avec pour objectif de réduire la prévalence des affections carieuses et parodontales dans cette population.

Le dispositif M'T dents vise à encourager un suivi annuel pour dépister précocement les maladies bucco-dentaires, tout en promouvant l'hygiène orale et en garantissant un accès équitable aux soins grâce à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Le dispositif propose un examen bucco-dentaire gratuit chaque année (EBD), accessible sans avance de frais

L'EBD comprend l'évaluation de l'état dentaire, parodontal et occlusal, des conseils d'hygiène bucco-dentaire et l'établissement si nécessaire, d'un plan de traitement.

Les soins consécutifs à cet EBD sont également pris en charge à 100 %, s'ils sont réalisés dans un délai de 6 mois suivant le début du traitement.



Figure 30 : M'T Dents (29)

7. Cas clinique n°7

7.1 Diagnostics

- Edentement Classe 1 de Kennedy au maxillaire et classe 3 modification 1 au mandibulaire,
- crêtes édentées : classe 3 au maxillaire de Cawood et Howell et classe 6 à la mandibule de Cawood et Howell,
- LIR : 48 et 37,
- LIO : 37, 25 et 21,
- 36 : Parodontite apicale aiguë :
 - test de sensibilité pulpaire négatif, test de percussion axial et latéral positif, test de palpation des tables osseuses positif.
- Maladie parodontale stade 4 grade C :
 - (*alvéolyse/ âge >1 donc grade C*)
 - (*migration secondaire de la 21 / réhabilitation complexe / pas de guidage antérieur / pas de calage postérieur, moins de 10 paires de dents en occlusion = stade 4*)

7.2 Analyse de la situation et plan de traitement

Analyse de l'anamnèse :

- Hygiène bucco-dentaire: conseiller de passer à une brosse à dent poils souple et demander plus d'informations sur le dentifrice : fluor? , moment des brossages matin et soir ? Après les repas ? brossage interdentaire ?
- Motif de consultation : caractérisation de la douleur : type, intensité, fréquence, circonstances d'apparition, prise d'antalgique et leur efficacité , facteurs aggravants ou soulageant, depuis combien de temps,
- cigarettes: nombre de paquets/année,
- Denosumab = inhibiteur de la résorption osseuse, anti-corps monoclonal, utilisé ici dans le cadre de l'ostéoporose (voie orale, faible dose),
risques :
 - Ostéochimionécrose qui augmente avec la durée du traitement,
 - Infectieux : antibioprophylaxie jusqu'à fermeture muqueuse,
 - Anesthésique : limiter l'anesthésie intra-ligamentaire et les vasoconstricteurs.

- Quantité d'alcool ? depuis quand ? alcoolisme = risque hémorragique.

Plan de traitement immédiat :

- 1) Motif de consultation : 36 avulsion +/- avulsion racine 38 sous antibioprofylaxie.

Plan de traitement différé :

- 1) Parodontologie :

- Traitement parodontal initial non chirurgical : réaliser un bilan parodontal, des séances thérapeutiques et une réévaluation parodontale.

- 2) Chirurgie : avulsion 48

- 3) DRE : refaire les restaurations non jointives et inadéquates après réalisation des examens radiographiques rétro-coronaires.

- 4) Prothèses :

- analyse occlusale, évaluation de la dimension verticale clinique, réalisation de modèles d'étude montés sur articulateur à la bonne dimension verticale,
- réalisation de prothèses amovibles 36, 37 et 46 et 47 (avec avulsion de 48) (contre-indication aux implants et possible manque de coopération et risque d'ostéoradionécrose),
- réalisation de prothèse amovible maxillaire : 14, 15, 16, 17, 26 et 27,
- concernant le bridge 23-25 : si prothèse amovible envisagée au maxillaire, après dépose du bridge, mettre la 24 sur la prothèse amovible de façon à la stabiliser et à ne pas trop solliciter la 25 qui pourrait bénéficier d'un attachement si la hauteur occlusale le permet.

V. Conclusion

Cette thèse a pour vocation d'accompagner les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année en chirurgie dentaire dans leur préparation à l'épreuve du CSCT. Elle vise à leur proposer une méthode de réflexion structurée, allant du général au spécifique, adaptable à une grande diversité de situations cliniques. Les cas cliniques présentés n'ont pas la prétention d'être exhaustifs, mais offrent un échantillon représentatif permettant de s'exercer pour l'examen. Ils viennent ainsi compléter les connaissances théoriques et pratiques acquises au fil des années universitaires et de la formation clinique en clinique.

Présentés lors de plusieurs Enseignements Dirigés, ces cas ont permis d'encourager l'échange entre étudiants et enseignants, tout en mettant en lumière certains rappels de cours qui ont pu poser difficulté. Ces rappels permettront à l'étudiant de réactiver les acquis de la formation ou d'inciter à revisiter les contenus enseignés à la faculté.

Ce travail ne se substitue ni à l'expérience clinique ni à l'encadrement des professionnels, mais s'inscrit comme un outil complémentaire de révision, susceptible d'être enrichi et renouvelé dans les années à venir pour s'adapter à l'évolution constante des connaissances et des pratiques.

VI. Références bibliographiques

1. Colombier M-L, Huck O, Sylvie J et al. Référentiel internat en parodontologie. Paris, France : Information Dent ; 2022. 202 p.
2. Wolf HF, Rateitschak KH, Rateitschak-Plüss EM. Parodontologie 3. Stuttgart, Allemagne : Thieme ; 2004. 532 p.
3. Boileau MJ. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte: Tome 1: principes et moyens thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson ; 2011. 263 p.
4. Horner K, Rushton V. The Use of Panoramic Radiography Prior to Oral Surgery. Prim Dent J. 2018;7(3):28-9.
5. Autorité de sûreté nucléaire. Principales indications des radiographies panoramiques. [En ligne]. 2021 [25 mars 2025]. <https://www.asn.fr/information/archives-des-actualites/principales-indications-des-radiographies-panoramiques>
6. Benavides E, Krecioch JR, Connolly RT, Allareddy T, Buchanan A, Spelic D, et al. Optimizing radiation safety in dentistry. J Am Dent Assoc. 2024;155(4):280-293.e4.
7. Dominique M. Endodontie – Savoir détecter les fêlures et les fractures verticales. Société Odontologique de Paris. 2008;1:7
8. Simon S, Machtou P, Pertot WJ et al. Endodontie. 2e éd. Puteaux, France : Éditions CdP ; 2020. 724 p.
9. Naulin-Ifi C. Traumatismes dentaires: du diagnostic au traitement. Rueil-Malmaison: Éd. CdP ; 2005. 165 p.
10. Schittly J, Schittly E, Duminil G, Millet P, Svoboda JM. Prothèse amovible partielle: clinique et laboratoire. 3e éd. Puteaux, France : Éditions CdP ; 2020. 347 p.
11. Dupas PH. L'analyse occlusale: avant, pendant, après. Rueil-Malmaison, France : Éd. CdP ; 2004. 204 p.
12. Dupas PH. La réflexion prothétique. Puteaux, France : Éditions CdP ; 2022. 144 p.
13. Infante T. Perte prématurée d'une incisive centrale maxillaire permanente : gestion à court, moyen et long terme [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université de Aix Marseille ; 2019
14. Kolb C. Détermination de l'âge dentaire des enfants et adolescents : intérêt judiciaire et méthodes. [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg ; 2019.
15. Neponoceno D, Heurtebise JM, Leforestier E. Prise en charge d'un secteur incisif mandibulaire mobile. Information Dentaire. 2024;(9):7.

16. Bos N. L'influence du biotype gingival sur les chirurgies implantaires. [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université de Aix Marseille ; 2018.
17. Fejoz G. Gestion de la pulpite irréversible sur dent permanente mature. Information Dentaire. 2024;1:9.
18. Brion G. L'usage de la pulpotomie complète en traitement d'urgence de la pulpite irréversible : élaboration d'un protocole d'étude clinique. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université de Lyon; 2024.
19. Doméjean S, Drancourt N, Perrin A, Voute A, Muller-Bolla M. Évolution des classifications et des guides thérapeutiques. Information Dentaire. 2018;(20).
20. Zunzarren R. Guide Clinique D'odontologie: 3^e éd. Paris, France : Elsevier Masson, 2019. 376 p.
21. Tison C. Traitement des apnées du sommeil (et des ronflements) par orthèse d'avancée mandibulaire. Paris, France : Cdp; 2015. 234 p.
22. Vecchierini MF, Launois-Rollinat S. Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte : quel traitement, pour quel patient ? Information Dentaire. 2025;5/6:5.
23. Scully C. Risques médicaux en odontologie: évaluation, conduites à tenir et prise en charge. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 2018. 488 p.
24. Le Drast E, Fouillen KJ, d'Arbonne F. Sensibiliser et conseiller – La femme enceinte à la santé orale. Information Dentaire. 2025;(1):6.
25. Grémeau Richard C, Dallel R, Melin C. La douleur guide le diagnostic : le DECISATA questionnaire. Réalités Cliniques. 2021;32(1):6.
26. Verner C. Les traitements parodontaux des lésions endo-parodontales. Information Dentaire. 2024;(21):14.
27. Gaudin A. Le point de vue de l'endodontiste dans le diagnostic et le plan de traitement des lésions endo-parodontales. Information Dentaire. 2024;(21):10.
28. Savignat M, Cotelle M, Béhin P. Dépistage d'une dysfonction temporo-mandibulaire avant réhabilitation implanto-portée chez l'édenté en secteur postérieur. Information Dentaire. 2021;(17/18):12.
29. Assurance Maladie. Ameli. M'T dents tous les ans ! [En ligne]. 2025 [4 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>

VII. Table des illustrations

Figure 1 : cas n°1 : photographies endo-buccales	19
Figure 2 : cas n°1 : schéma dentaire	21
Figure 3 : cas n°1 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 16.....	22
Figure 4 : cas n°1 : radiographie panoramique	23
Figure 5 : les tissus parodontaux.....	25
Figure 6 : cas n°2 : photographies endo-buccales	26
Figure 7 : cas n°2 : schéma dentaire	28
Figure 8 : cas n°2 : radiographie panoramique	29
Figure 9 : cas n°3 : photographies endo-buccales	31
Figure 10 : cas n°3 : schéma dentaire	33
Figure 11 : arcade dentaire.....	34
Figure 12 : cas n°3 : radiographie panoramique.....	35
Figure 13 : cas n°4 : photographies endo-buccales	38
Figure 14 : cas n°4 : schéma dentaire	40
Figure 15 : cas n°4 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 12.....	41
Figure 16 : cas n°4 : radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 38.....	42
Figure 17 : cas n°4 : radiographie panoramique.....	43
Figure 18 : cas n°5 : photographies endo-buccales	45
Figure 19 : cas n°5 : schéma dentaire	47
Figure 20 : cas n°5 : radiographie panoramique.....	48
Figure 21 : illustration fracture dentaire.....	50
Figure 22 : cas n°6 : photographies endo-buccales.....	52
Figure 23 : cas n°6 : schéma dentaire.....	54
Figure 24 : cas n°6 : radiographie panoramique.....	55
Figure 25 : cas n°7 : photographies endo-buccales.....	57
Figure 26 : cas n°7 : schéma dentaire.....	59
Figure 27 : cas n°7 : radiographie panoramique.....	60
Figure 28 : la classification de Nolla.....	62
Figure 29 : la classification SiSta.....	66
Figure 30 : M'T dents.....	80

VIII. Annexe



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION DES CLICHES PHOTOGRAPHIQUES ET RADIOLOGIQUES

Je, soussigné(e) _____ né(e) le __/__/____, autorise M.IQBAL Zahid étudiant en chirurgie dentaire à l'université de Lille, à utiliser mes clichés photographiques et radiologiques dans le cadre de son travail de thèse en chirurgie dentaire.

Je renonce à toute restriction de mon droit à l'image concernant l'utilisation de ces clichés.
Je comprends que je ne recevrai aucune rémunération pour l'utilisation de mes images.

Toutes les informations personnelles permettant de m'identifier seront anonymisées.

En signant ce formulaire, je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et que j'accepte librement de participer.

Date et signature :

Annexe 1 : formulaire de consentement

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2025

Préparation à l'épreuve du CSCT : Synthèse de cas cliniques à visée pédagogique
/ **Zahid IQBAL** - p. 80 : ill. ; réf. .

Domaines : Enseignement, sémiologie

Mots clés Libres : CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), Pédagogie

Résumé de la thèse en français

À l'issue de leur cinquième année d'études, les étudiants en chirurgie dentaire doivent se présenter au Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT), un examen essentiel leur permettant d'accéder à l'exercice en cabinet libéral dès la sixième année. Cette évaluation comprend une épreuve écrite ainsi qu'un oral sous forme d'ECOS (Examen Clinique à Objectif Standardisé). L'objectif principal du CSCT est d'apprécier la capacité de l'étudiant à prendre en charge un patient, à mener un examen clinique rigoureux, à poser un diagnostic et à élaborer un plan de traitement cohérent.

Cette thèse a pour but de soutenir les étudiants dans leur préparation, en leur proposant une série de cas cliniques inspirés des premières consultations réalisées durant l'année universitaire 2024-2025. Elle se compose de trois parties : la première détaille les matériaux et méthodes ayant permis l'élaboration de ce travail, la deuxième présente les cas cliniques sélectionnés, enfin, la troisième propose, pour chacun, une analyse diagnostique, une interprétation de la situation et les grandes lignes d'un plan de traitement.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Eloïse GILBERT